

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL COMPLICADA CON IMPACTACIÓN ILEOCECAL

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE COMPLICATED WITH ILEOCECAL IMPACTION

J. Gómez-Sánchez, P. de Castro-Monedero, C. González-Callejas, B. Mirón-Pozo

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Resumen

La enfermedad de Crohn es un trastorno inflamatorio transmural que puede manifestarse con diversos cuadros clínicos intestinales, según sea su actividad fistulizante, perforante o fibroestenótica. La obstrucción intestinal secundaria a la estenosis intestinal es una de sus manifestaciones, y puede agravarse con factores como son la ingesta de cuerpos extraños de forma voluntaria o accidental.

Se presenta el caso de un varón con enfermedad de Crohn de afectación perianal e ileal, que presenta cuadro de obstrucción intestinal secundaria a estenosis de íleon terminal agudizada por la impactación de un cuerpo extraño a dicho nivel con el objetivo de mostrar su clínica, hallazgos y tratamiento efectuado.

Palabras clave: enfermedad de Crohn, obstrucción, cuerpo extraño.

Abstract

Crohn's disease is a transmural inflammatory disorder that can manifest with variable intestinal symptoms, depending on its fistulizing, perforating or fibrostenotic activity. Intestinal obstruction due to intestinal stenosis is one of its manifestations, and may be aggravated by factors such as the voluntary or accidental intake of foreign bodies.

We present the case of a male with perianal and ileal Crohn's disease, who presents episode of intestinal obstruction secondary to terminal ileum stenosis exacerbated by the impaction of a foreign body at that level. The objective is to show the clinic, findings and treatment.

Keywords: Crohn's disease, obstruction, foreign body.

Caso clínico

Paciente varón de 41 años, con antecedentes personales de hipotiroidismo, osteomielitis sacra y enfermedad de Crohn con múltiples cirugías por fístulas perianales complejas, en tratamiento de mantenimiento con buen control mediante azatioprina 50 mg cada 8 horas y mesalazina 2 gr cada 24 horas.

CORRESPONDENCIA

Javier Gómez Sánchez
Hospital Universitario San Cecilio
18016 Granada
javiergomezsanchez.jg@gmail.com

Fecha de envío: 15/05/2019

Fecha de aceptación: 27/06/2019

Acudió a Urgencias por ausencia de deposiciones de cuatro días de evolución, con distensión abdominal progresiva, disminución de la ingesta oral y vómitos de características alimentarias, que comenzaron al día siguiente de la ingesta accidental de un hueso de ciruela. No refería fiebre, aumento de supuración a nivel de las fístulas perianales, ni otra clínica por aparatos. El abdomen era blando, distendido, timpánico, con dolor a la palpación y discretos signos de peritonismo.

La analítica general mostraba ausencia de leucocitosis y un aumento de la proteína C reactiva de 60 mg/ml. En su radiografía de abdomen se veía dilatación generalizada de intestino delgado sin dilatación del marco colónico.

Se efectuó TAC de abdomen, que mostraba dilatación de yeyuno e íleon, con un calibre de hasta 3,5 cm y a nivel del íleon distal, se observa una imagen endoluminal, ovalada, de 15x7,5 mm, con cortical de densidad calcio y centro de densidad aire, que sugiere cuerpo extraño, sin existir dilatación intestinal distal a su presencia. Se concluye como obstrucción de intestino delgado por cuerpo extraño (hueso de ciruela) en íleon distal (**Figura 1**).



Figura 1 Imagen de TAC, con corte coronal y transversal donde se evidencia dilatación de yeyuno e íleon e imagen endoluminal, ovalada, con cortical de densidad calcio y centro de densidad aire, que sugiere cuerpo extraño responsable de la obstrucción.

Se realizó laparotomía media, presenciando una dilatación generalizada de asas de intestino delgado y a nivel íleon terminal, un segmento de 10 cm, estenótico, engrosado y con signos de inflamación crónica secundaria a la enfermedad de Crohn, donde se alojaba el cuerpo extraño. Se decidió realizar ileocequectomía, con resección del segmento estenótico que incluía el cuerpo extraño, y confección de anastomosis latero-lateral ileocólica mecánica mediante endograpadora.

Durante su estancia en planta, presentó una evolución favorable con recuperación de la tolerancia oral y hábito intestinal, siendo dado de alta.

Discusión

La ingesta de cuerpos extraños gastrointestinales puede ocurrir tanto involuntariamente o intencionalmente. Del 50% al 80% de cuerpos extraños transitan espontáneamente el tubo digestivo sin producir patología asociada¹, siendo la impactación de alimentos a nivel esofágico el cuadro clínico más frecuente entre los adultos, al

ser el esfínter esofágico inferior la zona de menor calibre del tracto gastrointestinal². Pero si el cuerpo extraño supera el tracto digestivo superior, y además presentamos factores de riesgo como una estenosis por una patología inflamatoria previa, son el íleon, la válvula ileocecal y el rectosigma las zonas de mayor riesgo de impactación, por su morfología³.

La obstrucción intestinal en la enfermedad de Crohn, puede ser debida a una reagudización de su actividad inflamatoria, o secundaria a procesos estenóticos complicados tras la impactación de cuerpos extraños como pueden ser alimentos, incluso elementos diagnósticos como cápsulas endoscópicas⁴. Así mismo, en algunas ocasiones, la propia obstrucción intestinal secundaria a cuerpos extraños puede ser el debut de una enfermedad inflamatoria intestinal no diagnosticada previamente⁵.

En relación al tratamiento, debido al potencial quirúrgico de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal a lo largo de su vida, se debe plantear la estricturoplastia o la mínima resección necesaria en el caso de una intervención quirúrgica. En nuestro paciente, al alojarse el hueso de ciruela en el seno de un segmento estenótico que afectaba la válvula ileocecal, y ante la posibilidad de nuevos cuadros de obstrucción a dicho nivel, se decidió realizar una ileocequectomía, ya que el íleon terminal suele ser uno de los segmentos más afectados por esta enfermedad, y que acaba requiriendo de cirugía programada cuando el tratamiento médico es ineficaz.

Bibliografía

1. Schwartz GF, Pulsky HS. Ingested foreign bodies of the gastrointestinal tract, *An Surg* 1976; 42: 236-45.
2. Vizcarrondo FJ, Brady PG, Nord HJ. Foreign bodies of the upper gastrointestinal tract. *Gastrointest Endosc* 1983; 29: 208-12.
3. Brookes MJ, Brind AM. Coin ingestion, an unexpected finding at colonoscopy: case report. *MedGenMed*. 2003 Feb 11;5 (1):8.
4. Iwamuro M, Takashima S, Inokuchi T. Retention of patency capsule in a patient with Crohn's disease. *Nihon Shokakibyō Gakkai Zasshi*. 2018;115(2):203-210. doi: [10.11405/nisshoshi.115.203](https://doi.org/10.11405/nisshoshi.115.203).
5. E. O'Donnell, N. Gibson, M. A. Sharif. Crohn's disease of the terminal ileum: a cheap diagnosis. *Ir J Med Sci* (2008) 177:401-403 DOI [10.1007/s11845-007-0080-4](https://doi.org/10.1007/s11845-007-0080-4)