

Úlcera Cecal Única como Presentación de Enfermedad de Crohn

Edson Guzman Calderon * , Pedro Montes Teves **

RESUMEN

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria intestinal muy rara en nuestro medio y con una distribución muy variable en diferentes partes del mundo, la incidencia media es de 6,7 (rango de 1,6 a 14,6) casos por 100 000 habitantes anualmente y la prevalencia de 140 (rango de 10 a 199) casos por 100 000 habitantes en occidente. Presentamos el caso de un varón de 52 años natural y procedente del Callao con una imagen por colonoscopia compatible con una Úlcera Cecal y sin otras alteraciones en el tracto gastrointestinal, el cual presentó un diagnóstico anatomopatológico compatible con una Enfermedad de Crohn que es confirmada por serología.

PALABRAS CLAVE: Úlcera cecal, Enfermedad de Crohn

Rev. Gastroenterol. Perú; 2011; 31-1: 77-80

ABSTRACT

Crohn's Disease, is a rare inflammatory bowel disease in Perú. Incidence rates vary from 1,6 – 14,6 / 100 000 and prevalence rate is 140 / 100000 in the western hemisphere. We report a case of 52 y.o male patient from Callao Peru, with a colonoscopy image of a solitary cecal ulcer and without other gastrointestinal findings and a histology suggestive of Crohn's Disease with a ASCA positive and p –ANCA negative.

KEY WORDS: Cecal Ulcer, Crohn's Disease

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria intestinal muy rara en nuestro medio y con una distribución muy variable en diferentes partes del mundo, la incidencia media es de 6,7 (rango de 1,6 a 14,6) casos por 100 000 habitantes anualmente y la prevalencia de 140 (rango de 10 a 199) casos por 100 000 habitantes en occidente.¹ En sujetos de raza blanca de Europa y Norteamérica las incidencias son más altas mientras que en Sudamérica y África es extremadamente rara².

En el Perú la incidencia es muy baja por lo cual son escasos los trabajos realizados^{3,5}, Bendaño y Frisancho³, publicaron recientemente un estudio perfil clínico y evolutivo de la Enfermedad de Crohn de 20 años en el Hospital Rebagliati en el cual describieron 17 casos en ese lapso de tiempo.

REPORTE DEL CASO

Presentamos el caso de un paciente varón, de 52 años de edad, natural de Lima y procedente del Callao, dentro de los antecedentes personales solo resalta que es bebedor social (no llega hasta la embriaguez), no tiene enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus o tuberculosis, dentro de los antecedentes familiares no se encuentra ninguno de importancia.

El paciente acude a la consulta refiriendo un tiempo de enfermedad de aproximadamente 2 meses caracterizado principalmente por estreñimiento, dolor abdominal tipo cólico en fosa iliaca derecha, de tipo intermitente, no relacionado con la ingesta de alimentos, que se mantiene constante en el transcurso de los días, alternando esporádicamente con periodos asintomáticos, así mismo el paciente refiere sentir malestar general y la sensación de haber disminuido de peso sin una cuantificación real.

* Médico Asistente del Servicio de Gastroenterología del del Hospital II Vitarte EsSALUD
Profesor de Fisiología Digestiva de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC)

** Médico Asistente del Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion Callao
Profesor de Fisiología Digestiva y Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC)

Al examen físico el paciente se encontraba con funciones vitales estables, presenta una palidez marcada de piel y mucosas, el abdomen era doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen derecho a predominio del cuadrante inferior derecho, no signos peritoneales, el resto de la exploración tanto el tórax, corazón, extremidades no presentaban alteraciones.

Los exámenes de laboratorio muestran una Hb: 6,9 g/dl, Hcto: 22%, VCM: 75, HCM: 24, Leucocitos 7000, Plaquetas: 441 000, Glucosa: 100 mg/dl, Urea: 36, Creatinina: 1,08; VSG: 56, INR: 1,16; el perfil hepático no mostró ninguna alteración, en el examen de heces, estas eran semi-formadas, presento una reacción inflamatoria negativa, un Thevenon positivo (++++), moco negativo, el parasitológico seriado negativo, y un BK en heces negativo.

Por el dolor abdominal, la anemia microcítica hipocrómica y el Thevenon positivo, el paciente fue sometido a una colonoscopia en la cual se evidencia la presencia de una lesión ulcerada extensa en la región cecal, frente a la válvula ileocecal, que deforma el ciego, muy friable, y con algunas lesiones elevadas alrededor a manera de pseudopolipos y una discreta disminución del calibre de la luz cecal (Figura 1a y 1b). No se pudo realizar una ileoscopia debido a la deformidad de la zona cecal. El resto de la exploración colonoscópica, anal y perianal no mostró ninguna alteración.

Se realizó una Tomografía abdominal la cual fue informada con la presencia de un engrosamiento de las paredes del ciego y del colon ascendente sin la presencia de adenopatías u otras alteraciones estructurales. (Figura 2)

El informe anatomopatológico de las biopsias de la región cecal mostraron una distorsión de las criptas y un infiltrado basal (figura 3) con hiperplasia de la muscularis mucosae; distorsión de la arquitectura con superficie vellosa y presencia de hiperplasia de células caliciformes (figura 4) y en el lecho ulceroso se observó un granuloma incompleto (grupo de histiocitos epitelioides sin células gigantes (Figura 5), además la coloración de Ziehl Nielsen fue negativa al igual que para hongos. El informe anatomopatológico concluyó como un hallazgo compatible con una enfermedad inflamatoria intestinal posiblemente de variedad Enfermedad de Crohn.

Se complementaron finalmente algunos exámenes de laboratorio mas los cuales mostraron que Anticuerpos anticitoplasma de neutrofilos (ANCA) fue negativo en sus variedades c-ANCA y p-ANCA, los anticuerpos Antisaccharomyces Cerevisiae (ASCA), tanto IgG como IgA fueron positivos. El antígeno carcinoembrionario (CEA) fue negativo al igual que nuevas muestras de BK en heces, ELISA para VIH y serología para Yersinia.

Finalmente el paciente fue tratado con Sulfazalacina mostrando una recuperación clínica importante.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria intestinal muy rara en nuestro medio y con una distribución

muy variable en diferentes partes del mundo, la incidencia media es de 6,7 (rango de 1,6 a 14,6) casos por 100 000 habitantes anualmente y la prevalencia de 140 (rango de 10 a 199) casos por 100 000 habitantes en occidente.¹ En sujetos de raza blanca de Europa y Norteamérica las incidencias son mas altas mientras que en Sudamérica y Africa es extremadamente rara².

En el Perú la incidencia es muy baja por lo cual son escasos los trabajos realizados³⁻⁵, Bendaño y Frisancho³, publicaron recientemente un estudio perfil clínico y evolutivo de la Enfermedad de Crohn de 20 años en el Hospital Rebagliati en el cual describieron 17 casos en ese lapso de tiempo.

El perfil de nuestro paciente es un varón de 52 años con un cuadro clínico que no es el típico de una enfermedad de Crohn, las series europeas describen que la afectación se presenta tanto para varones y para mujeres, siendo discretamente mayor la afectación en mujeres⁶ 1,2:1, en la serie de Bendaño y Frisancho³ la afectación femenina en el Perú es de 64%. La mayoría de los casos descritos muestran que la diarrea y el dolor abdominal son los síntomas mas frecuentemente encontrados entre estos pacientes, en el presente caso la sintomatología dominante fue el del dolor abdominal a predominio de la fosa iliaca derecha y una aparente pérdida de peso pero contradictoriamente presentaba estreñimiento envés de diarrea.

Cuando se realizó la colonoscopia en nuestro paciente llamo la atención la presencia de una lesión ulcerada cecal la cual estaba ubicada frente a la válvula ileocecal, definitivamente una única lesión cecal nos lleva a pensar en otro tipo de patologías diferentes a la enfermedad de Crohn, sospechándose inicialmente en la posibilidad de una neoplasia o en una etiología de tipo infeccioso como por ejemplo tuberculosis colónica (ver tabla 1)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA ULCERA COLONICA	
• Neoplasica	- Carcinoma
	- Linfoma
• Infeccioso:	- Virus
	- Bacterias
	- Hongos
• Radiacion	
• Farmacologico	- AINES
	- Anticonceptivos
	- Corticoides
• Enfermedad Inflamatoria Intestinal	

TABLA 1: Diagnóstico Diferencial de la Ulcera Colonica

La TAC abdominal se tomó con el fin de averiguar la existencia de invasión, la presencia de adenopatías, la extensión de la enfermedad o la presencia de alguna otra lesión intraabdominal. La TAC abdominal puede tener algunas ca-

racterísticas en la enfermedad de Crohn como el engrosamiento simétrico de la pared intestinal, y si es asimétrico con estratificación mural, cuando el engrosamiento es mayor de 6 mm es más característico de un Crohn y si es menor de 6 mm lo es de una tuberculosis colónica, otro dato que es importante para diferenciar estas patologías en nuestro paciente es la ausencia de adenopatías, las cuales si existen serían características de una tuberculosis⁷.

Una endoscopia alta previa fue realizada la cual no mostró lesiones significativas o compatibles con una enfermedad inflamatoria intestinal.

La anatomía patológica es uno de los pilares diagnósticos de la Enfermedad de Crohn, sin embargo las características que tiene no son propias y comparte muchas de ellas con otras patologías como la colitis ulcerativa y la tuberculosis la cual es muy frecuente en nuestro medio. Por ejemplo la presencia de los granulomas si bien son más característicos de un Crohn que de una colitis ulcerativa, esta solo se presenta en menos del 50% de los casos de Crohn⁷, otras características histopatológicas que se pueden observar hasta en el 25% de los casos de un Crohn son úlceras profundas y fisuras con infiltrado inflamatorio inespecífico, conglomerado de

histiocitos epitelioides. En el caso de nuestro paciente si bien la histología no es una evidencia certera de enfermedad de Crohn, el hecho de que no exista necrosis caseosa, confluencia de granulomas o una tinción de Ziehl Nielsen positiva nos aleja de la posibilidad de una tuberculosis colónica.

Finalmente es importante mencionar que en este caso el paciente presentó valores positivos para los anticuerpos Antisaccharomyces Cerevisiae (ASCA) y negativos para anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (p-ANCA y c-ANCA). Los ASCA son frecuentemente encontrados en la Enfermedad de Crohn, llegándose a ver incluso entre un 50 y 80% de los casos mientras que solo se presentan en menos del 10% de los casos de colitis ulcerativa, por otro lado el p-ANCA es más frecuente encontrarlo en los pacientes con colitis ulcerativa y solo es positivo en menos de 10% de los casos de la Enfermedad de Crohn. En un estudio publicado por Jossens S et al. En el 2002^{8,9}, se observó que un resultado de ASCA positivo con un resultado de p-ANCA negativo indica que la probabilidad de tratarse de una Enfermedad de Crohn en un 80% y ayuda a diferenciar el diagnóstico en caso de una colitis indeterminada, con lo cual estos datos apoyarían al diagnóstico histopatológico realizado previamente en nuestro paciente y a la buena respuesta terapéutica que tuvo.

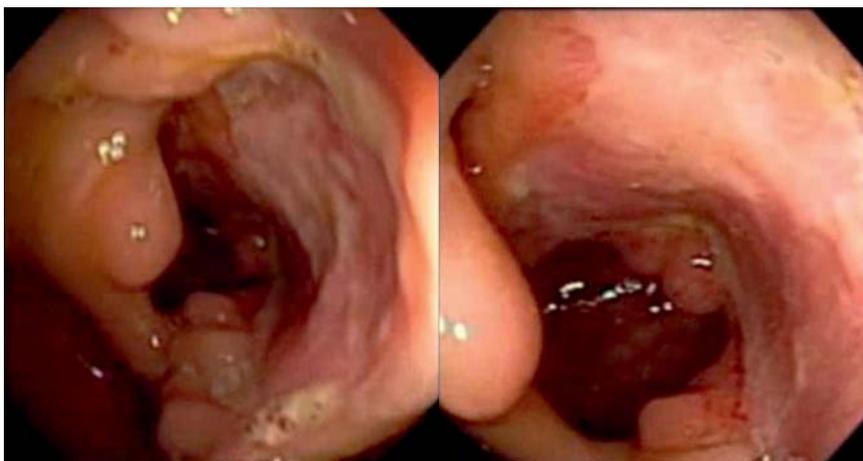


Figura 1a y 1b: Imagen endoscópica de la región cecal en las cuales se puede apreciar la gran úlcera ubicada frente a la válvula ileocecal deformada y la presencia de pseudopolipos ubicados alrededor de la región ulcerada.



Figura 2: Tomografía abdominal computarizada en la cual se identifica en engrosamiento de las paredes de la región cecal y del colon ascendente, no se aprecia adenopatías.

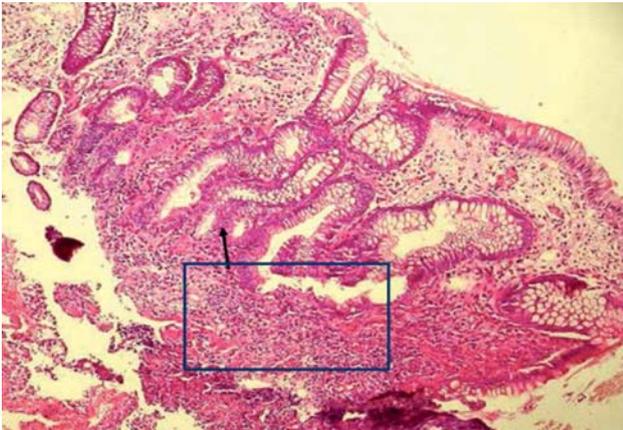


FIGURA 3: Se aprecia la alteración en la forma de las criptas (flecha) y el infiltrado basal (cuadro)

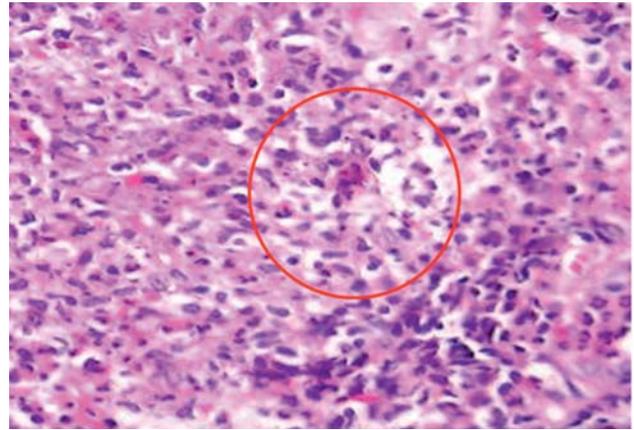


FIGURA 5: Imagen anatomopatológica en la que se observa un granuloma incompleto (grupo de histiocitos epitelioides sin células gigantes).

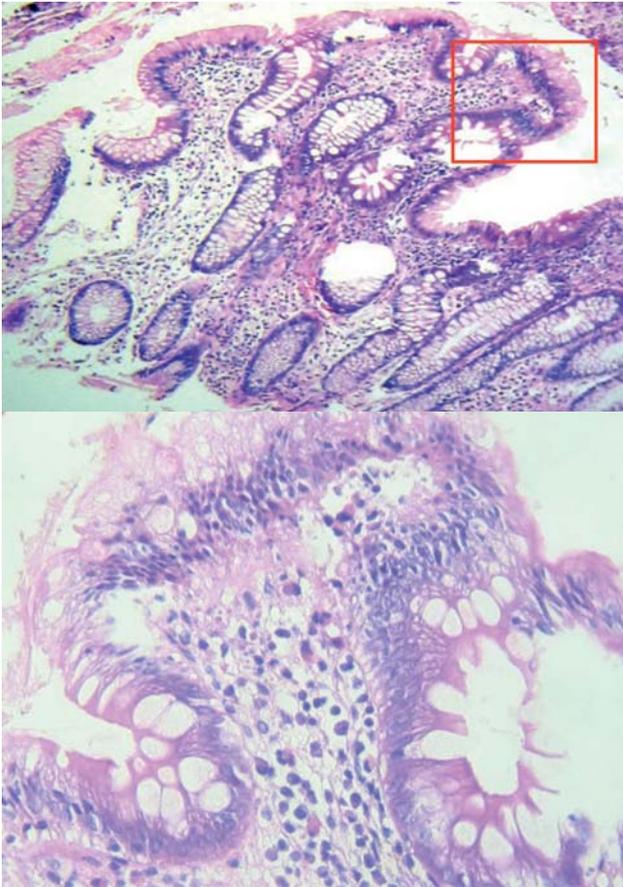


FIGURA 4: Imagen anatomopatológica en la que se aprecia la distorsión de la arquitectura con superficie vellosa y presencia de hiperplasia de células caliciformes (cuadro), en el gráfico siguiente el acercamiento de cuadro señalado previamente

BIBLIOGRAFÍA

1. FRASER CUMMINGS JR, SATISH KESHAV, SIMON PL TRAVIS. Medical management of Crohn's disease. *BMJ* 2008; 336, 1062-6.
2. MAYBERRY J, MANN R. Inflammatory bowel disease in rural sub-Saharan Africa: Rarity of diagnosis in patients attending mission hospitals. *Digestion* 44:172, 1989.
3. BENDAÑO T, FRISANCHO O. Perfil Clínico y Evolutivo de la Enfermedad de Crohn en el Hospital Rebagliati (Lima-Perú). *Rev Gastroenterol Peru*. 2010; 30:17-24.
4. TAGLE M, BARRIGA J, PIÑEIRO A. Enfermedad de Crohn asociada a lesión pulmonar focal. *Rev Gastroenterol Peru* 2003; 23:293-296.
5. DÍAZ J, LAVADO G, PRADO W, LÓPEZ R, CARBALLO F. ¿Son necesarios los granulomas para el diagnóstico definitivo de enfermedad de Crohn? (Reporte de caso clínico). *Rev Gastroenterol Peru* 2004; 24:171-174.
6. LOFTUS EV JR, SILVERSTEIN MD, SANDBORN WJ, et al: Crohn's disease in Olmsted County, Minnesota, 1940-1993: Incidence, prevalence, and survival. *Gastroenterology* 114:1161, 1998.
7. ALMADI MA, GHOSH S, ALJEBREEN AM. Differentiating Intestinal Tuberculosis From Crohn's Disease: A Diagnostic Challenge. *Am J Gastroenterol* 2009; 104:1003 – 1012
8. JOOSSENS S, REINISCH W, VERMEIRE S, et al. The value of serologic markers in indeterminate colitis: a prospective follow-up study *Gastroenterology*. 2002 May; 122(5):1242-7
9. GISBERT JP, GOMOLLON F, MATE J, PAJARES JM. [The role of anti-neutrophil cytoplasmic antibodies (ANCA) and anti-Saccharomyces cerevisiae antibodies (ASCA) in inflammatory bowel disease]. *Gastroenterol Hepatol*. 2003 May; 26(5):312-24.