

Enfermedad de Crohn, caso presentado en el Hospital Regional Moquegua, en Perú

Crohn's Disease: Case Presented at the Regional Hospital Moquegua, Peru

José Luis Medina Valdivia^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-0793-7552>

¹Hospital Regional Moquegua, Departamento de Pediatría. Moquegua, Perú.

*Autor para la correspondencia: jlzf29@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: La enfermedad de Crohn aparece muy rara vez en edad pediátrica, aunque su incidencia y prevalencia a nivel mundial se han incrementado en los últimos años.

Objetivo: Exponer el caso de un paciente de nueve años con enfermedad de Crohn, que acudió al Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Regional Moquegua, Perú.

Presentación del caso: El paciente presentaba antecedentes de deposiciones diarreicas sanguinolentas, vómitos y dolor abdominal en los últimos dos años. El examen físico detectó palidez, mucosa oral seca, abdomen blando depresible, ruidos hidroaéreos aumentados en intensidad y frecuencia, y dolor a la palpación profunda en el epigastrio. En la colonoscopia se observó, en el colon sigmoide, mucosa con erosiones aisladas y pérdida de la trama vascular por áreas; en el recto, mucosa edematosa con eritema difuso y pérdida de la trama vascular con sangrado en mapa superficial de fácil lavado. Se realizó una biopsia de fragmentos de colon izquierdo y derecho, ciego y recto, la cual mostró friabilidad a la toma, hiperplasia y distorsión de criptas, infiltrado inflamatorio de predominio linfoplasmocitario y presencia de algunos eosinófilos y neutrófilos en lámina propia compatibles con la enfermedad de Crohn. Se inició el tratamiento con metilprednisolona, prednisona y

mesalazina. Mejoró notablemente la consistencia y el sangrado en las disposiciones.

Conclusiones: Debe sospecharse la enfermedad de Crohn en pacientes pediátricos con diarrea sanguinolenta y dolor abdominal de curso crónico recidivante. El diagnóstico oportuno y el tratamiento multidisciplinario son importantes para evitar complicaciones.

Palabras clave: enfermedad de Crohn; colitis; colitis ulcerosa.

ABSTRACT

Introduction: Crohn's disease appears very rarely in pediatric age, although its incidence and prevalence worldwide have increased in recent years.

Objective: To present the case of a nine-year-old patient with Crohn's disease, who attended the Pediatric Emergency Department of the Regional Hospital Moquegua, Peru.

Presentation of the case: The patient presented with a history of bloody diarrheal stools, vomiting and abdominal pain in the last two years. Physical examination revealed pallor, dry oral mucosa, soft depressible abdomen, increased intensity and frequency of hydroaerial sounds, and pain on deep palpation in the epigastrium. Colonoscopy showed, in the sigmoid colon, mucosa with isolated erosions and loss of vascular tissue in areas; in the rectum, edematous mucosa with diffuse erythema and loss of vascular tissue with bleeding in a superficial map that could be easily washed out. A biopsy of fragments of the left and right colon, cecum and rectum was performed, which showed friability when taken, hyperplasia and distortion of crypts, inflammatory infiltrate of lymphoplasmacytic predominance and presence of some eosinophils and neutrophils in lamina propria, compatible with Crohn's disease. Treatment with methylprednisolone, prednisone and mesalazine was started. Consistency and bleeding in the dispositions improved noticeably.

Conclusions: Crohn's disease should be suspected in pediatric patients with bloody diarrhea and abdominal pain of chronic relapsing course. Timely diagnosis and multidisciplinary treatment are important to avoid complications.

Keywords: Crohn's disease; colitis; ulcerative colitis.

Recibido: 14/09/2023

Aceptado: 04/08/2024

Introducción

La enfermedad de Crohn (EC) es una afección crónica caracterizada por una inflamación del intestino. Junto con la colitis ulcerosa (CU) y la colitis indeterminada (CI), pertenece a las llamadas enfermedades inflamatorias intestinales (EII). Puede afectar, de forma segmentaria y transmural, cualquier parte del tracto digestivo desde la boca hasta la región anal.⁽¹⁾

Su etología es multifactorial y no ha sido establecida del todo. Con relación a su patogénesis, se plantea la interacción entre factores genéticos e inmunes, los cuales, bajo la influencia de factores ambientales, provocan una respuesta inflamatoria crónica que afecta a la microbiota comensal presente en la mucosa intestinal.⁽²⁾

Actualmente, hay un aumento mundial de la incidencia y prevalencia de la EC. Este puede presentarse a cualquier edad, pero es más frecuente a partir de la segunda década de vida, a diferencia de las demás EII. En pediatría se presenta más a menudo en adolescentes (es bastante infrecuente en menores de doce años) y, a diferencia de los adultos, aparece más en pacientes de sexo masculino.^(1,2)

El 70 % de pacientes entre doce y catorce años inicia clínicamente con una pancolitis. La diarrea con sangre es el síntoma más habitual. Puede haber dolor abdominal y síntomas proctálgicos (pujo, tenesmo, urgencia evacuatoria). El diagnóstico se realiza atendiendo a las manifestaciones clínicas (historia clínica y exploración física), los exámenes de apoyo al diagnóstico (analíticos, endoscópicos, radiológicos e histológicos) al no existir un hallazgo patognomónico. Solamente un 25 % de los pacientes presenta la tríada clásica de dolor abdominal, pérdida de peso y diarrea.^(1,2,3)

Diagnosticar la afección de forma temprana, en edad pediátrica, resulta de vital importancia, puesto que los pacientes se enfrentarán de por vida a las consecuencias y efectos negativos de esta enfermedad crónica, particularmente importantes en el crecimiento, desarrollo, bienestar y calidad de vida del niño o adolescente.^(2,3)

El objetivo de este trabajo fue exponer el caso de un paciente de nueve años con enfermedad de Crohn, que acudió al Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Regional Moquegua, Perú.

Presentación del caso

Un paciente de sexo masculino, de nueve años, ingresó al Servicio de Emergencia del Hospital Regional Moquegua, en Perú, por presentar, 48 horas antes de su ingreso, deposiciones líquidas sanguinolentas, acompañadas en varias oportunidades de vómitos de contenido alimentario y dolor abdominal tipo cólico, localizado en el epigastrio y sin irradiación (fig. 1).



Fig. 1 - Deposiciones sanguinolentas al ingresar en el hospital.

El paciente tenía antecedentes de dos años con episodios de deposiciones sanguinolentas, así como varios ingresos a hospitalización y observación, con diagnósticos de amebiasis intestinal, obesidad y anemia.

El examen físico mostró los datos siguientes:

- Peso: 70 kilos
- Talla: 1,53 m
- Índice de masa corporal (IMC): 29,9
- Frecuencia cardíaca: 92 latidos/min
- Frecuencia respiratoria: 22 respiraciones/min
- Saturación de O₂: 97 %
- Presión arterial: 120/80 mmHg
- Palidez: ++/+++

Además, se observó mucosa oral seca, tono ocular disminuido, abdomen blando depresible, ruidos hidroaéreos aumentados en intensidad y frecuencia, dolor a la palpación profunda en el epigastrio y tejido celular subcutáneo aumentado.

La región perianal no mostró signos de laceración, lesiones, protrusiones ni aumento de volumen. El resto del examen por aparatos o sistemas fue normal. Se solicitaron exámenes auxiliares (tabla).

Tabla - Resultados de exámenes de apoyo al diagnóstico

Examen	Resultado	
Hemograma	Leucocitos	13,8300
	Neutrófilos	79,6 %
	Hematocrito	23,5 %
	Hemoglobina	7,0 g/dL
	Hematocrito antes de la remisión	30,9 %

	Hemoglobina antes de la remisión	10,3 g/dL
Bioquímico	Ferritina	0,010 mg/dL
	Ácido úrico	4,8 mg/dL
	LDH	411,7 U/L
	Glucosa	90,5 mg/dL
	Urea	22,5 mg/dL
	Creatinina	0,57 mg/dL
Pruebas de coagulación	Tiempo de protrombina	17,5 s
	INR	1,39
	Tiempo de coagulación	5 min
	Tiempo de sangría	1 min 30 s
Examen de heces	Leucocitos	> 300 /campo
	Eritrocitos	> 100 /campo
	Parásitos	<i>E. histolytica</i> 0-2 /campo

También se realizaron los exámenes que se muestran a continuación:

- Lámina periférica: anemia microcítica hipocrómica.
- Tomografía abdominal: adenopatías mesentéricas con cambios inflamatorios adyacentes y esteatosis hepática.
- Ecografía abdominal: esteatosis hepática.

La colonoscopia mostró los siguientes resultados:

- Inspección: no se evidenciaron dilataciones hemorroidales ni otras alteraciones.

- Colon sigmoide: mucosa con erosiones aisladas, pérdida de la trama vascular por áreas, presencia de heces verdoso-amarillentas.
- Recto: mucosa edematosa con eritema difuso y pérdida de la trama vascular con sangrado en mapa superficial de fácil lavado; no se evidenció solución de continuidad. Friabilidad a la toma de la biopsia (fig. 2).

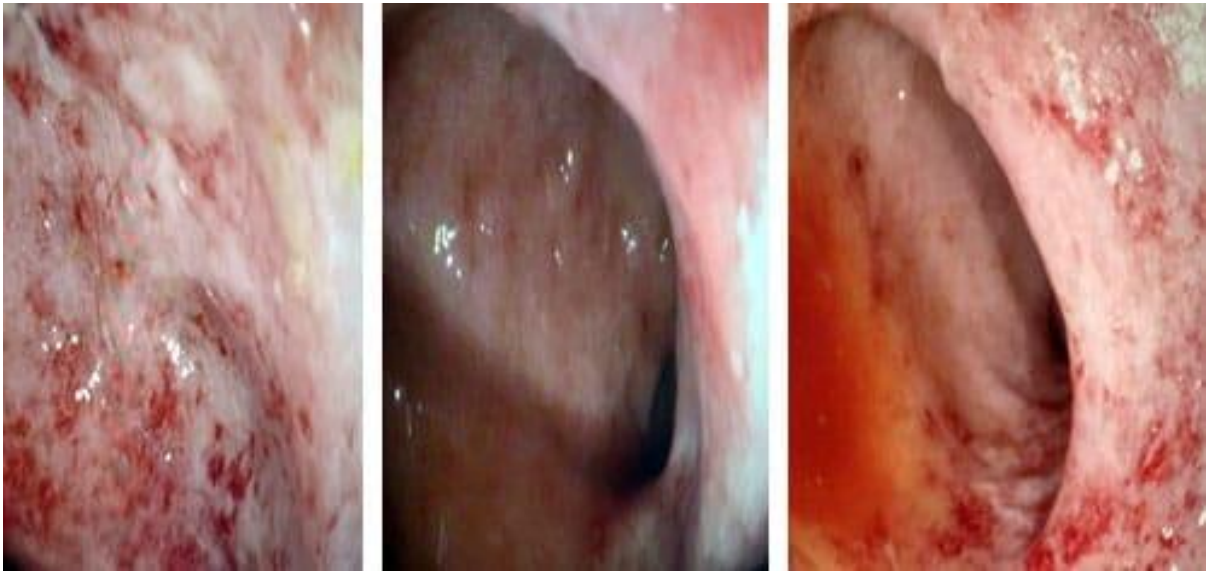


Fig. 2 - Imágenes de la colonoscopia.

El paciente requirió transfusión sanguínea, vitamina K y antibioticoterapia (ceftriaxona, metronidazol), con evolución estacionaria y mejoría del hematocrito. Disminuyó el número de deposiciones sanguinolentas.

Toleró la vía oral y fue remitido al Instituto Nacional del Niño (INSN) del distrito de Breña, en Lima, donde se confirmó el diagnóstico de enfermedad de Crohn y se inició el tratamiento con metilprednisolona, prednisona y mesalazina (1,5 g cada 12 h por 30 días). Mejoró notablemente la consistencia y el sangrado en las deposiciones (fig. 3).



Fig. 3 - Deposiciones al obtener el alta médica del INSN.

Finalmente, se resumen los resultados de anatomía patológica:

- Hospital Regional Moquegua: mucosa rectal y colónica con denso infiltrado inflamatorio de linfocitos, células plasmáticas y algunos polimorfonucleares (criptitis), atipia reactiva leve presente, distorsión arquitectural glandular leve. Se concluyó colitis aguda, sobreañadida a colitis crónica inespecífica.
- INSN:
 - Biopsias de colon izquierdo: fragmentos de mucosa colónica con hiperplasia y distorsión de criptas (fusión de criptas, atrofia, acortamiento y dilatación de lumen); esfacelación del epitelio, criptitis y escasos abscesos crípticos; moderado infiltrado inflamatorio de predominio linfoplasmocitario; presencia de algunos neutrófilos y eosinófilos en lámina propia; también se observó agregado linfoide y granuloma epitelioides no necrotizante, negativo para hongos y otros microorganismos.
 - Biopsia de ciego: fragmentos de mucosa colónica con hiperplasia de criptas, esfacelación del epitelio y moderado infiltrado inflamatorio de

predominio linfoplasmocitario; presencia de algunos neutrófilos y eosinófilos en lámina propia, negativo para hongos y otros microorganismos.

- Biopsia de recto: fragmentos de mucosa rectal con esfacelación del epitelio, hiperplasia de criptas, criptitis, dilatación de vasos linfáticos y moderado infiltrado inflamatorio de predominio linfoplasmocitario; presencia de algunos neutrófilos y eosinófilos en lámina propia, negativo para hongos y otros microorganismos.
- Biopsia de colon derecho: fragmentos de mucosa colónica con hiperplasia de criptas y moderado infiltrado inflamatorio de predominio linfoproliferativo; presencia de algunos neutrófilos y eosinófilos en lámina propia, negativo para hongos y otros microorganismos.
- Diagnóstico: hallazgos histopatológicos compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad de Crohn.

Discusión

La enfermedad de Crohn (ileítis, enteritis regional, colitis granulomatosa) es una enfermedad inflamatoria intestinal idiopática que se presenta con un curso crónico intermitente, brotes de actividad inflamatoria y remisión.^(1,2,3)

Suele tener una distribución bimodal, con un primer pico en la adolescencia. Aunque rara vez se presenta en edad pediátrica, su incidencia ha aumentado.

En Estados Unidos se ha descrito una incidencia de 4,56 y una prevalencia de 43 por cada cien mil habitantes. En América del Norte la prevalencia oscila entre 26,0 y 198,5 casos por cada cien mil habitantes y la incidencia entre 3,1 y 14,6 casos anuales por cada cien mil personas.⁽⁴⁾

Algunas revisiones sistemáticas en edad pediátrica han analizado las tendencias epidemiológicas de las EII en los últimos cincuenta años. La EC mostró un aumento significativo en la incidencia, al igual que la CU.^(5,6,7,8)

Por otro lado, un estudio canadiense demostró un aumento de la incidencia de la EC pediátrica de 9,5 a 11,4 por cada cien mil habitantes al año, durante un período de observación de once años.^(4,5,6)

En Costa Rica, en un estudio de quince años (2000-2015), de un total de 30 pacientes con EII, en cuatro se diagnosticó EC. Los hallazgos de la biopsia fueron inespecíficos; el hallazgo colonoscópico más común fue la mucosa friable. Todos los pacientes recibieron corticoide como tratamiento.^(5,6)

La evolución de esta enfermedad en edad pediátrica puede tener un curso más agresivo y con mayores complicaciones que en los adultos, incluido el cáncer de colon por la naturaleza inflamatoria crónica de la enfermedad.

El diagnóstico está basado en la historia clínica, el examen físico, los estudios de laboratorio y de imágenes, y, obligatoriamente, en los estudios endoscópicos y colonoscópicos con biopsia (no existe un criterio único o patognomónico). Es de vital importancia la evaluación antropométrica: peso, talla, IMC; además de la velocidad de crecimiento de los pacientes en hospitalización y en cada control ambulatorio.^(7,9,10)

El tratamiento incluye corticoide (metilprednisolona, prednisona), mesalazina y vitamina D.^(7,8)

Conclusiones

La enfermedad de Crohn, aunque sea de rara presentación, ha venido incrementándose a nivel mundial en cuanto a su incidencia y prevalencia, sobre todo en países en vías de desarrollo.

El diagnóstico oportuno y el tratamiento multidisciplinario son de vital importancia para evitar complicaciones en la edad pediátrica, que van desde la anemia, la desnutrición, los trastornos de la salud mental y de la calidad de vida hasta el cáncer de colon.

Referencias bibliográficas

1. Guerrero-Fernández J, Cartón AJ, Menéndez JJ, Barreda AC, Ruiz JA. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. 6 ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018.

2. Rodríguez A, Jiménez E. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. En: Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. 4 ed. Madrid: Ediciones Ergon; 2016. p. 303-15.
3. Liacouras C. Fenómenos fisiológicos del aparato digestivo. En: Kliegman RM, Stanton BF. Nelson. Tratado de Pediatría. 20 ed. Madrid: Elsevier; 2016. p. 1914-9.
4. Ruemmele FM. Pediatric inflammatory bowel diseases: coming of age. *Curr Opin Gastroenterol.* 2010;26(4):332-6. DOI: <https://doi.org/10.1097/MOG.0b013e328339ec2d>
5. Jiménez G, Herrera R, Víquez A. Enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica en Costa Rica. *Rev Ciencia Salud.* 2021;5(2):95-104. DOI: <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v5i1.284>
6. Grez C, Ossa JC. Enfermedad inflamatoria intestinal en pediatría, una revisión. *Rev Med Clin Condes.* 2019;30(5):372-82. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.06.009>
7. Benchimol EI, Fortinsky KJ, Gozdyra P, Van den Heuvel M, Van Limbergen J, Griffith AM. Epidemiology of pediatric inflammatory bowel disease: a systemic review of international trends. *Inflamm Bowel Dis.* 2011;17(1):423-39. DOI: <https://doi.org/10.1002/ibd.21349>
8. Benchimol EI, Bernstein CN, Bitton A, Murthy SK, Nguyen GC, Lee K, *et al.* The Impact of Inflammatory Bowel Disease in Canada 2018: A Scientific Report from the Canadian Gastro-Intestinal Epidemiology Consortium to Crohn's and Colitis Canada. *J Can Assoc Gastroenterol.* 2019;2(1). DOI: <https://doi.org/10.1002/ibd.21349>
9. Fuller MK. Pediatric inflammatory bowel disease: Special considerations. *Surg Clin North Am.* 2019;99(6):1177-83. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.suc.2019.08.008>
10. Szigethy E, McLafferty L, Goyal A. Inflammatory bowel disease. *Child Adolesc Psychiatric Clin North Am.* 2010;19(2):301-18. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2010.01.007>

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.