

ENFERMEDAD DE CROHN, REVISION DE ALGUNOS ASPECTOS CLINICO-PATOLOGICOS Y PRESENTACION DE 39 CASOS

* Dr. Heriberto Rodríguez Bonet.

** Dr. Mario Reyes Serrano.

** Dr. Digno Albert del Portal.

Desde su descripción original por Crohn, Ginzburg y Oppenheimer en 1932, la nomenclatura de esta enfermedad, ha experimentado numerosas variaciones debidas en parte al mejor conocimiento de las manifestaciones clínico-patológicas. No es hasta 1968, en el Congreso Internacional de Gastroenterología celebrado en Praga ¹ cuando se adopta Universalmente la expresión enfermedad de Crohn para designar esta Patología.

A pesar de los logros alcanzados hasta la fecha en cuanto al conocimiento de sus manifestaciones y tratamiento, esta enfermedad sigue siendo polémica, fundamentalmente por no haberse descubierto la base etiológica de la misma, razón por la que se han invocado numerosas teorías para tratar de explicar este aspecto, siendo la más aceptada en la actualidad la teoría inmunológica, que ha encontrado fuerte apoyo en los trabajos de Aluwiare ², Green y Cols. ³, Falchuk e Isselbacher ⁴, Taylor ⁵, Meyers ⁶ y otros autores.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS:

Edad: En la mayoría de los estudios, la frecuencia má-

xima se ha centrado alrededor de los treinta (30) años, no obstante recientes estadísticas de Upsala, Oxford y Escocia⁷ señalan una segunda etapa de ascenso en la frecuencia en torno a los setenta (70) años.

Sexo: Se continúa reportando igual frecuencia para ambos sexos. Ríos y Suárez ⁸, en Bolivia, y Albert ⁹, en Cuba, reportan mayor proporción en mujeres.

Herencia: El significado de los factores genéticos y ambientales, ha despertado interés desde la publicación de incidencias familiares de la enfermedad. Aronson ¹⁰ en 1967 publica tres casos de un núcleo familiar de cuatro miembros del que solo no fue afectada la madre.

ASPECTOS CLINICOS:

Merecen mención las manifestaciones generales dentro de las que se encuentran las:

Articulares: Van desde las artralgiás flotantes hasta la artritis maniísta ¹¹. Estas manifestaciones nunca se acompañan de datos biológicos sugestivos de enfermedad reumatoide. ¹²

Dérmicas: Las más frecuentes son el eritema nudoso, pioderma gangrenosa y lesiones papulo-necróticas que pueden aparecer no solo en la localización clásica pretibial, sino ocasionalmente también en los brazos, ingles, genitales y re-

* Especialista en Cirugía General, Hospital Docente General Calixto García, La Habana, Cuba.

**Especialista e Instructor de Cirugía General, Hospital Docente General Calixto García, La Habana, Cuba.

gión submamaria. ¹³ Estas fueron consideradas como "Manifestaciones Metastásicas" de la enfermedad por Parke y Morson en 1965 y por McCallum y Kermont en 1968. ¹⁴

Oculares: Incluyen la conjuntivitis, frecuentemente de tipo flictenular con uveitis e iritis, dolores oculares y trastornos visuales asociados. ¹⁵

Orales: Se han reportado algunos casos con lesiones de tipo granulomas y ulceraciones aftosas. ¹⁶

También se han publicado casos con manifestaciones urológicas ^{17, 18} y ginecológicas. ^{19,20}

FORMAS TOPOGRAFICAS:

Además de las yeyunales, ileales y cólicas, clásicamente conocidas se han descrito en los últimos años las siguientes formas:

Esófágicas:

Desde 1968, se han reportado algunos casos con afección del esófago tanto en forma aislada como concomitando con lesiones en otros segmentos del tracto digestivo ^{21,22,23} presentando como rasgo clínico disfagia con odinofagia.

Gástricas y Duodenales:

Por igual en forma aislada y con afección de otros segmentos. ^{24,25} Simulan a menudo una sintomatología ulcerosa. El reporte de 44 casos por Nugent y Cols ²⁶ elevó el número de enfermos reportados en la Literatura Mundial a 200.

La Endoscopía y Biopsia Peroral, ha contribuido al diagnóstico de la enfermedad en las localizaciones altas. ^{27, 28}

Apendiculares:

Hasta ahora hay 8 casos informados con localización confinada al Apéndice Cecal y el resto del tracto digestivo normal.

Atendiendo a lo antes señalado, se han clasificado las formas topográficas en: 1—Aisladas ó puras y 2—Plurisegmentarias, según esté afectado uno o varios segmentos del tracto digestivo.

MATERIAL Y METODO:

Revisamos los expedientes clínicos cerrados con diagnóstico de enfermedad de Crohn, ó las demás designaciones de la patología, correspondientes a pacientes ingresados durante la década comprendida entre Enero de 1968 y Diciembre de 1977 en el Hospital Docente General Calixto García y el Instituto de Gastroenterología, ambos de la ciudad de La Habana, Cuba. Seleccionamos 39 casos acogidos a los siguientes criterios:

- 1) CONFIRMACION HISTOLOGICA.
- 2) EVIDENCIA MACROSCOPICA DE ACUERDO A LOS INFORMES OPERATORIOS.
- 3) EVIDENCIAS CLINICO-RADIOLOGICAS, TENIENDO EN CUENTA EL DIAGNOSTICO, POR EXCLUSION DE OTRAS PATOLOGIAS DESCARTADAS POR EXAMENES COMPLEMENTARIOS.

RESULTADOS Y DISCUSION:

Edad: En promedio la edad al inicio de la enfermedad fue de 47 años.

CUADRO I

EDAD EN AÑOS POR SEXOS AL INICIO DE LA ENFERMEDAD (39 CASOS)

	SEXOS	
	Masculino	Femenino
Promedio	39	48
Mínima	17	20
Máxima	66	79

CUADRO II

DISTRIBUCION POR GRUPOS ETARIOS Y SEXOS EN RELACION AL INICIO DE LA ENFERMEDAD (39 CASOS)

	SEXO			
	MASCULINO:		FEMENINO:	
	No. de Casos	o/o	No. de Casos	o/o
Menos de 20 años	2	9	0	0
20—39 años	10	48	4	22
40—50 años	6	29	9	50
Más de 59 años	3	14	5	28
T o t a l e s :	21	100	18	100

Como puede verse en el Cuadro I, la edad promedio al comienzo de la enfermedad es mayor en nuestra serie que la reportada por otros autores.

El mayor porcentaje de pacientes varones, recayó en el grupo etario de 20—39 años mientras que en las mujeres estuvo comprendido entre los 40—59 años (Cuadro II), al correlacionar ambos cuadros, observamos la tendencia a la presentación en edades más tardías en el sexo femenino.

Sexo y Raza: La distribución por sexo y raza, se corresponde con la mayoría de las publicaciones.

CUADRO III

DISTRIBUCION POR SEXO Y RAZA (39 CASOS)

SEXO:	No.
Masculino	21
Femenino	18
RAZA:	
Blanca	33
Negra	4
Mestiza	2

MOTIVO DE INGRESO:

En varios pacientes se presentaron dos (2) ó más síntomas que motivaron sus ingresos. Los cuadros predominantes fueron las diarreas y los dolores abdominales.

CUADRO IV**MOTIVO DE INGRESO**

	No.	o/o
Diarreas	18	46
Dolor Abdominal	17	43
Vómitos	6	15
Síndrome Oclusivo	6	15
Fiebre	3	8
Sangramiento Digestivo	2	5
Dolor Anal	2	5
Fístula Externa	1	3
Síntomas Urinarios	1	3

CUADRO V**DATOS EXPLORATORIOS (39 CASOS)**

1.— Dolor Abdominal	25	(64 o/o)
Fosa Ilíaca derecha	13	
Fosa Ilíaca izquierda	5	
Localización: Flanco derecho	3	
Difuso	3	
Hipogástrico	1	
2.— Masa Palpable	8	(20 o/o)
Fosa Ilíaca derecha	5	
Localización: Hipogástrico	2	
Flanco derecho	1	
3.— Manifestaciones Cutáneas	2	(5 o/o)
4.— Examen anorrectal positivo	2	(5 o/o)
5.— Manifestaciones Orofaríngeas	2	(5 o/o)

Las manifestaciones cutáneas consistían en lesiones eritematosas distribuidas en tórax, abdomen y miembros superiores.

Al examen anorrectal se descubrieron físuras anales dos pacientes.

En dos enfermos se detectaron lesiones orofaríngeas; uno presentaba lesiones aftosas y en el otro operado por nosotros, descubrimos en el post-operatorio inmediato una lesión de tipo nodular en el paladar duro.

CUADRO VI**ESTUDIO RADIOGRAFICO DEL TRANSITO INTESTINAL (27 CASOS)**

SIGNOS:	No. de Casos:
Estenosis de Ileon terminal	15
Irregularidad y deformidad de I.T.	12

Espasticidad y rigidez de I.T.	5
Estrechamiento de I. T.	4
Imágenes en espículas en I.T.	2
Imagen Pseudo tumoral en ciego	2
Alteraciones del patrón mucoso	2
Tránsito normal	2
Signo de la cuerda	1
Trayectos fistulosos	1

I. T.: ILEON TERMINAL**CUADRO VII****RADIOGRAFIA DE COLON CON ENEMA BARITADA (15 CASOS)**

SIGNOS:	No. de Casos:
Normal	8
Llenado Retrogrado y Estrechez de I.T.	4
Defecto de llenado en ciego	3
Estenosis e Irregularidad de Recto Sigmoide	2
Rigidez de Colon ascendente	1

I. T.: ILEON TERMINAL.

En 23 de los 27 casos en que se realizó tránsito intestinal, este estudio radiográfico contribuyó al diagnóstico de la afección.

El dato que más llamó la atención en las radiografías de Colon, con enema fue el llenado retrógrado del íleon terminal con estrechez de este segmento, signo que según Templeton⁹, debe poner en alerta al médico que sospeche la enfermedad en un paciente.

La radiografía de esófago y duodeno, realizada a varios pacientes fue positiva en uno de ellos (caso con localización duodenal de la enfermedad), revelando una estenosis de la segunda porción del duodeno.

Los estudios endoscópicos (Rectosigmoidoscopia, Colonoscopia, esofagogastroduodenoscopia y Laparoscopia), fueron de utilidad para descartar otras patologías y en un paciente la gastroduodenoscopia combinada con la biopsia peroral permitió confirmar el diagnóstico de enfermedad de "Crohn Duodenal".

Estudios complementarios empleados para descartar otras patologías fueron: La biopsia por intubación, intradermorreacción de Mantoux, estudios de mal absorción, pruebas de Campaña, insorción-exorción, de componentes específicos y drenajes.

CUADRO VIII**CRITERIOS DIAGNOSTICOS (39 CASOS)**

Quirúrgico-Histológico	27 Casos
Clínico-radiológico	9 "
Necropsia	3 "

CUADRO IX

LOCALIZACION DE LA ENFERMEDAD (39 CASOS)

FORMAS AISLADAS:	No. de Casos:
* Duodeno	1
Ileon	28
Ciego	1
Colon descendente	1
Sigmoide	1
* Recto	1

FORMAS PLURISSEGMENTARIAS:

Yeyuno-Ileon	1
Yeyuno-Ileon Ciego	1
Ileon Ciego	3
** Recto-Sigmoide	1

* Diagnóstico confirmado por endoscopia y biopsia endoscópica.

** Diagnóstico confirmado por Necropsia.

CONCLUSIONES:

1) La edad de presentación fue más tardía en los casos de nuestro estudio que en la reportada por la mayoría de los autores.

2) Observamos la presentación de la enfermedad en edades más tardías en el sexo femenino que en el masculino.

3) El examen cuidadoso del paciente permite descubrir algunas manifestaciones generales de la enfermedad que en muchos trabajos no aparecen reportadas.

4) Nuestra serie comprende algunas formas topográficas y localizaciones poco reportadas en la Literatura Mundial.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Devroede, G.: Crohn's Disease. *The Canadian Journal of Surgery*, Vol. 17, No.6, 378, 1974.
- 2.— Aluwihare, A: Electron Microscopy in Crohn's disease, *Gut* 12: 509, 1971.
- 3.— Green, F. et Al.: The distribution of mucosal Antibodies in the bowel of Patients with Crohn's disease. *Gut* 16 (2): 125, 1975.
- 4.— Talchuck, K. and Isselbacher, K.: Circulating Antibodies to bovine Albumin in Ulcerative Colitis and Crohn's disease: Charac-

terization of the response. *Gastroenterology*.

5.— Taylor, K.: Crohn's disease, *Basic and Clinic Immunology*. Fudenberg et al. Lange Medical Publications, California: 559, 1976.

6.— Meyers, S., et, al: Anergy to dinitrochlorobenceno and depression of T-Linfocitos in Crohn's disease and Ulcerative Colitis *Gut* 17: 911, 1976.

7.— Lennard-Jones, J: Etiology and epidemiology of Crohn's disease. *The Canadian Journal of Surgery* 17 (6): 379, 1974.

8.— Ríos J., y Suárez, O.: La enfermedad de Crohn, en Bolivia, *Revista Clínica Española* 134 (1): 67, Julio, 1974.

9.— Albert, C.: Enteritis Regional. *Temas de las Residencias*. La Habana, 3: 7-77, 1967.

10.— Aronson, A.: Regional Enteritis. Occurrence in a father and both sibling. *The Journal of the American Medical Association* 201 (4): 267, 1967.

11.— Jonowitz, H.: Enfermedades inflamatorias crónicas del Intestino, Cecil Loeb Tratado de Medicina Interna, Beeson Mc Dermot (9na. Edición en español), Nueva editorial Interamericana, S.A. México, 11: 1407, 1977.

12.— Mendeloff, A.: Enfermedades del Intestino Delgado. *Medicina Interna*, Harrison (4ta. Edición en español), La Prensa Médica Mexicana, México: 1669, 1974.

13.— Mc. Callum, D. and Kermont, C.: Dermatological manifestation of Crohn's disease, *British Journal of Dermatology* 80: 1, 1968.

14.— Estéban, J.: Estado actual sobre la enfermedad de Crohn 24 Lecciones y 4 Mesas redondas de Patología Digestiva, Inp., Madrid, Liade: 149, 1974.

15.— Simpson, H., et al: Oral Manifestation of Crohn's disease. *J. Oral Med.* 29: 49 Apr-Jun. 1974.

16.— Steigman, F.: Urinary Complications in regional enteritis *The American Journal of Gastroenterology*. 59 (5): 267, 1973.

17.— Fosth, S., et al: Ureteral obstruction complicating Crohn's disease *Acta Chirurgica Scandinavica* 142: 275, 1976.

18.— Hamilton, P: Crohn's disease an Usual Causa of Dyspareunia. *British Medical Journal*, 2 (6079): 101, 1977.

19.— Mürl, M. et al: Curso del embarazo en presencia de colitis ulcerativa y enfermedad de Crohn *Medicina Alemana*: 1287, 1977.

20.— Golfank, M. and Krane Cl.: Dysphagia and Esophageal Ulceration in Crohn's disease, *Gastroenterology* 55: 510, 1968.

21.— Haggitt, R.: Meissner, W.: Crohn's disease of the upper gastrointestinal tract. *Am. J. Clin. Pathol* 59: 613, 1973.

22.— Miller, J. et, al: Crohn's disease Involving the esofaghus and colon case report. *Mayo Clinic Proceedings*. 52 (1): 35-1977.

23.— Trygol T.: Isolated Gastric Involving in Crohn's disease. *Acta Chirurgica Scandinavica* 142 (8): 611, 1976.

24.— González G., et al: Crohn's disease of the stomach *Radiology* 113 (1): 27, Oct. 1974.

25.— Jones, G. et al: Regional enteritis with involvement of the duodenum. *Gastroenterology* 51 (6): 1018, 1966.

26.— Nugent, F., et, al: Crohn's disease of the duodenum *Gut* 18 (2): 115, 1977.

27.— Hernin J. et al: Histological diagnosis by peroral of Crohn's disease of the proximal intestine. *Gastroenterology* 59: 868, 1970.

28.— Threatt, B. et al: Crohn's disease of the appendix presenting as acute appendicitis. *Radiology* 110: 313, Feb. 1974.