

ENFERMEDAD DE CROHN EN NIÑOS: PRIMERA COMUNICACION NACIONAL

* Dr. Héctor Otero
** Dra. Nora Taveras
** Dr. Nicolás Lembergt
*** Dra. Rosa Herminia González

RESUMEN:

Se presenta el caso de un niño de 15 años de edad con enfermedad de Crohn. Es el primer caso reportado en la literatura médica nacional y el único documentado por histopatología en los últimos 10 años en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral.

Enfermedad de Crohn

ABSTRACT

We present a case of Crohn's disease in a 15 years old boy. This is the first case reported in the national medical literature and the only one with histopathological studies in the past ten years at Dr. Robert Reid Cabral Hospital.

Crohn's disease

La enfermedad de Crohn se describe mejor como enfermedad inflamatoria granulomatosa recurrente, que suele afectar íleon terminal o colon, aunque puede presentarse a cualquier nivel del tubo digestivo desde la boca hasta el ano.^{1,2} La enfermedad es de índole sistémica, fue descrita por vez primera por Crohn y colaboradores en 1932, quien pensaba que sólo afectaba el íleon terminal, denominándose Ileitis Terminal; luego se comprobó que podía afectar zonas bien delimitadas del intestino delgado, con segmentos interpuestos respetados, llamándose entonces Enteritis Regional.^{3,4}

Esta patología que era considerada rara en pediatría se observa en todo el mundo; se presenta a cualquier edad pero sobre todo en la tercera década de la vida; no tiene predilección por sexo, es dos a cinco veces más frecuente en la raza blanca y dos a tres veces más observada en los judíos.^{3,5}

El objetivo de la presente publicación es dar a conocer el primer caso de enfermedad de Crohn diagnosticado en los últimos 10 años en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral con el propósito de que pediatras, cirujanos pediatras y médicos que traten niños tomen más en cuenta esta afección, sobre todo cuando evalúen el niño con dolor abdominal de larga evolución.

PRESENTACION DEL CASO

Se admite un paciente de 15 años de edad y sexo masculino

- * Jefe Servicio de Cirugía General.
- ** Médicos Residentes Pediatría.
- *** Médico Pasante Servicio de Patología.
Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo,
República Dominicana.

procedente de Santo Domingo quien presenta dolor abdominal tipo cólico en flanco derecho, acompañado de constipación y luego evacuaciones semilíquidas y vómitos de contenido alimentario; este cuadro presentaba una evolución aproximada de 25 días. Los últimos dos días se acompañó de fiebre en 40°C.

Es el hijo mayor de padres jóvenes sanos sin antecedentes familiares de enfermedad conocidos. El niño padeció sarampión a los 5 años y padecía crisis de asma bronquial con frecuencia.

El examen físico muestra un paciente que pesa 41K, talla 175cm., S.C. 1.69 m2, F.C. 92 1/min., F.R. 24 r/min. T. 37.5°C consciente, quejumbroso, que lucía crónicamente enfermo, con cavidad oral reseca, caries dentales, un abdomen plano depresible, doloroso en ambos flancos, peristalsis adecuada, adenopatía inguinal bilateral, tacto rectal no revela hallazgos de interés.

Al considerar que el paciente presentaba una apendicitis aguda, se obtiene un hemograma que reportó Ht 39%, G.B. 11,580, N. 80%, L. 20% y un urianálisis negativo. Se realiza laparotomía observándose dilatación de los últimos 100 cm. de íleon, aunque sus paredes se observaban normales; también se encontró apéndice engurgitado y edematoso, el cual se extirpó comprobándose el diagnóstico de inflamación apendicular por estudios histopatológicos.

Se maneja con antibióticos (ampicilina, gentamicina y cloranfenicol). Al segundo día presenta una erupción maculoritematosa generalizada.

Al tercer día de la intervención quirúrgica el paciente se torna sudoroso, pálido, hipoactivo, quejumbroso con abdomen muy doloroso y con defensa muscular involuntaria; peristalsis ausente. Una radiografía de abdomen de pie muestra aire libre debajo del diafragma, dando la sospecha de perforación de víscera hueca.

Es reintervenido quirúrgicamente, hallando 2 perforaciones de 2 cm. cada una en los últimos 25 cm. de íleon terminal con salida de contenido fecal a través de ambas. Se agrega metronidazol al manejo del paciente.

Cuatro días luego de esta segunda intervención vuelve a presentar igual sintomatología abdominal, siendo necesaria una tercera intervención en la que se observan múltiples perforaciones y áreas negruzcas en íleon distal, además de abscesos inter asas en toda la cavidad abdominal. Se resecan 25 cm. de íleon terminal y se hace ileostomía.

El paciente permaneció en malas condiciones generales, por lo que se decide cambiar antibióticos y utilizar solamente una Tienamicina; a partir de entonces mejoraron sus condiciones ayudado de una dieta hiperproteica y suplementos vitamínicos. Fue transfundido en 2 ocasiones durante su estadía.

Además se le realizó falcemia, H.I.V., antígenos febriles,



FIGURA No. 1. Se observan algunas glándulas hiperplásicas, con edema, e infiltrado inflamatorio de tipo crónico, así como pequeñas áreas de fibrosis.



FIGURA No. 2. Se ven áreas de necrosis, fibrosis e infiltrado inflamatorio.

urocultivo, hemocultivo, coprocultivo, con reporte negativo y sodio, potasio, fosfatasa alcalina, T.G.O., T.G.P. dentro de límites normales; sólo las proteínas totales reportó 4.3 G/dL (V.N. 4.5-8) con albúmina en 2.0, globulina en 2.3 y relación A/G = 0.8.

A los cuarentinueve días de su tercera intervención se prepara el paciente y se realiza el cierre de la ileostomía y anastomosis íleo-cólica ascendente; dos semanas más tarde es dado de alta y al completar el mes de la reparación desarrolla una fístula enterocutánea con drenaje de secreciones amarillentas fétidas por la herida quirúrgica. Sin embargo, dicha fístula cerró sin necesidad de intervención quirúrgica. El niño fue dado de alta con una evolución satisfactoria.

La pieza extirpada fue objeto de estudios histopatológicos.

REPORTE MACROSCOPICO:

Pieza de intestinos de unos 25 x 4.5 cm., superficie externa verde amarillenta y áreas pardas de consistencia firme, contenido gelatinoso, perforaciones que ocupan la parte central la mayor mide 1.5 cm., pared edematosa.

REPORTE MICROSCOPICO:

5 secciones estudiadas revelan edema de la submucosa con ulceración de la misma, prominente infiltrado inflamatorio a expensas de linfocitos y eosinófilos e hipertrofia de la muscular. Fig. 1 y 2.

Los datos clínicos e histopatológicos confirman que se trata de una enfermedad de Crohn.

DISCUSION

La etiología de la enfermedad de Crohn sigue siendo desconocida, se han planteado teorías de tipo alérgico, psicossomático, vascular, genético, ambiental y enzimático; las más desarrolladas actualmente son las infecciosas e inmunológicas.^{2,6-7}

Es importante que tengamos presente que en los niños pueden presentarse trastornos importantes en el crecimiento, maduración sexual, aspectos psicológicos y educacionales.^{2,8}

Las manifestaciones clínicas son muy variables; suelen empezar con crisis intermitentes de diarrea, fiebre y dolor en cuadrante inferior derecho, a veces periumbilical; estas crisis suelen estar separadas por períodos asintomáticos que duran semanas o meses.²

En el caso presentado sólo se describe un cuadro con dolor abdominal de unos 25 días, lo que se diferencia de la mayoría de los autores consultados.⁷⁻⁸

Este paciente presentó un eritema multiforme al segundo día, lo que se corresponde con un 10% de los pacientes que presentan esta enfermedad.⁵

La hipoproteïnemia explicada por la malabsorción es un dato de laboratorio, reportado con frecuencia en los pacientes afectados por la patología discutida.^{1-2,5-6} En nuestro caso los resultados coincidieron con lo señalado anteriormente.

Hay que enfatizar que el tratamiento quirúrgico es el de elección, principalmente en los niños, ya que presentan gran tendencia a recidivar y se debe combinar con la terapéutica médica: dietas (hiperproteicas, pobre en grasas), antibióticos, vitaminas y minerales.²

El pronóstico de estos pacientes es difícil de establecer y se relacionan más bien a la frecuencia de las intervenciones y recurrencias quirúrgicas, así como al grado a que han sido utilizados los esteroides. A pesar de que la morbilidad puede ser alta, la mortalidad es baja (2.4%). En los casos que se presentan antes de los 15 años de edad se asocian a una talla significativamente menor que la población normal, aparentemente relacionado al mal estado nutricional.⁵

BIBLIOGRAFIA

1. Berkow R: The merck manual of diagnosis and therapy. 14th edition, U.S.A.: Merck Sharp and Dohme Research Laboratories, 1982: 780-783.
 2. Cavell B, Hildebrand H, Meeuwisse GW, Lindquist B: Inflamación crónica del intestino. En: Davidson M, Ed, Clínica gastroenterológica, Barcelona: Salvat Editores, S.A. 1978, Vol 5 (2): 238-254.
 3. Robbins L, Cotran R: Patología estructural y funcional. 2da. edición. México. Interamericana. 1984: 888-892.
 4. Leanerts C, Roy C, Valliancourt M, Weber AM, Morin CL, Seidman, E: High incidencie of uppergastrointestinal tract involvement in children with Crohn disease. *Pediatrics*, 1989. 83: 777-781.
 5. Motil K, grand R: Ulcerative colitis and Crohn disease in children. *PIR*, 1987. 9: 109-120.
 6. Drucker W: enteritis regional (enfermedad de Crohn). En: Sabiston D, Ed: Tratado de patología quirúrgica, 11ma. edición. México: Interamericana, 1980. Vol 1: 982-994.
 7. Barton J, Gillon S, Ferguson A: Incidence of inflammatory bowel disease scottish children between 1968-1983; marginal fall in ulcerative colitis, three-fold rise in Crohn's disease. *Gut*, 1989. 30: 618-622.
 8. Kanof M, Lake A, Bayless T: Decreased height velocity in children and adolescents before the diagnosis of Crohn's disease. *Gastroenterology*, 1988. 95: 1523-1527.
-