

Enfermedad de Crohn

Número Publicado el 20 de junio de 2017

<http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2017.3.3.jun.246-258>  
[URL: http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index](http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index)

Ciencias Médicas

Artículo Científico

## Enfermedad de Crohn

*Crohn's disease*

*Doença de Crohn*

Franklin E. Encalada-Calero <sup>I</sup>  
Universidad de Guayaquil  
Guayaquil, Ecuador  
[f.encalada@hotmail.com](mailto:f.encalada@hotmail.com)

Regina V. Lemos-Da Silva <sup>II</sup>  
Hospital Teodoro Maldonado  
Guayaquil, Ecuador  
[rainhaverdadeira@yahoo.com.br](mailto:rainhaverdadeira@yahoo.com.br)

Marlon K. López-Chinga <sup>III</sup>  
Hospital Teodoro Maldonado  
Guayaquil, Ecuador  
[marlonlopchinga@gmail.com](mailto:marlonlopchinga@gmail.com)

**Recibido:** 30 de enero de 2017 \* **Corregido:** 20 de febrero de 2017 \* **Aceptado:** 20 Junio de 2017

- <sup>I.</sup> Especialista en Cirugía General, Docente de la Universidad de Guayaquil, Magister en Diseño Curricular, Médico Tratante de Cirugía Hospital Teodoro Maldonado.
- <sup>II.</sup> Especialista en Dermatología Estética, Médico Tratante de Cirugía Hospital Teodoro Maldonado.
- <sup>III.</sup> Médico Residente de Cirugía Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

### **Resumen.**

La enfermedad de Crohn forma parte de las enfermedades inflamatorias intestinales, puede afectar cualquier parte del tracto digestivo, pero afecta más comúnmente a la porción distal del intestino delgado. De etiología desconocida, se cree que hay influencia genética e inmunológica. Los síntomas más frecuentes son diarrea, pérdida de peso, dolor abdominal y astenia. Su diagnóstico es clínico y anatomopatológico. El tratamiento médico farmacológico consiste en la administración de aminosalicilatos, corticoides, terapia con anti-factor de necrosis tisular y anticuerpos monoclonales. La técnica quirúrgica terapéutica es la resección ileal.

**Palabras clave:** Crohn; colitis; ulcerativa; inflamatoria intestinal.

### **Abstract.**

Crohn's disease is part of inflammatory bowel disease. It can affect any part of the digestive tract, but it most commonly affects the distal portion of the small intestine. Of unknown etiology, it is believed that there is genetic and immunological influence. The most common symptoms are diarrhea, weight loss, abdominal pain and asthenia. Its diagnosis is clinical and pathological. Pharmacological medical treatment consists of administration of aminosalicylates, corticosteroids, therapy with anti-necrosis factor and monoclonal antibodies. The therapeutic surgical technique is ileal resection

**Key words:** Crohn; colitis; ulcerative; inflammatory intestinal.

### **Resumo.**

A doença de Crohn é uma das doenças inflamatórias do intestino, pode afectar qualquer parte do tracto digestivo, mas mais geralmente afecta o intestino delgado distal. De etiologia desconhecida, acredita-se para ser influência genética e imunológica. Os sintomas mais comuns são diarreia, perda de peso, dor abdominal e astenia. O diagnóstico é clínico e patológico. Tratamento médico farmacológico envolve a administração de aminossalicilatos, corticosteróides, factor de necrose de tecido anti-terapia e anticorpos monoclonares. Técnica de tratamento cirúrgico é a ressecção do íleo.

**Palavras chave:** Crohn; colite ulcerativa; inflamatória intestinal.

## **Introducción.**

Nombre descrito en honor al Dr. Burrill B. Crohn, quien fue el primero en describir esta enfermedad en 1932. La enfermedad de Crohn debe cumplir condiciones de enfermedad inflamatoria intestinal, es una inflamación crónica del tracto gastrointestinal.

Cuando se habla de enfermedades inflamatorias del intestino es importante saber que la enfermedad de Crohn no es igual a colitis ulcerativa, ya que los síntomas de ambas pueden ser similares pero las áreas afectadas en el tracto gastrointestinal son diferentes.

La enfermedad de Crohn afecta más comúnmente a la porción distal del intestino delgado es decir al íleon y a la región proximal del colon, pero puede afectar también en menor proporción a alguna otra región del tracto gastrointestinal desde la boca al ano, a diferencia de la colitis ulcerativa que solo se limita al colon.

La enfermedad de Crohn puede además afectar el espesor total de la pared del intestino mientras que la colitis ulcerativa solo afecta la mucosa y submucosa del colon.

## **Materiales y métodos.**

### *Frecuencia y etiología.*

La enfermedad de Crohn tiene mayor prevalencia en adolescentes y adultos jóvenes entre los 15 y 35 años de edad.

La causa de esta enfermedad es todavía desconocida, pero se cree que dentro de los factores causales se encuentra el stress y la dieta que son agravantes de la enfermedad, pero no son las verdaderas causas, en estudios recientes se ha determinado que existen factores genéticos hereditarios y ambientales que predisponen al desarrollo de la misma.

El tracto gastrointestinal contiene bacterias inofensivas, algunas de las cuales participan en el proceso de la digestión, el sistema inmune usualmente ataca y destruye microorganismos que no pertenecen a la flora habitual intestinal como bacterias, virus, hongos.

En circunstancias normales estas bacterias saprofitas son protectoras de la flora intestinal y atacan a agentes externos, en personas con enfermedad inflamatoria intestinal algunas de estas bacterias se confunden con los invasores nocivos y el sistema inmune prepara una respuesta.

Las células migran fuera del torrente circulatorio hacia el intestino y producen inflamación como resultado de una respuesta normal del sistema inmune, sin embargo la inflamación no desaparece produciéndose así una inflamación crónica, ulceración, engrosamiento de la pared intestinal y finalmente causando los síntomas al paciente.

En la actualidad los estudios han revelado que si un miembro de la familia es afectado existe una alta probabilidad de que la enfermedad afecte a parientes en primer grado, padres hijos o hermanos se vean afectados o padezcan la enfermedad en un 5 al 20 %, el porcentaje aumenta cuando ambos padres padecen de enfermedad inflamatoria intestinal.

#### *Anatomía patológica.*

A diferencia de la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn puede ocurrir en cualquier punto a lo largo del tracto gastrointestinal. Los sitios más comúnmente involucrados en la presentación son el íleon terminal, válvula ileocecal, y el ciego.

La enfermedad se limita al intestino delgado en aproximadamente el 40-50% de los casos, mientras que otro 30 a 40% de los casos implican tanto el intestino delgado y el colon. Los casos restantes implican sólo el colon.

La aparición de úlceras en la boca y fisuras anales, marcas en la piel, abscesos y se ven con frecuencia, mientras que la participación del esófago y el estómago es mucho menos común.

La presencia de lesiones extraintestinales se caracterizan por:

- Manifestaciones oculares (uveítis, iritis recurrente y episcleritis)
- Manifestaciones dérmicas (eritema nudoso, pioderma gangrenoso, y síndrome de Sweet)
- Artropatías seronegativas inflamatoria (sacroileítis, espondilitis anquilosante, artritis psoriásica y artritis reactiva)

- El hígado y vías biliares también pueden estar involucrados; la incidencia de la colangitis esclerosante primaria se incrementa en aproximadamente un 10% en pacientes con una historia de enfermedad de Crohn.

Los hallazgos microscópicos de la enfermedad de Crohn pueden ser muy variables. Es raro ver a todas las características histopatológicas en un caso determinado. Muchos de los hallazgos microscópicos clásicos fueron descritos en los casos de resección intestinal y en una época antes de la llegada de la terapia inmunosupresora. Patólogos actualmente se enfrentan al reto de hacer un diagnóstico patológico basado en muestras de biopsia de la mucosa superficial limitados obtenidos en la endoscopia, a menudo en el contexto de un tratamiento previo con medicamentos anti-inflamatorio.

Los hallazgos histológicos característicos son:

Las áreas de inflamación crónica, que comprende aumentaron las células plasmáticas de la lámina propia y linfocitos, en asociación con distorsión de la arquitectura crónica con irregular, de leve a grave, inflamación neutrofílica, incluyendo criptitis neutrofílica, abscesos de las criptas, o erosiones / úlceras.

Las lesiones no comprenden, erosiones focales en parches o úlceras, fisuras y fístulas verticales.

El toque de "Las lesiones no" - fragmentos de la mucosa desde el mismo nivel del colon tiene hallazgos microscópicos variables, inflamación transmural con múltiples agregados linfoides, granulomas, fibrosis submucosa y la hiperplasia neuromuscular de submucosa

Los granulomas consisten en no necrotizante, grupos bien circunscritos de histiocitos epitelioides, con o sin acompañamiento de células gigantes de tipo Langerhans (ver las siguientes imágenes). Cuando están presentes, los granulomas son extremadamente útiles en la obtención del diagnóstico de la enfermedad de Crohn, pero están ausentes en el 50-60% de los casos. Por otra parte, granulomas también se observan en la tuberculosis, yersiniosis, e incluso se pueden ver en la colitis ulcerosa en asociación con criptas rotos. En general, se debe tener precaución cuando se utiliza granulomas como una función de diagnóstico.

## Enfermedad de Crohn

---

Los granulomas de la enfermedad de Crohn se pueden encontrar a lo largo de la pared del intestino, y están comúnmente asociados con áreas de úlcera, a lo largo de los espacios linfáticos en la submucosa y la subserosa, y, con menor frecuencia, con los vasos sanguíneos pequeños.

Los granulomas se observan con mayor frecuencia en el intestino grueso y la región anal que en el intestino delgado; también son más prominentes en los pacientes más jóvenes con una duración más corta que la enfermedad en pacientes con enfermedad de larga evolución.

Los ganglios linfáticos en el mesenterio a menudo contienen granulomas similares, pero es excepcional para los granulomas que estén presentes sólo en los ganglios linfáticos.

Múltiples granulomas en los ganglios linfáticos pericólicos de un paciente con enfermedad de Crohn. Aunque este hallazgo no es específico para la enfermedad de Crohn, cuando se ve en asociación con otras características de la enfermedad intestinal inflamatoria idiopática, es compatible con el diagnóstico de la enfermedad de Crohn. Por otra parte, los ganglios linfáticos pueden ser la única área en la que se identifican los granulomas; por lo tanto, la presentación de varios ganglios linfáticos del mesenterio puede ser muy útil para confirmar el diagnóstico en algunos pacientes.

El engrosamiento de la pared intestinal que consiste en el edema y fibrosis que conduce a ensanchamiento de la muscular de la mucosa y la distorsión de la muscular propia.

Las lesiones tempranas muestran con frecuencia inflamación de la mucosa focal superficial con agregados linfoides o las placas de Peyer, solamente en desarrollo más tarde en las úlceras aftoides característico.

### *Cuadro clínico.*

Los síntomas se van a presentar de acuerdo a la ubicación y la presencia o ausencia de estenosis y fístulas. Puesto que hay múltiples posibles sitios de la enfermedad, la forma de presentación es muy variada.

Los síntomas relacionados con la inflamación del tracto GI:

## Enfermedad de Crohn

---

- Diarrea
- Rectorragia
- Dolor abdominal
- Pujo y tenesmo
- Estreñimiento (puede conducir a la obstrucción del intestino)

Los síntomas generales que también pueden estar asociados con EII:

- Fiebre
- Anorexia
- Astenia
- Pérdida de peso
- Diaforesis
- Amenorrea

Enfermedad de Crohn es una enfermedad crónica, por lo que este significa que los pacientes experimentan períodos probables cuando los brotes de la enfermedad y causa síntomas, seguidos por períodos de remisión cuando los pacientes no pueden avisos síntoma en absoluto.

En casos más severos, la enfermedad de Crohn puede llevar fisuras en la pared del ano, lo que puede causar dolor y sangrado, especialmente durante los movimientos intestinales. La inflamación también puede hacer que se desarrolle una fistula.

Los síntomas más frecuentes son diarrea, pérdida de peso, dolor abdominal y astenia. El sistema de Montreal (Tabla 1) se utiliza para clasificar la enfermedad, y las características incluidas son importantes de determinar el pronóstico y la terapia óptima. Los pacientes con la enfermedad de Crohn también tienen un aumento del riesgo de enfermedad tromboembólica venosa, cáncer colorrectal (CCR), cálculos biliares, cálculos renales, y osteoporosis. Recientemente, un mayor riesgo de melanoma maligno ha sido identificado, independiente de medicamento inmunosupresor Azatioprina se sabe que aumenta el riesgo de cánceres de piel. Protección de la piel óptima en el sol es imprescindible.

## Enfermedad de Crohn

El mayor riesgo de CCR secundaria a inflamación crónica del colon ha requerido implementación de la vigilancia endoscópica. El intervalo entre las endoscopias de vigilancia está dictado por la presencia o ausencia de otros factores de riesgo y es por lo general cada 1, 3 o 5 años.

Otros factores de riesgo incluyen la enfermedad pertinente gravedad, el alcance de la enfermedad, antecedentes familiares de CCR, presencia de pólipos post-inflamatorias, displasia y estenosis colónica previa.

<i>Clasificación de Montreal</i>		
Edad de diagnostico	Localización	Comportamiento
A1: < 16 años	L1: Ileo	Inflamatorio
A2: 16-40 años	L2: Colon	Estenosis
A3: >40 años	L3: Ileocolonico	Perforativo
	L4: Gis alto	Enfermedad perineal
Fuente: Natalia Borruel, Francisco Guarner. ( 2002) Fisiopatología y Tratamiento de la enfermedad de Crohn, Unidad de investigación de Aparato digestivo, Hospital Universitario Vall d'Hebron Barcelona, Vol. 1, Núm. 7		

**Tabla 1.- Clasificación de Montreal**

### *Diagnóstico.*

La enfermedad de Crohn es un diagnóstico clínico que se basa sobre la historia clínica, en combinación con exámenes de laboratorio, imagenológicos e histológicos.

Es importante tener en cuenta los diagnósticos diferenciales; especialmente la enfermedad micobacteriana, donde la terapia inmunosupresora estándar para la enfermedad de Crohn enfermedad podría causar una progresión significativa de infección de tuberculosis.<sup>10</sup>

### *Exámenes de sangre.*

Hemograma, función renal, función hepática, albúmina, y los marcadores inflamatorios (C reactivaproteínas y velocidad de sedimentación globular) son todas las pruebas obligatorias. La anemia y la trombocitosis son resultados comunes. Anemia puede ser debido a las deficiencias de hierro, ácido fólico o vitamina B12. Análisis de materia fecal deben incluir microscopía y la cultura;



## Enfermedad de Crohn

---

*Clostridium difficile* ensayo de toxina y proteínas de granulocitos fecales (calprotectina o lactoferrina). La infección es un agente precipitante tratable de las exacerbaciones de la enfermedad de Crohn.<sup>10</sup>

### *Endoscopia.*

Colonoscopia con biopsias es la prueba de oro en la investigación estándar para el diagnóstico de la enfermedad de Crohn, para la evaluación de actividad de la enfermedad y para la vigilancia de la displasia y el cáncer.

Características endoscópicas típicas incluyen aislada aftas, empedrado, y profunda ulceración. La presencia de ulceración profunda indica una enfermedad inflamatoria grave, mientras los pólipos (pseudo-pólipos) sugieren inflamación severa. Gastroscofia se recomienda en niños o adultos con síntomas del tracto gastrointestinal superior. La cápsula endoscópica está bien validada para intestino delgado enfermedad de Crohn, y se utiliza cuando otras modalidades no han proporcionado un diagnóstico. Es sensible, pero no específico y no puede proporcionar un diagnóstico de tejido. Doble enteroscopia de balón es sensible para el intestino delgado. De las lesiones se pueden obtener muestras histológicas, pero es de un alto costo, consume tiempo y con frecuencia requiere anestesia general, y no está disponible en todos los centros.<sup>11</sup>

### *Imagenología.*

La fluoroscopia con bario, que ha sido durante mucho tiempo el pilar de imagen abdominal en la enfermedad de Crohn, ha sido sustituida por TC y RM, la enterografía todavía proporciona buenas imágenes en manos expertas.

La principal ventaja de RM es la falta de radiación ionizante que es importante en una cohorte de pacientes que probablemente necesiten de imagen repetida. Ambas modalidades, TC y RM puede detectar la inflamación de las mucosas, estenosis, asas dilatadas del intestino, fístulas y abscesos. Un reciente estudio de RM demostró ser tan buena como en la TC en detección de fístulas abdominales.

Es superior para la investigación de la pelvis, y no implica radiación ionizante (una consideración significativa en una cohorte de pacientes que requieren numerosos exploraciones

transversales), aunque menor radiación. Se están introduciendo técnicas de TC. Alguna combinación de dos de estas tres modalidades ofrece la más alta sensibilidad

La ecografía tiene la ventaja de evitar radiación ionizante, pero es altamente dependiente del operador.

La radiografía abdominal estándar es útil para presentaciones de emergencia como una rápida, barata, y fácil de prueba para evaluar la dilatación del intestino delgado y la inflamación del colon.<sup>8</sup>

Existen criterios para medir la severidad de enfermedad de Crohn como es el índice de Harvey-Bradshaw basado en un sistema de puntuación, utilizado para evaluar la gravedad de la enfermedad de Crohn, puntuándose de la siguiente forma:

1. Bienestar general (0 = muy bueno, 1 = bueno, 2 = malo, 3 = muy malo, 4 = grave)
2. Dolor abdominal (0 = ninguno, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave)
3. Número de deposiciones líquidas por día
4. Masa abdominal (0 = ninguno, 1 = menor a 2cm, 2 = mayor a 2cm, 3 = mayor a 5 cm)
5. Complicaciones (1 punto cada uno)
  - La artralgia
  - La uveítis
  - El eritema nodoso
  - Úlceras aftosas
  - Pioderma gangrenoso
  - Fisura anal
  - Nueva Fístula

- Absceso

## **Resultados.**

En la actualidad los estudios han revelado que si un miembro de la familia es afectado existe una alta probabilidad de que la enfermedad afecte a parientes en primer grado, padres hijos o hermanos se vean afectados o padezcan la enfermedad en un 5 al 20 %, el porcentaje aumenta cuando ambos padres padecen de enfermedad inflamatoria intestinal.

<5 Remisión

- 5-7 enfermedad leve
- 8-16 enfermedad moderada
- > 16 enfermedad grave

## *Tratamiento.*

Los objetivos terapéuticos incluyen: inducción, mantenimiento de la remisión clínica y endoscópica, la resolución rápida de las exacerbaciones, mantenimiento de una nutrición adecuada, la vigilancia regular para complicaciones, el seguimiento de efectos adversos inducidos por las drogas, y la optimización calidad de vida. Una distinción se debe hacer entre inducir y mantener la remisión, Los esteroides, por ejemplo, son eficaces en la remisión, pero la falta de eficacia a largo plazo junto a los efectos adversos potentes lo hace inadecuado para el tratamiento de mantenimiento. El tipo de terapia depende de localización de la enfermedad y la gravedad, presencia de complicaciones, y estilo de vida factores; como resultado, las vías de tratamiento deben individualizarse.

Algunos pacientes tienen un curso relativamente benigno de la enfermedad sin desarrollar significativa complicaciones, mientras que otros sufren mala salud crónica y las complicaciones frecuentes. El Riesgo estratificación es vital para asegurar que las personas con un curso de enfermedad benigna no están sujetos a los riesgos de exceso de tratamiento, y por el contrario a

evitar la progresión de la enfermedad innecesaria y complicaciones a través de sub-tratamiento de los con enfermedad agresiva.

Mejorar el estilo de vida es fundamental y parte del tratamiento médico no farmacológico a emplearse, la dieta, evitar el consumo de tabaco es efectivo ya que si no se lo deja predispone a la aparición agresiva de la enfermedad.

El tratamiento médico farmacológico consiste en la administración de aminosalicilatos, corticoides, terapia con anti-factor de necrosis tisular y anticuerpos monoclonales.

### *Cirugía.*

La resección ileal distal puede ser considerada una de las técnicas quirúrgicas más comunes a efectuarse en esta patología.

Una extensa resección del intestino delgado puede llevar a síndrome de intestino corto, por lo que el tratamiento médico farmacológico juega un papel fundamental y es importante para tratar de mantener la longitud del intestino. El tratamiento quirúrgico también se realiza para las complicaciones perianales y también se incluye la fístula abierta, así como el drenaje de abscesos.

### **Bibliografía.**

- MI. Pérez Andrés, JM. Martos Martínez, LF. Serrano Quintana. (1998) Enfermedad de Crohn. *Cirugía Española*, 64(4)
- Fernando Gomollón, Miquel Sans. (2009) Enfermedad inflamatoria intestinal. *Aegastro*, 31(1), 443-458
- Tomás Héctor Méndez Gutiérrez. (2010) Enfermedad de Crohn. *Revista de Gastroenterología de México*, 75(1), 145-148
- Adam Cheifetz, MD. (2014) Enfermedad de Crohn sintomatología. *JAMA*, 132(16)
- María Del Mar Arias Leiva (2014) Enfermedad de Crohn diagnóstico, *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 610(1), 259-260
- Quera P, Rodrigo; Palma C, Renato (2008) Enfermedad de Crohn bases genéticas, *Revista Médica Clínica Condes*, 19(4), 331-341

Enfermedad de Crohn

---

Dr. José Enrique Valdés Pérez<sup>1</sup>, Dr. Augusto E. Fuentes Valdés. Enteritis regional, Gaceta Médica Espirituana 2001; 3(2)

Dr. Miguel A. Rodríguez Allende, Dr. Carlos Núñez Guerrero. ( 2003) Utilidad de la endoscopia en la detección de enfermedades inflamatorias intestinales y tumorales del tracto digestivo, Vol.42, Núm. 6

Dra. Alejandra Noble Lugo. (2008) Tratamiento Médico de la enfermedad inflamatoria intestinal, Hospital Español de México, 73(1)

Natalia Borrueal, Francisco Guarner. (2002) Fisiopatología y Tratamiento de la enfermedad de Crohn, Unidad de investigación de Aparato digestivo, Hospital Universitario Vall d'Hebron Barcelona, Vol. 1, Núm. 7(1).

Takeshi Takahashi-Monroy a. (2005) Tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Crohn, Departamento de Cirugía, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F. México, 141(5).

Arteaga, & Blancas, M., & Juan Manuel (2009). Angiodisplasias del tracto gastrointestinal bajo, diagnóstico y tratamiento. Revista de la Facultad de Medicina; 46(5)

Valenzuela, A., (2013). Algunas recomendaciones en la práctica de la anatomía patológica. Revista Odontológica Mexicana; 17(1)

Boris, S., & Manso, L. (2007). La historia de la anatomía patológica universal y en cuba contada a través de sus protagonistas. Cuba: Revista Archivo Médico de Camagüey, 131(7)