

## Comunicaciones Breves

# Hemorragia digestiva baja masiva como primera manifestación de la enfermedad de Crohn

F. del Río\*, P. Fernández\*, M. Congregado\*, J. L. Méndez\*, S. Morales\*, J. Galván\*, F. Sánchez\*, L. Capitán\*\*, J. Ortega\*\*\*, J. Cantillana\*\*\*\*

### Resumen

*En la actualidad se concibe la enfermedad de Crohn como una enfermedad inflamatoria de etiología desconocida y que se puede localizar a lo largo del tubo digestivo, desde la boca hasta la región anal. Al ser una entidad crónica que puede manifestarse de diferentes formas hace que el diagnóstico sea difícil y con frecuencia tardío. La aparición de una hemorragia digestiva baja masiva es una forma de presentación de la enfermedad muy poco frecuente.*

**Palabras clave:** Enfermedad de Crohn. Enfermedad inflamatoria intestinal. Hemorragia digestiva baja. Diagnóstico. Tratamiento Quirúrgico.

### Summary

*Actually Crohn's disease is considered as a chronic inflammatory process that can affect the gastrointestinal tract anywhere from the mouth to the anus, with etiology remains unclear. Because it is a chronic process who can have different clinical presentation, the diagnosis is often difficult and late. Distal massive bleeding is uncommon as manifestation of Crohn's disease.*

**Key words:** Crohn's disease. Inflammatory bowel disease. Distal intestinal bleeding. Diagnosis. Surgical treatment.

### Introducción

La enfermedad de Crohn es una afección inflamatoria crónica y difusa del tubo digestivo de etiología desconocida y sin tratamiento definido fue descrita en el año 1932 en el Hospital Mount Sinai de Nueva York por Crohn, Ginsbury y Oppenheimer (1).

Se localiza preferentemente en el íleon terminal aunque puede afectar a cualquier porción del tubo digestivo desde el esófago hasta el ano. Clínicamente puede manifestarse de muy diversas formas, dependiendo de la localización, la intensidad y la extensión de la inflamación intestinal. La aparición de una hemorragia masiva a diferencia de

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO "I" (PROF. CANTILLANA). HOSPITAL UNIVERSITARIO "VIRGEN MACARENA". SEVILLA.

\* MEDICO RESIDENTE.

\*\* MEDICO ADJUNTO. PROFESOR ASOCIADO. UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

\*\*\* JEFE DE SECCION. PROFESOR TITULAR. UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

\*\*\*\* JEFE DE SERVICIO. PROFESOR TITULAR. UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

la colitis ulcerosa, es una forma poco frecuente de manifestación de la enfermedad que compromete seriamente la vida del enfermo (2-4).

### Caso Clínico

Presentamos el caso de un paciente varón, de 53 años de edad, con antecedente de diabetes mellitus no insulino dependiente.

Acudió al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por haber presentado un cuadro de rectorragia masiva acompañado de un síndrome anémico agudo con repercusión hemodinámica, que precisó de hemoterapia. A la exploración mostraba palidez de piel y mucosas, con dolor a la palpación profunda en hipogastrio, sin que se apreciaran otros datos de interés en el examen físico.

Se practicó una recto-colonoscopia y una endoscopia digestiva alta no encontrándose datos que sean diagnósticos. Ante estos hallazgos se realiza gammagrafía con hemáties marcadas, mostrando una imagen de captación en el cuadrante inferior derecho del abdomen compatible con posible fuga hemática en la región correspondiente al íleon terminal.

Tras el fracaso del tratamiento médico instaurado, la persistencia de los episodios de rectorragias y el empeoramiento progresivo del estado hemodinámico del paciente, se decide practicar una laparotomía exploradora, donde se aprecia una importante distensión del colon que se encuentra lleno de material hemático, así como restos sanguíneos distribuidos de forma segmentaria a lo largo de yeyuno e íleon. El estómago se encuentra distendido sin evidencia de sangrado. No existen signos inflamatorios ni en el intestino delgado ni en el grueso, no evidenciándose punto sangrante en la exploración cuidadosa del intestino.

En base a la información que aporta el estudio gammagráfico, se decidió practicar resección segmentaria de 10 cm. de íleon distal, reconstruyéndose la continuidad del tracto digestivo mediante una anastomosis latero-lateral con grápadora G.I.A. y T.A. (termino terminal funcionante).

Durante el postoperatorio inmediato no se observó mejoría clínica del paciente, que continuó con rectorragias y necesidad de hemoterapia. Ante la persistencia de la misma se realiza una arteriografía de los troncos mesentéricos superior e inferior, sin obtener datos sobre el origen de la hemorragia. Se practicó una nueva colonoscopia donde se aprecia, la existencia de úlceras lineales

de predominio en colon descendente y transversal con signos de posible perforación a este nivel. Ante este dato, se procede a practicar una nueva laparotomía a los siete días de su primera intervención, apreciándose una perforación lineal en colon transversal y una peritonitis fecaloidea, por lo que se decide realizar una colectomía total con cierre del muñón rectal e ileostomía.

El curso evolutivo fue tórpido, con la aparición de un absceso intraabdominal y de un absceso de pared que evolucionaron favorablemente con tratamiento conservador.

El examen anatomopatológico del segmento de íleon terminal reseccionado en la primera intervención mostró la presencia de una ectasia de vasos submucosos. La pieza quirúrgica de la segunda intervención que incluye la resección colónica e íleon distal mostró signos compatibles con la existencia de una enfermedad inflamatoria crónica, idiopática y segmentaria del intestino, tipo enfermedad de Crohn activa.

A los seis meses de la intervención y durante las diferentes revisiones que se han realizado, el paciente presenta buen estado general con ganancia ponderal aceptable y clínicamente asintomático.

### Discusión

A pesar de que el sangrado digestivo bajo es un signo clínico que aparece hasta en un 65% de los casos de enfermedad de Crohn, rara vez se presenta como primera manifestación de la enfermedad (2, 6, 7).

La enfermedad de Crohn se asocia a ulceraciones que se extienden a lo largo de la pared lo que hace posible la aparición de hemorragias de forma relativamente frecuente, sin embargo el edema de pared y la cicatrización que rodea a las úlceras parece que evita la penetración de una fisura transmural en un vaso sanguíneo de gran calibre. La aparición a lo largo de la evolución de la enfermedad de Crohn de una hemorragia masiva, es una complicación muy poco frecuente, que ocasiona generalmente una grave repercusión hemodinámica y que requiere, en general, el aporte de cuatro o más unidades de sangre para lograr la estabilización hemodinámica provisional del paciente (8-11).

Se ha demostrado que la localización anatómica de la enfermedad, influye claramente en la frecuencia e intensidad del sangrado, siendo la afectación colónica la que con mayor frecuencia se asocia a la aparición de hemorragia (6, 12-14).

Es fundamental realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías concomitantes que favorezcan el sangrado. A pesar de la introducción de nuevos métodos diagnósticos, nos encontramos con la propia limitación de las técnicas diagnósticas, en la localización preoperatoria del punto sangrante (15).

La rectocolonoscopia debe ser el procedimiento inicial, sin embargo tiene importantes dificultades técnicas, debido a que la presencia de coágulos y sangre dificulta la localización del origen de la hemorragia. La gammagrafía isotópica, presenta una mayor sensibilidad en el estudio del sangrado intermitente que en el masivo. La angiografía selectiva de los troncos mesentéricos, es el método diagnóstico esencial, aunque para ser eficaz, el sangrado tiene que tener un débito superior a 0'5-1 ml/min (16), siendo para algunos autores la técnica de elección en pacientes inestables (17).

Si los estudios complementarios han sido negativos, se debe proceder a la realización de una laparotomía exploradora. La técnica quirúrgica en caso de hemorragia colónica masiva que creemos más favorable para el paciente, al igual que otros autores, es la realización de una colectomía total con ileostomía, preservando el muñón rectal, siendo excepcional la realización de una procto-colectomía de urgencia (8, 9, 11).

CORRESPONDENCIA:  
DR. F. DEL RÍO LAFUENTE  
AVDA. CARRERO BLANCO Nº 16 - 2º E  
E-41011 SEVILLA

## Bibliografía

1. Crohn BB, Ginzburg L, Oppenheimer GI. Regional ileitis: A pathologic and clinical entity. *J.A.M.A.*, 1932; 99:1323.
2. Driver CP, Anderson DN, Keenan RA. Massive intestinal bleeding in association with Crohn's disease. *J. R. Coll. Surg. Edinb.* 1996; 41(3):152-154.
3. de Donbal PT, Burton I, Goligher JC. The early and late results of surgical treatment for Crohn's disease. *Br. J. Surg.* 1971; 58:805-816.
4. Greenstein AJ, Kark AE, Dreiling DA. Crohn's disease of the colon II. Controversial aspect of hemorrhage, anemia and rectal involvement in granulomatous disease involving the colon. *Am. J. Gastroenterol.* 1975; 63:40-48.
5. Rubin M, Herrington JL, Schneider R. Regional enteritis with major gastrointestinal hemorrhage as the initial manifestation. *Arch. Intern. Med.* 1980; 140:217-219.
6. Gryboski JD, Spiro HM. Prognosis in children with Crohn's disease. *Gastroenterology* 1978; 74:807-817.
7. Meyers S, Janowitz HD. Complicaciones. *Enfermedad de Crohn. Gastroenterología Bockus 4ª edición* 1987; 2508.
8. Morales V, Devesa M, Enriquez JM y cols. Tratamiento de la colitis aguda en la enfermedad inflamatoria intestinal. *Cis Esp.*, 1988; 43:715-718.
9. Hawley PR. Emergency surgery for ulcerative colitis. *World J. Surg.* 1988; 12:169-173.
10. Ritchie JK, Ritchie SM, Mc Intyre PB, Marks CG. Management of severe acute colitis in district hospitals. *J. R. Soc. Med.* 1984; 77:465-477.
11. Morel P, Hawker PC, Allan RN, Dykes PW, Alexander-Williams J. Management of acute colitis in inflammatory bowel disease. *World J. Surg.* 1986; 10:814-819.
12. Farmer RG, Hawk WA, Tunbull RB. Clinical patterns in Crohn disease a statistical study of 615 cases. *Gastroenterology.* 1975; 68:627-635.
13. Janowitz HD. The natural history of inflammatory bowel disease and therapeutic decisions. *Am. J. Gastroenterology.* 1987; 82:498-503.
14. Goligher JC. Surgical treatment of inflammatory bowel disease. *World J. Surg.* 1988; 12:139-141.
15. Mendez JL, Nogales A, Cantillana J, et al. angiodisplasia de colon como causa de hemorragia digestiva de origen oscuro. *Nutrición Clínica.* 1994; Vol XIV(6):26-32.
16. Barr AH, Dominic A, De Laurentis A, Pany CE, Keoham RB. Angiography in massive lower gastrointestinal tract hemorrhage. *Surg. Gynecology. Obstetr.* 1980; 150:226-228.
17. Athow AC, Shepard L, Sibson L. Selective visceral angiography for unexplained gastrointestinal bleeding in a district general hospital. *Br. J. Surg.* 1985; 72:120-122.