



www.elsevier.es/cirugia

P-527 - ADENOCARCINOMA DE INTESTINO DELGADO ASOCIADO A ENFERMEDAD DE CROHN

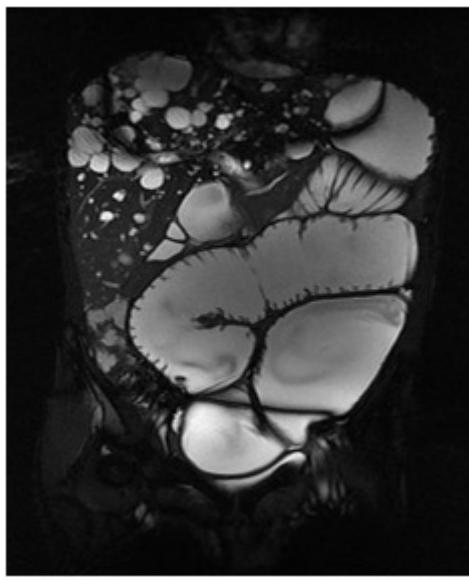
García Domínguez, Melody; Abadía Forcén, María Teresa; Guasch Marcé, Montserrat; Zambrana Campos, Vanesa; Roldón Golet, Marta; Queipo Gutiérrez, Francisco Javier; Martín Anoro, Luis Francisco; Sarvisé Lacasa, Fernando

Hospital General San Jorge, Huesca.

Resumen

Objetivos: Detección precoz de adenocarcinoma de ID en presencia de síntomas de alarma en EC.

Caso clínico: Varón de 41 años, con enfermedad de Crohn ileal de 22 años de evolución (patrón mixto-inflamatorio y fibroestenótico). Episodios repetidos de obstrucción intestinal. AP: enfermedad poliquística hepatorrenal, EC corticodependiente en tratamiento con infliximab. Intervenciones previas: hernia inguinal izquierda estrangulada que precisa sigmoidectomía más colostomía con posterior reconstrucción del tránsito, resección íleo-cecal por marcada afectación fibroestenótica de íleon distal junto con fistulas enterocutáneas. Actualmente presenta cuadro oclusivo de ID sin respuesta a tratamiento médico-conservador. En la exploración física destaca un abdomen distendido, timpanizado, sin signos de irritación peritoneal y ausencia de peristaltismo. Disminución del número de deposiciones. Cauquexia. Entero-RM: gran dilatación de ID a nivel centro-abdominal y en los cuadrantes izquierdos, hasta nivel de la pelvis menor, donde se observan asas de delgado con calibres normales. ID: brida o estenosis en evolución. Ante la sospecha de estenosis yeyunal se plantea estructuroplastia o resección de yeyuno: se realiza laparotomía media, adhesiolisis e identificación de estenosis en yeyuno de unos 4 cm, pétreo, que condiciona oclusión con cambio de calibre grave. El ID pre-estenótico presenta un llamativo aspecto inflamatorio. Resección de 50 cm de yeyuno con GIA 75 carga azul. Reconstrucción del tránsito mediante anastomosis enteroentérica L-L manual isoperistáltica, a 25 cm del ángulo de Treitz. Postoperatorio sin incidencias, siendo dado de alta al 9º día. Anatomía Patológica: adenocarcinoma poco diferenciado que invade serosa y presenta implantes peritoneales. Células en anillo de sello. Pérdida focal de inmunorreactividad para MSH2, MSH6 y EPCAM. Ingresa a la 6ª semana postoperatoria en el servicio de Digestivo por cuadro de dolor abdominal difuso. TC urgente: neumonía, progresión de su enfermedad neoplásica (aumento de adenopatías mesentéricas y aparición de MTX hepáticas y óseas), dilatación de ID compatible con cuadro suboclusivo. *Exitus* al 5º día del ingreso.



Discusión: La asociación de adenocarcinoma de ID y EC es infrecuente, a pesar de estar sometidos a mayor riesgo neoplásico que la población general. Su diagnóstico suele ser intraoperatorio o postoperatorio. La edad de presentación habitual en pacientes con EC es 45-55 años (con larga evolución del Crohn), principalmente en íleon, a diferencia del adenocarcinoma primario que oscila entre 60-69 años, con frecuencia en duodeno. Aproximadamente el 30% de adenocarcinomas de ID asociados a EC se han diagnosticado en pacientes con by-pass intestinales. Por ello, se hace hincapié en la necesidad de resección. Cuadro típico: oclusión intestinal. Desafortunadamente estos síntomas son difíciles de diferencia de un brote del Crohn. Indica malignidad: graves recaídas después de largos períodos de inactividad y obstrucción refractaria a tratamiento médico. La SLE del adenocarcinoma asociado a EC a 5 años es del 9%, mientras que del primario es del 15-23%. Se puede especular que el mal pronóstico deriva de la dificultad para su diagnóstico, por ello cobra importancia la prevención en base a los factores de riesgo.