

CASOS CLÍNICOS

Enfermedad de Crohn y gestación

J. Mena, A. Duque, L. Cóndor y A. Rodríguez

Cátedra y Servicio de Obstetricia y Ginecología.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

ABSTRACT

We were presented with the case of a pregnant patient with a recurrence of her Crohn's disease. She was receiving no treatment, which began gently but ended acutely with an ileal micro-perforation.

CASO CLÍNICO

Gestante de 33 años de edad, primigesta, con antecedentes de enfermedad de Crohn ileal diagnosticada hace 3 años; sin control médico en los 2 últimos años. Acude a nuestro Servicio de Urgencias de Ginecología con 21 semanas de amenorrea y refiere dolor abdominal desde hace 3 meses.

En las últimas 24 h presenta dolor abdominal intenso en hemiabdomen inferior y, sobre todo, en vacío y fosa ilíaca derecha.

A la exploración presenta un aceptable estado general pero con dolor franco en la palpación del hemiabdomen inferior y fosa ilíaca derecha, sin evidenciarse patología ginecoobstétrica, y se corrobora su vitalidad y biometría fetal acorde para su edad gestacional mediante estudio ultrasónico, con líquido amniótico en cantidad normal y placenta previa oclusiva y líquido escaso en Douglas. Posteriormente, se realizó estudio ecográfico abdominopélvico por el servicio de radiodiagnóstico, donde se encontró asas de intestino delgado de paredes engrosadas en fosa ilíaca derecha con rarefacción del meso y pequeña colección líquida de 2,5 cm. En la analítica se evidenció leucocitosis con desviación a la izquierda y anemia.

Se decide ingreso y tratamiento médico conservador del cuadro con dieta absoluta, sueroterapia, terapia con antibióticos y corticoides. A los 3 días de evolución, ante la falta de mejoría clínica, y la presencia de intenso dolor abdominal con contractura muscular e inicio de peritonismo, se decide intervención quirúrgica de urgencias, en la que se halló el ileon terminal

Figs. 1 y 2. Anatomía patológica. Proceso inflamatorio granulomatoso transmural (enfermedad de Crohn).

muy engrosado, cubierto por epiplón y fibrina; plastrón ileal con microperforación cubierta por meso de asa ileal contigua. Se libera el asa y se realiza resección de los últimos 40 cm, con sección a ras de la válvula ileocecal. Anastomosis ileocecal LL con GIA. Apendicectomía. La evolución postoperatoria fue normal, sin incidencias. El estudio histopatológico informó de enfermedad de Crohn (figs. 1 y 2).

Aceptado para su publicación el 27 de febrero de 2004.

En general, se observó que el cuadro clínico varía dependiendo del segmento intestinal afectado, y son muy comunes el dolor abdominal y los cuadros de abdomen agudo.

Tras el alta hospitalaria, posteriormente se realiza seguimiento en la consulta de alto riesgo obstétrico, conjuntamente con controles seriados por la unidad de Crohn, donde se le pauta tratamiento con Claversal 500 (mesalazina) 6 comprimidos/día y dieta.

Posteriormente, en la semana 38 de gestación acude a urgencias con metrorragia del tercer trimestre. A la exploración se visualiza sangrado escaso procedente de cavidad, en el estudio ecográfico se observa feto vivo con biometría fetal acorde, líquido amniótico normal, y se diagnostica de placenta previa oclusiva, motivo por el que se le practica cesárea urgente, y se obtiene un recién nacido vivo mujer de 3.320 g, con test de Apgar 8/10.

El período posquirúrgico fue normal, y posteriormente se remitió a la unidad de Crohn para estudio y tratamiento complementario.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Crohn sugiere una disminución de la fertilidad cuando la enfermedad está activa. Cuando el embarazo ocurre en un período inactivo, se observa una leve exacerbación en el 9%^{1,2}. Cuando ocurre en la fase activa, la enfermedad progresará en el 10%; aproximadamente en el 24% de los casos se puede observar exacerbación de la enfermedad en el mes posterior al parto^{3,4}.

La enfermedad de Crohn es una enfermedad que afecta fundamentalmente a la gente joven, se produce con mayor frecuencia durante la segunda y tercera décadas de la vida, y es más común entre las mujeres⁵.

Esta enfermedad se define como una afectación inflamatoria crónica del tubo digestivo, de etiología desconocida, que afecta a la mucosa intestinal y capas profundas, que incluso llega a un compromiso transmural. Evoluciona de forma recurrente y en todo proceso o brote de reagudización debemos investigar la posible influencia de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), el tabaquismo, las infecciones, el embarazo o el estrés^{5,6}.

Sin embargo, debemos conocer que la gestación no aumenta el riesgo de un ataque de la enfermedad; si ésta está inactiva al principio del embarazo, es raro que aparezcan ataques agudos, pero si aparecen suelen ser graves^{3,5,6}, como en nuestro caso clínico.

En general, el porcentaje de exacerbaciones durante el embarazo es del 50%, pero no difiere del que se da en las pacientes no embarazadas⁵.

El máximo porcentaje hallado en series de casos alcanzó sólo un 5% de embarazadas que requirieron cirugía abdominal⁷.

El cuadro clínico varía dependiendo del segmento intestinal afectado, y son muy comunes el dolor abdominal y la diarrea, así como cuadros obstructivos^{5,6,8}.

La enfermedad de Crohn no tiene efectos adversos sobre la evolución del embarazo, si en el momento de la concepción la enfermedad está inactiva, el pronóstico es bueno^{1,2,4}. Sin embargo, esto se contrapone a lo expresado por Kornfeld y Fonager que tienen doble riesgo de nacimientos con bajo peso al nacer, retraso de crecimiento intrauterino y prematuridad^{5,9,10}.

En nuestro caso, el peso del recién nacido y el grado de prematuridad no se ven afectados por este brusco brote de la enfermedad; por el contrario, comúnmente se reseña que si en el momento de la concepción la enfermedad está activa, aumenta el riesgo de una mala evolución del embarazo^{5,6}. No deben posponerse las evoluciones diagnósticas, aun en estudios radiológicos limitados^{5,6}.

La terapia de las pacientes con enfermedad de Crohn presenta una doble vertiente, para el tratamiento de los brotes de reagudización y la preventión de futuras recidivas^{5,11} durante el embarazo pueden seguirse regímenes terapéuticos incluidos los corticoides, y debe efectuarse cirugía si está indicada^{6,11}.

La cirugía intestinal por esta patología, como la ileostomía, no afecta en forma adversa al embarazo. Sin embargo, pueden aparecer problemas como un prolapse u obstrucción de la ileostomía; cuadro que no repercutió en nuestro caso, que evolucionó satisfactoriamente^{5,12}.

Se debe actuar en la mejora del estado nutricional y sobre la respuesta inflamatoria con una serie de fármacos antiinflamatorios, a los que se añaden otros como antibióticos, como terapia de primera elección en el grupo de pacientes con ileítis¹³⁻¹⁶, inmunosupresores, antisecretores o inmunomoduladores con la finalidad de obtener una buena respuesta clínica, la remisión de la patología y conseguir una mejor calidad de vida^{5,11} con el fin de evitar un desequilibrio en el bienestar fetal.

La mayoría de las pacientes sin complicaciones están en condiciones de tener un parto vaginal, en cambio las pacientes con enfermedad de Crohn con abscesos perirrectales y fistulas severas deben renunciar a la episiotomía a favor de una intervención cesárea^{5,17}, que con relación a nuestra paciente fue intervenida quirúrgicamente por cesárea por presentar metrorragia del tercer trimestre y placenta previa oclusiva.

RESUMEN

Nos encontramos ante el caso de una paciente embarazada con un brote agudo de su enfermedad de Crohn sin seguimiento de su tratamiento que, aun comenzando con un estado quiescente, se ve afectada por un cuadro agudo de microperforación ileal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Millar JP. Inflammatory bowel disease in pregnancy. A review. *J Roy Soc Med* 1986;79:221.
2. Alstead EM, Nelson Piercy C. Inflammatory bowel disease in pregnancy. *Gut* 2003;52:1070.
3. Iffy L, Kaminetzky Harold A. Obstetricia y perinatología. Trastornos gastrointestinales y embarazo. Ed Med Panamericana S.A., 1985; p. 1335-6.
4. Alstead EM, Nelson Piercy C. Inflammartory bowel disease in pregnancy. *Gut* 2003;52:243-7.
5. Gleicher N. Medicina clínica en obstetricia. Enfermedad intestinal inflamatoria. Ed Med Panamericana, 1989; p. 941-3.
6. Willians Obstetrician. Complicaciones Médicas y Quirúrgicas durante el Embarazo. Enfermedades gastrointestinales. 21.^a ed. 2002; p. 1081-4.
7. Woolfson K, Cohen Z, McLeod RS. Crohn's diseadise in pregnancy. *Dis Colon Rectum* 1990;33:869.
8. Katzenelson L, Fairfield WP, Zeizafoun N, Sands BE, Peppercorn MA, Rosenthal DI, et al. Effects of growth hormone secretion on body composition in patients with Crohn's disease. *J Clin Endocrinol Metab* 2003;88:5468-72.
9. Kornfeld D, Chattingius S, Elkbon A. Pregnancy outcomes in women with inflammatory bowel disease. *Obstet Gynecol* 1997;177:942.
10. Fonager K, Sorensen HT, Olsen J. Pregnancy outcome for women with crohn disease. *Am J Gastroenterol* 1998;93: 2426.
11. Sola Earle C, Nogueras F, Rodrigo M. Tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Pat Digest* 1995;18:9-12.
12. Tay GS, Binion DG, Eastwood D, Otterson MF. Multivariate analysis suggests improved perioperative outcome in Crohn's disease patients receiving immunomodulator therapy after segmental resection and or strictureplasty. *Surgery* 2003;134:565-72.
13. Peppercorn MA. Advances in drug therapy for inflammatory bowel disease. *Ann Intern Med* 1990;112:50-60.
14. Sprint MJ. Antibiotics in inflammatory bowel disease: new choices for an old disease. *Am J Gastroenterol* 1994; 89:974-8.
15. Swift GF, Eriavastava ED, Stone R, Pullan RD, Newcombe RG, Rhodes J, et al. Controlled trial of antituberculous chemotherapy for two years in Crohn's disease. *Gut* 1994;35: 363-8.
16. Prantera C, Kohn A, Mangiarotti R, Andreoli A, Luzi C. Antimycobacterial therapy in Crohn's disease: results of a controlled, double blind trial with a multiple antibiotic regimen. *Am J Gastroenterol* 1994;89:513-8.
17. Schoetz-David J. Anal Fistulas: treatment options in the new millennium. *Seminars in Colon & Rectal Surgery* 2003;14:100-5.