

CARTAS AL DIRECTOR



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA GRAVE EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

Sr. Director: La hemorragia digestiva baja (HDB) es un síntoma poco frecuente, aunque no excepcional, de la enfermedad de Crohn (EC), preferentemente cuando afecta al colon. No obstante, la presentación grave o masiva es muy rara, encontrándose tan sólo en el 1,3% de los pacientes con EC¹. No hay unanimidad de criterios en cuanto al concepto de HDB grave. Algunos la definen como aquella que requiere al menos 4 unidades de concentrados de hemáties (CH) en un plazo inferior a 2 semanas o que precisa soporte transfusional para mantener la estabilidad hemodinámica². La epidemiología y la patogenia de esta complicación no están claramente establecidas. Por otro lado, la actitud terapéutica es controvertida en algunas situaciones. Hay autores que recomiendan la resección intestinal en todos los casos de forma urgente o electiva^{1,3}. Otros⁴, sin embargo, plantean una actitud más conservadora con el fin de evitar complicaciones derivadas de la cirugía en aquellas situaciones donde se consigue estabilizar al paciente con tratamiento médico.

Varón de 18 años de edad, con antecedentes de prolapsio mitral, diagnosticado en junio de 1998 de EC de intestino delgado (afección de yeyuno distal e ileón), mediante tránsito intestinal, tomografía axial computarizada (TAC) abdominal y colonoscopia. En el momento del diagnóstico, el paciente presentaba un brote de intensidad moderada según el Crohn's Disease Activity Index (CDAI). Se administró tratamiento con prednisona a dosis de 60 mg/día (aproximadamente 0,75 mg/kg), con reducción semanal de 5 mg. Durante los 4 meses siguientes no pudo reducirse la dosis de prednisona a menos de 30 mg/día en tres ocasiones, sin que apareciera empeoramiento clínico y analítico. Establecidos los criterios de corticodependencia, se inició tratamiento con azatioprina. A las 2 semanas, el paciente acudió a urgencias por dolor abdominal, aumento del número de deposiciones (6-7/día) y emisión de sangre roja abundante por el ano junto a un cuadro sincopal. En la exploración física destacaba una presión arterial (PA) de 100/50 mmHg, frecuencia cardíaca (FC) de 100 lat/min y palidez de piel y mucosas. En la auscultación cardiopulmonar se apreciaba un soplo pansistólico polifocal grado II/VI. La exploración abdominal era normal y el tacto rectal revelaba un dedil manchado de sangre roja. En la analítica destacaba: hemoglobina 8,5 g/dl (Hb), hematocrito del 26%, VCM 75 fl, 16.700 leucocitos/ml (el 85% de neutrófilos), plaquetas 450000/ml, fibrinógeno 430 mg/dl, proteína C reactiva (PCR) 31 mg/ml y CDAI: 285. Se transfundieron 3 U de CH estabilizando hemodinámicamente al paciente. A las 6 h de acudir a urgencias tuvo un nuevo episodio de rectorragia con repercusión hemodinámica (PA: 70/40 mmHg y FC: 120 lat/min). Se consiguió estabilizarlo tras la colocación de un catéter venoso central e infusión de expansores plasmáticos, junto con la transfusión de 4 CH. Se realizó una colonoscopia que observó una mucosa normal en colon izquierdo y sangre rojo-oscura en el colon ascendente y el ciego con mucosa subyacente normal. No pudo accederse al ileón. A pesar de que el paciente permaneció con PA y FC estables en las 4 h siguientes se decidió intervenir quirúrgicamente. En la laparotomía se apreciaron signos compatibles con enfermedad de Crohn de afección preferentemente en yeyuno e ileón, respetando los últimos 20 cm hasta la válvula ileocecal. Se resecó el intestino afectado con márgenes de seguridad en ambos extremos. El estudio histológico de la pieza confirmó el diagnóstico de enfermedad de Crohn. A las 2 semanas del alta hospitalaria el paciente desarrolló un absceso subfrénico que se resolvió sin complicaciones tras drenaje externo percutáneo realizado bajo control radiológico con TAC. A los 2 años de la intervención, permanece asintomático, sin haber sufrido recidiva hemorrágica ni clínica de su enfermedad.

La HDB grave es una complicación rara de la EC. Autores como Robert et al¹ sobre un total de 1.526 pacientes ingresados en su hospital por EC encuentran una frecuencia del 1,3%. Ésta fue del 0,7% en la EC ileal, el 2,2% en la EC ileocólica y el 1,1% en los pacientes con EC del colon. En algunos estudios⁴, como el anterior, se refiere una mayor tendencia a producirse cuando hay afección del intestino grueso. No obstante, esto no ha sido corroborado por otros autores³. También existe controversia en cuanto a la relación con el sexo, la edad o el grado de actividad inflamatoria. En una serie amplia reciente Belaiche et al⁴ en-

cuentran una mayor presentación en pacientes jóvenes varones. En este mismo estudio, el 65% de los enfermos presentaba una EC en situación quiescente. Aunque esta complicación puede ser la forma de presentación de la EC en el 24% de los casos, generalmente están diagnosticados previamente⁴. Otros autores⁵ encuentran relación entre los valores bajos de la subunidad XIIIa del factor XIII de la coagulación, encargado de la estabilización de la fibrina, y la aparición de esta complicación en los pacientes con EC. El tratamiento inicial de la HDB grave en la EC es similar al producido por otras causas, incluyendo la estabilización hemodinámica como medida prioritaria y la localización del punto sanguíneo. Para esto último se dispone de la endoscopia, arteriografía y gammagrafía con hemáties marcados. Existe poca experiencia sobre el uso de técnicas terapéuticas endoscópicas en HDB por EC, probablemente por lo infrecuente de su presentación y las pocas situaciones técnicamente susceptibles de tratamiento. No obstante, han sido descritos casos tratados con éxito en la literatura médica mediante inyección de sustancias esclerosantes^{6,7}. Ocasionalmente, el estado clínico del paciente, el diagnóstico reciente de la enfermedad (como nuestro caso) y la no disponibilidad o el fallo en el diagnóstico de alguna de las técnicas descritas determinan la realización de una laparotomía exploradora urgente. La decisión de hacer una resección intestinal de forma urgente o electiva en la HDB grave de la EC está clara para algunos autores^{1,3}. No obstante, existe cierta tendencia a mantener una actitud conservadora, debido a la baja mortalidad encontrada en algunas series⁴ cuando se realiza tratamiento médico así como al temor a las complicaciones derivadas de la cirugía. En este sentido, en la serie de Morales Castañeiras et al⁸, cuando la indicación de la intervención es por diversos motivos y no sólo por complicaciones hemorrágicas de la EC, los problemas posquirúrgicos pueden aparecer hasta en el 36% de las intervenciones, sobre todo de tipo séptico. Sin embargo, en los trabajos de Robert et al¹ y otros^{3,6} existe mortalidad y una alta tasa de recidivas del sangrado (36%) con el tratamiento conservador. Además, en los pacientes que son intervenidos por una HDB grave, las complicaciones posquirúrgicas son escasas, y la recurrencia del sangrado e incluso de la enfermedad no se producen tras un largo espacio de tiempo. En nuestro caso, el paciente permanece libre de enfermedad clínica tras 2 años de la intervención. Por tanto, debido a la alta tasa de resangrado, con potencial mortalidad con tratamiento conservador y la buena evolución de los enfermos, con escasa recidiva hemorrágica y clínica tras la cirugía, creemos que es recomendable la intervención quirúrgica urgente o electiva con resección del segmento intestinal afectado en la EC complicada con HDB grave.

F.J. GALLEGOS-ROJO, J. SALAS, R. FERNÁNDEZ-PÉREZ,
M. BLAS, A. PORCEL Y F. DÍEZ
Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Poniente.
Almería.

BIBLIOGRAFÍA

- Robert JR, Sachar DB, Greenstein AJ. Severe gastrointestinal hemorrhage in Crohn's disease. Ann Surg 1991; 213: 207-211.
- Manten HD, Green JA. Acute lower gastrointestinal bleeding: a guide to initial management. Postgrad Med 1995; 97: 154-157
- Cirocco WC, Reilly JC, Rusin LC. Life-threatening hemorrhage and exsanguination from Crohn's disease. Report of four cases. Dis Colon Rectum 1995; 38: 85-95.
- Belaiche J, Louis E, D'Haens G, Cabooter M, Naegels S, De Vos M et al. Acute lower gastrointestinal bleeding in Crohn's disease: characteristics of a unique series of 34 patients. Belgian IBD Research Group. Am J Gastroenterol 1999; 94: 2177-2181.
- Chamouard P, Grunbaum L, Wiesel ML, Sibilia J, Coumaros G, Whittersheim C et al. Significance of diminished factor XIII in Crohn's disease. Am J Gastroenterol 1998; 93: 610-614.
- Pardi DS, Loftus EV Jr, Tremaine WJ, Sandborn WJ, Alexander GI, Balm RK et al. Acute major gastrointestinal hemorrhage in inflammatory bowel disease. Gastrointest Endosc 1999; 49: 153-157.
- Sans M, Llach J, Bordas JM, Andreu V, Gines A, Mondelo F et al. Life-threatening hemorrhage: an unusual form of presentation of Crohn's disease treated with endoscopic injection sclerotherapy. Endoscopy 1998; 30: S83-S84.
- Morales Castañeiras V, Devesa Múgica M, Enríquez Navascués JM. Complicaciones sépticas tras resección intestinal en la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa. Cir Esp 1985; 39: 791-794.