

Resultados: Presentaban afectación ileal aislada 34 pacientes (38,2%), cólica 22 pacientes (24,7%), ileocólica 31 pacientes (34,8%) y gastroduodenal 2 pacientes (2,2%). El número de brotes se mantuvo en un rango de 1 a 15. El porcentaje de pacientes en *remisión* fue de 23,6% (21/89) [CI95%:15,2-33,8%] siendo más frecuente en los pacientes con afectación ileal (66,6%): $p = 0,0071$. Un 31,5% de los pacientes presentó *curso crónico* (28/89) [CI95%:22-42,2%] con una mayor probabilidad para la enfermedad ileo-cólica (46,4%): $p = 0,047$.

Conclusiones: Los pacientes con EC ileal al diagnóstico tienden a mantenerse en remisión; por el contrario, los pacientes con EC ileo-cólica presentarán un curso crónico

ASOCIACIÓN SIGNIFICATIVA ENTRE LA LOCALIZACIÓN ANATÓMICA AL DIAGNÓSTICO Y LA EVOLUCIÓN CLÍNICA A LARGO PLAZO DE UNA COHORTE INCIDENTE DE CU

R. Vicente*, B. Sicilia*, S. Gallego*, M.C. Palacín*, F. Arribas** y F. Gomollón*

*Digestivo, Hospital Miguel Servet. Zaragoza, **Departamento de Sanidad DGA. Zaragoza.

Introducción: En el estudio de la evolución natural de la colitis ulcerosa existen escasos estudios prospectivos. La extensión anatómica de la enfermedad se ha descrito como factor importante de evolución en estos pacientes siendo el factor más consistente. SJG 1997;32:1005. G1994;107:3.

Objetivo: Analizar el curso clínico de una cohorte incidente de CU y su posible asociación con las diferentes localizaciones anatómicas.

Material y métodos: Basados en los resultados de un estudio incidente poblacional y prospectivo hemos recogido la información contenida en la historia clínica de 168 pacientes con diagnóstico de CU durante 1993-1995 con seguimiento > 6 meses ($X = 77$; 6-110). Definimos brote como empeoramiento clínico que precisó la modificación del tratamiento. Definimos remisión la presencia de 1 sólo brote y curso crónico al menos 5 brotes. Datos descriptivos con IC 95% y análisis estadístico con tests habituales.

Resultados: De los 168 pacientes, 27 (16%) presentaban afectación pancolónica, 14 (8,3%) colitis extensa (más allá de ángulo esplénico), 25 (14,9%) colitis izquierda (hasta ángulo esplénico), 48 (28,6%) afectación recto-sigmoidea y 54 (32,1%) proctitis ulcerosa. El número de brotes que presentaron nuestros pacientes se mantuvo en un rango de 1 a 15. El porcentaje de pacientes en *remisión* fue de 25,6% (43/168) [CI95%:19-32,2%] sin diferencias significativas entre los pacientes con distintas localizaciones en el momento del diagnóstico. Un 23,8% presentaron *curso crónico* (40/168) [CI95%:17,4-30,3%] con una mayor probabilidad estadísticamente significativa en los pacientes con afectación recto-sigmoidea (37,5%) ($p = 0,0089$).

Conclusiones: Los pacientes con CU de localización recto-sigmoidea tienen una mayor probabilidad de presentar un curso crónico durante su evolución clínica.

Enfermedad inflamatoria intestinal: Colitis ulcerosa y Enfermedad de Crohn: Epidemiología, patogenia y diagnóstico

LA LOCALIZACIÓN INICIAL PREDICE EL CURSO CLÍNICO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN: RESULTADOS DE UN ESTUDIO POBLACIONAL PROSPECTIVO A LARGO PLAZO

B. Sicilia*, R. Vicente*, S. Gallego*, A. Lago*, F. Arribas** y F. Gomollón*

*Digestivo, Hospital Miguel Servet. Zaragoza, **Departamento de Sanidad DGA. Zaragoza.

Introducción: La localización anatómica "L" de la clasificación de Viena es la más estable en el tiempo con un 16% de cambio a los 10 años del diagnóstico; no ocurre lo mismo con el comportamiento clínico "B" que cambia en cerca de un 50% de los pacientes ($p < 0,0001$). IBD 2000;6:8. Definir qué pacientes con EC presentarán peor evolución clínica guiará la toma de decisiones más eficientes.

Objetivo: Analizar el curso clínico de una cohorte incidente de EC y su posible asociación con las diferentes localizaciones.

Material y métodos: Basados en los resultados de un estudio incidente poblacional y prospectivo recogimos la información de la historia clínica de 89 pacientes con diagnóstico de EC durante 1993-1995 con seguimiento mínimo > 6 meses ($X = 77$ meses; 6-110). Definimos brote como empeoramiento clínico que precisó la modificación del tratamiento. Definimos remisión como la presencia de 1 sólo brote y curso crónico como la presencia de al menos 5 brotes. Datos descriptivos en porcentajes e IC al 95%. Análisis estadístico según tests habituales.

MALABSORCIÓN/INTOLERANCIA DE CARBOHIDRATOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA CRÓNICA INTESTINAL

U. Estada Gimeno, M. Mínguez Pérez, P. Almela Notari, V. Hernández Ramírez, B. Herreros Martínez, I. Pascual Moreno, F. Mora Miguel y A. Benages Martínez

*Gastroenterología, Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Antecedentes: En los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal crónica (EIIC) se ha estudiado la malabsorción de lactosa, pero no hemos encontrado referencias bibliográficas sobre la malabsorción de fructosa en esta patología.

Objetivo: Conocer la prevalencia de malabsorción/intolerancia a la lactosa y/o fructosa en pacientes con EIIC.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo en el que se analiza, mediante la determinación de H2 en aliento, la absorción y tolerancia de la lactosa (L) y fructosa (F) en 58 pacientes con colitis ulcerosa (CU) (33H, 25M), en 62 pacientes con enfermedad de Crohn (EC)

(28H, 34M) y en 29 voluntarios sanos (grupo control) (12H, 17M). Se evaluó la sintomatología a todos los sujetos, mediante un sistema cuantificado, antes, durante y tras 24 horas de los tests. Se midió la extensión y gravedad a todos los pacientes (CDAI, Truelove) y se valoró la existencia o no de cirugía.

Resultados: 24 sujetos (5 C, 8 CU, 11 EC) fueron excluidos por no producir H₂. En la tabla se muestra la prevalencia de malabsorción de lactosa y/o fructosa y las diferencias estadísticas entre grupos:

	Lactosa	Fructosa	Ambas	Alguna
Control (n = 24)	8 (33%)	4 (16%)	1 (4%)	11 (46%)
CU (n = 50)	12 (24%)	4 (8%)	2 (4%)	14 (28%)
EC (n = 51)	17 (33%)	27 (53%)*+	10 (20%)*+	34 (67%)*+

*p < 0,05 con respecto grupo control; +p < 0,05 con respecto CU, test Chi-cuadrado

La presencia de síntomas de intolerancia a la lactosa y fructosa durante el test y en las 24 horas siguientes fue significativamente mayor tanto en la CU (L = 32%, 46%; F = 16%, 23.5%) como en la EC (L = 19%, 60%; F = 23%, 45%) al comparar con el grupo control (L = 8%, 21%; F = 4%, 4%). En la EC no hay diferencias en ningún resultado, según la existencia o no de resección ileocecal (40% vs. 60%).

Conclusiones: La prevalencia de malabsorción a lactosa es similar en la colitis ulcerosa y en la enfermedad de Crohn, con respecto a la población sana, mientras que la malabsorción a la fructosa es muy superior en la Enfermedad de Crohn, independientemente de la existencia o no de resección ileo-cecal. Los pacientes con EIIIC presentan, con respecto a la población sana, una mayor intolerancia a ambos hidratos de carbono.

TIEMPO DE TRÁNSITO DE INTESTINO DELGADO Y SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

U. Estada Gimeno, M. Mínguez Pérez, P. Almela Notari, V. Hernández Ramírez, B. Herreros Martínez, I. Pascual Moreno, F. Mora Miguel y A. Benages Martínez
Gastroenterología, Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Antecedentes: Se conoce muy poco acerca del tiempo de tránsito de intestino delgado (TTID) en pacientes con EII siendo los resultados contradictorios.

Objetivos: Conocer el TTID y la prevalencia de sobrecrecimiento bacteriano (SB) en pacientes con EII.

Métodos: Estudio prospectivo analizando el TTID y el SB mediante la determinación de H₂ en el aliento, tras la administración de lactulosa (L), en 58 pacientes (33H/25M) con colitis ulcerosa (CU), en 62 pacientes (28H/34M) con enfermedad de Crohn (EC) y en 29 voluntarios sanos (12H/17M) como grupo control (C). En todos los sujetos se evaluó la sintomatología mediante un sistema cuantificado antes durante y después del test.

Resultados: Se han excluido 23 sujetos (5 C, 8 CU y 11 EC) por no producir H₂. En la tabla se muestra la prevalencia de SB y el porcentaje de pacientes con TTID lento o rápido (considerando normal el TTID medio del grupo control mas/menos 2 DS).

	Grupo C (n = 24)	C.U. (n = 50)	E.C. (n = 51)
SB	1 (4%)	7 (14%)	11 (22%)
TTID lento	1 (4%)	7 (14%)	13 (26%)
TTID rápido	1 (4%)	0 (0%)	1 (2%)

En los pacientes con EC se observa mayor prevalencia de SB y de TTID lento, aunque sin alcanzar significatividad estadística, no existiendo diferencias entre pacientes con (21/41%) o sin resección ileocecal (30/59%). La presencia de síntomas durante el test fue similar en los tres grupos de estudio pero 24 horas después tanto en la CU (34%) como en la EC (36%) se objetivó un porcentaje significativamente mayor respecto al grupo control (8%).

Conclusiones: En los pacientes con Enfermedad de Crohn se observa una tendencia a presentar más frecuentemente SB y un TTID

más alargado respecto a la población general y pacientes con colitis ulcerosa. La lactosa en las 24 horas posteriores a su ingesta es mal tolerada en los pacientes con EII.

VALOR DE LOS ANTICUERPOS ANTICÉLULAS CALICIFORMES INTESTINALES Y ANTICÉLULAS PANCREÁTICAS EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

O. Merino*, O. Viñas**, M. Sans*, R. Rodríguez**, M. Peñalva*, J.M. Piqué* y J. Panés*

*Gastroenterología, Hospital Clinic. Barcelona, **Inmunología, Hospital Clinic. Barcelona.

Introducción: Se ha descrito la presencia de anticuerpos anticélulas caliciformes intestinales (ACC) y anticélulas pancreáticas (ACP) en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), pero no se ha establecido su utilidad en el diagnóstico.

Objetivos: Establecer el valor de la determinación de anticuerpos ACC y ACP en identificar pacientes con sospecha diagnóstica de EII, y en la diferenciación entre Enfermedad de Crohn (EC) y Colitis Ulcerosa (CU).

Métodos: Se estudiaron 31 pacientes con CU, 40 con EC y 10 controles. Los pacientes con EC se catalogaron fenotípicamente según la clasificación de Viena y los pacientes con CU se subdividieron según la extensión de la enfermedad. Se determinó la presencia en suero de anticuerpos ACC y ACP mediante inmunofluorescencia indirecta.

Resultados: Se detectó la presencia de ACP de tipo IgG o Ig A en 18 de los 71 pacientes con EII (25%) y en ninguno de los controles. La proporción de pacientes con positividad para ACP tipo IgG fue algo superior en pacientes con EC (30%) que en pacientes con CU (19%), sin alcanzar significación estadística. La proporción de pacientes con positividad para ACP tipo IgA fue inferior, sin diferencias significativas entre EC (10%) y CU (3%). Todos los pacientes con EC y ACP tipo IgA tenían enfermedad ileal, y este anticuerpo fue negativo en todos los casos con enfermedad localizada exclusivamente en el colon. En pacientes con EC no se observó ninguna relación entre la positividad de ACP y el patrón evolutivo; tampoco se observó relación entre positividad de ACP y la extensión en CU. No se hallaron anticuerpos ACC en ninguno de los controles y se detectaron en el 39% de los pacientes con EII, con diferencias significativas (p=0,01). La proporción de anticuerpos ACC de tipo IgA fue superior en pacientes con CU (41%) que en enfermos con EC (12%), con diferencias significativas (p=0,01). La proporción de pacientes con positividad para ACC tipo IgG fue también superior en CU (43%) que en EC (22%), sin que esta diferencia alcanzara significación. Todos los pacientes con EC y ACC tipo IgA tenían enfermedad colónica, ninguno tenía enfermedad ileal exclusiva o proximal. Ninguno de los pacientes con EC y ACC tenía patrón estenosante, no apreciándose diferencias en el resto de patrones evolutivos. Tampoco se observó relación de ACC con la extensión de CU.

Conclusión: La determinación de anticuerpos ACP y ACC puede ser útil para la detección de pacientes con EII. En la EC la positividad de los anticuerpos ACP y ACC tipo IgA guarda relación con el fenotipo de la enfermedad. La determinación de anticuerpos ACC tipo IgA puede ser útil para diferenciar la EC de la CU.

GAMMAGRAFÍA DE LEUCOCITOS MARCADOS (GLM) CON 99mTc HMPAO EN LA VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y EXTENSIÓN DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

J.M. Paredes^a, E. Moreno-Osset^a, J. Ballester^a, R. Sopena^b, L. de la Cueva^b, E. Roselló^c, A. Cremades^c, S. Peiró^d y R. Puchades^a

^aMedicina Digestiva, Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia,

^bMedicina Nuclear, Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia,

^cAnatomía Patológica, Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia,

^dSalud Pública, Escuela Valenciana de Estudios en Salud. Valencia.

Objetivo: La GLM con 99mTc HMPAO ha mostrado, como técnica única, resultados prometedores en la valoración clínica de la EII.

El objetivo del presente estudio es determinar la utilidad de esta técnica para valorar la actividad y la extensión en un grupo de pacientes con EII.

Material y método: Se incluyeron, consecutivamente, 68 pacientes diagnosticados de EII (41 hombres; edad media \pm desviación estándar: $32,8 \pm 13,18$ años), de los cuales 25 presentaban Colitis Ulcerosa y 43 Enfermedad de Crohn. Se incluyó un grupo de controles tanto positivos como negativos. La valoración de la actividad se realizó mediante índices clínico-biológicos (Truelove-Witts modificado y CDAI), parámetros de laboratorio e índices endoscópico e histológico. La extensión se determinó mediante colonoscopia, histología y técnicas radiológicas, valorando 6 segmentos: intestino delgado, ileon terminal, ciego/colon ascendente, colon transverso, colon descendente y rectosigma. El estudio gammagráfico, efectuado en un plazo de ± 7 días con respecto a las otras técnicas de valoración, fue analizado por dos observadores ciegos entre ellos y respecto al resto de exploraciones. Se utilizó el estadístico Kappa/Kappa ponderado (k/kw) para la valoración de la concordancia entre revisores y entre las distintas pruebas, y las curvas ROC para determinar la capacidad discriminativa frente a la histología como prueba de referencia.

Resultados: La GLM fue positiva en todos los controles positivos y negativa en todos los negativos. La técnica gammagráfica mostró una correlación significativa ($p < 0,001$) entre observadores en el rango de excelente ($k = 0,95-1$). En la valoración de la actividad por segmentos, la GLM presentó concordancias significativas ($p < 0,001$) con la endoscopia ($kw = 0,57-0,68$) y con la histología ($kw = 0,37-0,46$) y en la valoración global de la actividad con los índices clínico-biológicos ($kw = 0,33$; $p < 0,001$), endoscópico ($kw = 0,77$; $p < 0,001$) e histológico ($kw = 0,44$, $p < 0,001$). En el estudio de la extensión, la GLM mostró también correlaciones significativas ($p < 0,001$) con la endoscopia ($k = 0,52-0,65$) y con la histología (0,26-0,41) en el estudio del colon, y con la radiología en el estudio del ileon terminal ($k = 0,83$) y del intestino delgado (0,45). Adicionalmente, la gammagrafía presentó una capacidad discriminativa satisfactoria, semejante a la endoscopia (estadísticos C de 0,78 y 0,79 respectivamente) y superior a los índices clínicos (estadístico C 0,61) y parámetros de laboratorio (estadístico C 0,59), respecto a la histología.

Conclusión: La GLM con $99m$ Tc HMPAO es una técnica no invasiva, específica, objetiva y fiable adecuada para ser utilizada como única técnica de valoración de la actividad y de la extensión de la afectación de la EII.

EXACTITUD DIAGNÓSTICA DE LOS HALLAZGOS EN LA TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA (TC) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

M. Trapero Marugán*, E. Gómez Domínguez*, L. del Campo**, J. Pérez Gisbert*, C. Hermida*, J.M. Pajares García* y J. Maté Jiménez*

*Digestivo, H. de La Princesa. Madrid, **Radiodiagnóstico H. de La Princesa. Madrid.

Objetivo: Analizar la exactitud diagnóstica de la TC en pacientes con EC y compararla con las técnicas clásicas (colonoscopia).

Pacientes y métodos: Se incluyeron 92 pacientes diagnosticados de EC. La colonoscopia fue considerada la prueba de referencia. Los hallazgos fueron comparados con los obtenidos en la TC. Se calculó la sensibilidad(S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y cociente de probabilidades (CP).

Resultados: Según la colonoscopia se diagnosticó afectación ileal en 65 pacientes, de los cuales 31 (34%) presentaban lesión ileal y 34 (37%) ileocólica. Se encontró afectación cólica en 59 pacientes: 19 (21%) del colon, 6 (6%) cólica-anal y 34 (37%) ileocólica. Siguiendo los criterios de Balthazar, se objetivó en la TC engrosamiento de la pared intestinal en 70 pacientes (76%). La exactitud de la TC para el diagnóstico de afectación ileal y cólica basado en el engrosamiento de la pared, se resume aquí:

	S	E	VPP	VPN	CP+	CP-
Íleon (IC95%)	71% (60-82)	74% (57-91)	87% (78-96)	51% (36-67)	2,7 (0,6-1,7)	0,4 (0,6-1,6)
Colon (IC95%)	49% (36-62)	79% (65-93)	81% (68-93)	46% (33-59)	2,3 (0,5-2)	0,6 (0,7-1,4)

Conclusiones: La sensibilidad de la TC para localizar la EC es baja, especialmente en el colon, donde la colonoscopia frecuentemente diagnostica lesiones mucosas que pasan desapercibidas en la TC. La especificidad y el VPP de la TC para el diagnóstico y localización de la EC son relativamente elevadas, lo que sugiere que en los casos dudosos podría emplearse como técnica de confirmación en la afectación ileal.

PRECISIÓN DIAGNÓSTICA EN LA COLITIS ULCEROSA (CU) Y COLITIS INDETERMINADA (CI) CON INDICACIÓN DE COLECTOMÍA

M. Rosinach Ribera*, G. Tapia**, E. Domènech Morral*, E. Cabré Gelada*, M. Piñol*** y M.A. Gassull Duro*

*Digestivo, Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona,

**Anatomía Patológica, Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona,

***Cirugía, Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: En pacientes con EII colónica, precisar el diagnóstico de CU al indicar cirugía es de gran importancia.

Objetivos: Evaluar la precisión diagnóstica, en pacientes con diagnóstico preoperatorio de CU y CI.

Pacientes y métodos: Los datos clínicos e histológicos (pre- y postquirúrgicos) de los pacientes colectomizados en nuestro centro, con diagnóstico prequirúrgico de CU o CI, fueron evaluados a posteriori y a ciegas por un patólogo y un clínico. El diagnóstico (Dx) de EC, CU o CI se basó en criterios histológicos (AP) y endoscópicos (End.), como sigue:

END	CU	CU	CI	CU	CI	EC	CI	EC	EC
AP	CU	CI	CU	EC*	CI	CU	EC	CI	EC
DX	CU	CU	CU	CI	CI	CI	EC	EC	EC

*en presencia de granulomas, el Dx siempre EC.

Resultados: En 39/50 casos (78%), el Dx fue en todo momento de CU; en el resto de casos, la evolución fue la siguiente:

Dx inicial	Dx pre-cir	Dx pieza	Dx final	n (%)
CI	CU	CU	CU	6 (12)
CU	CI	CU	CU	1 (2)
CU	CU	CI	EC ¹	1 (2)
CU	CU	EC	EC ²	3 (6)

¹enfermedad perianal en reservorio, refractaria al tratamiento médico

²enfermedad perianal en reservorio, refractaria al tratamiento médico, en 1 caso.

Conclusiones: Sólo un 10% de los casos de CU o CI cambian el diagnóstico a EC tras la colectomía, siendo de poco valor la endoscopia e histología previas.

MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES DE LA ENFERMEDAD DE CROHN Y SU RELACIÓN CON LAS FORMAS CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD

M. Barreiro de Acosta, A. Lorenzo González, M. Sobrino Faya y E. Domínguez Muñoz

Aparato Digestivo Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela.

A pesar de su frecuencia y relevancia clínica, las manifestaciones extraintestinales de la enfermedad de Crohn no son incluidas en la actual clasificación de Viena. Nuestra hipótesis es que la presencia de manifestaciones extraintestinales puede venir determinada por la forma de presentación de la enfermedad.

Objetivo: Valorar la relación entre las formas clínicas de presentación de la Enfermedad de Crohn según la clasificación de Viena

(extensión anatómica, patrón evolutivo y edad de diagnóstico) y el desarrollo de manifestaciones extraintestinales.

Material y métodos: En un total de 156 pacientes con Enfermedad de Crohn, 91 mujeres (58,3%) y 65 hombres (41,7%), a seguimiento en la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, se aplicó la clasificación de Viena y se valoró la presencia de manifestaciones extraintestinales mediante la historia clínica y exploración física de todos los pacientes. Los datos se expresan en porcentajes. Se empleó el test de chi-cuadrado para el análisis de resultados.

Resultados: Las manifestaciones más frecuentes observadas fueron articulares y cutáneas, que apreciamos en el 35,3% de los pacientes, más frecuentes en mujeres (40,6%), que en hombres, (27,6%), $p = 0,094$. Un 8,9% de los pacientes presentó más de una manifestación extraintestinal. Se objetivaron dichas manifestaciones en un 40,7% de pacientes mayores de 40 años, y en un 34,1% en menores de esa edad (n.s). No se apreciaron diferencias en la aparición de manifestaciones extraintestinales en función del patrón evolutivo (32,8% en las formas inflamatorias, 34% en las estenosantes y 38,3% en las fistulizantes), pero si una tendencia a mayor frecuencia en casos de afectación del colon (48,1% en los casos de localización colónica, 37,4% en los de localización ileocolónica y 28,5% en los de localización ileal).

Conclusiones: Las manifestaciones extraintestinales de la Enfermedad de Crohn son frecuentes y no se relacionan con las formas de presentación de la enfermedad, según la clasificación de Viena, apreciándose una mayor tendencia a que se desarrollen en mujeres y en enfermos con afectación colónica.

ABSCESOS HEPÁTICOS COMO COMPLICACIÓN DE UNA COLITIS GRANULOMATOSA

A. Bouhmidi, R. Lorente Poyatos, C. Huertas Nadal,
E. Ruiz Escolano, J.J. Martín Ibañez, J.M. Candel Erenas
y C. Cardeña Pérez

Digestivo Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) limitada exclusivamente al colon representa un 20-35% del total de casos. Presentamos un caso de colitis granulomatosa exclusiva con abscesos hepáticos como complicación de la EC (patrón B3 de la clasificación de Viena).

Caso clínico: Varón de 27 años con EC de 8 años de evolución, intervenido de sinus pilonidal y de absceso perianal. Ingrera por dolor abdominal de tres semanas de evolución localizado en hipocondrio y flanco derechos, de tipo cólico, con diarrea sin productos patológicos, fiebre vespertina de 39° C. Exploración física: moderada afectación del estado general, febril (38,2°C). Abdomen blando, doloroso a la palpación en HD sin visceromegalias ni peritonismo. Leucocitosis con neutrofilia, y elevación de reactantes séricos de fase aguda (VSG, PCR, plaquetas). Rx de abdomen; aireación de asas de delgado en hemiabdomen derecho. Ecografía abdominal; acumulo de asas sin movilidad, adheridas a hipocondrio derecho. TAC abdominal; afectación difusa de la pared del colon ascendente, e infiltración inflamatoria de su meso; presencia de abscesos con niveles hidroáreos en segmentos 5 y 6 hepáticos. Colonoscopia: múltiples formaciones pseudopolipoideas a partir de 75 cms de ano. Lesiones parcheadas entre 75 y 42 cms. Recto y sigma respetado. Ante la persistencia de fiebre vespertina de carácter séptico a pesar de la antibioterapia, se decide intervención para drenaje de los abscesos hepáticos. Se realiza laparotomía media, y se realiza limpieza de plastrón colónico sobre hígado con resección del colon derecho, transverso izquierdo, anastomosis ileo sigmoidea y drenaje de abscesos.

Comentarios: Entre un 15-20% de pacientes con EC desarrollan abscesos derivados en su mayoría de fistulizaciones o/por perforaciones de I. delgado afecto. Los abscesos en hígado relacionados con colitis de Crohn son poco frecuentes. La sospecha diagnóstica de un absceso se basa en la aparición de un síndrome febril de tipo séptico, intermitente, y con resistencia al tratamiento antibiótico empírico o dirigido por antibiograma. Su localización es muy variable; pueden encontrarse perirrectales, entre asas, subcutáneos, en retroperitoneo, etc. o en hígado, como el caso presentado.