

Traumatismo abdominal leve en pacientes con enfermedad de Crohn: ¿mayor susceptibilidad a la perforación de colon?



Mild abdominal trauma in patients with Crohn's disease: greater susceptibility to colon perforation?

La enfermedad de Crohn (EC) es un trastorno inflamatorio crónico que afecta a cualquier segmento del tracto intestinal desde la boca al ano. Si bien las microperforaciones establecidas de forma indolente que causan fístulas son una complicación común que afecta hasta un 33% de los pacientes tras 10 años de enfermedad¹, la perforación aguda es una presentación afortunadamente inusual, cuya etiología no está aún bien establecida. La inflamación y engrosamiento de la pared intestinal en pacientes afectados de EC podrían aumentar la susceptibilidad ante traumatismos externos leves y, por tanto, el riesgo de perforación ante una menor intensidad del traumatismo. Presentamos 2 pacientes afectados de EC con perforación colónica tras traumatismo abdominal cerrado leve (TACL).

El primer caso se trata de un varón de 20 años, con reciente diagnóstico de EC con afectación ileocecal y colon ascendente, en tratamiento con metotrexato y adalimumab. Acudió a urgencias por dolor abdominal tras sufrir una caída desde su

altura mientras practicaba fútbol, golpeándose con el balón en la región abdominal. A la exploración física presentaba signos de irritación peritoneal, por lo que ante la estabilidad hemodinámica se realizó tomografía computarizada (TC) en la que se objetivó neumoperitoneo, abundante líquido libre, así como engrosamiento parietal de colon ascendente y región ileocecal (fig. 1A y B). Dados los hallazgos se indicó laparotomía urgente evidenciando peritonitis fecaloidea difusa secundaria a perforación de 2 cm en ángulo hepático del colon sobre un área con signos macroscópicos de afectación por EC. Se realizó hemicolectomía derecha reglada. El postoperatorio cursó con infección de herida quirúrgica y colección intraabdominal, siendo dado de alta el 30º día postoperatorio. El examen anatomopatológico (AP) de la pieza evidenció cambios compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal de tipo EC, con márgenes libres de afectación y perforación con peritonitis aguda (fig. 1C y D).

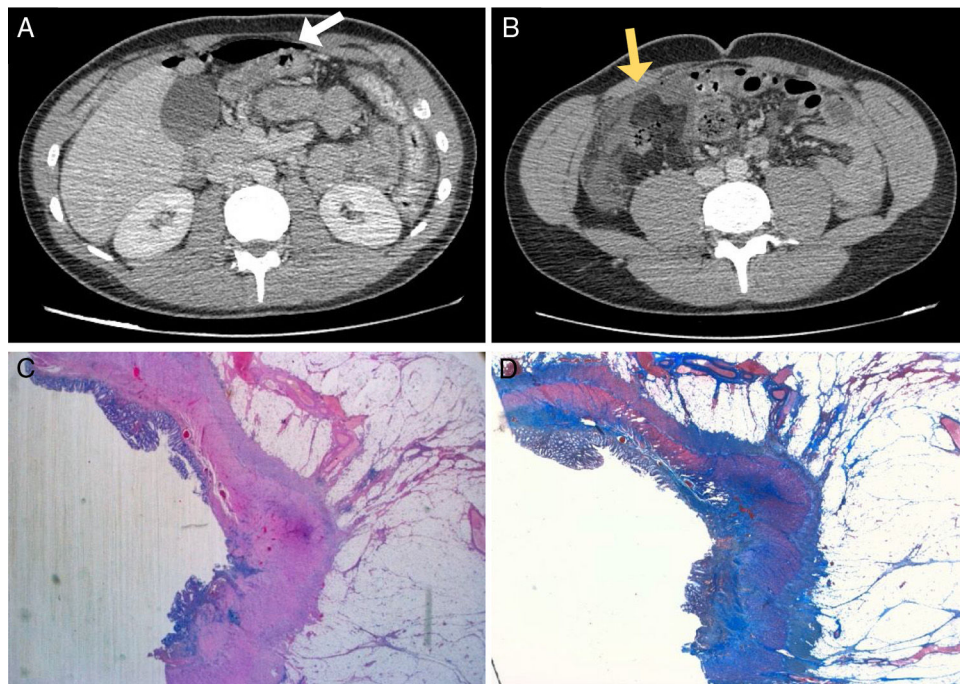


Figura 1 – A). Corte axial de TC en la que se objetiva hidroneumoperitoneo (flecha blanca). **B).** Corte axial de TC que muestra engrosamiento de pared intestinal en la región ileocecal con evidencia de burbujas extraluminales (flecha amarilla). **C)** Estudio histopatológico (sección panorámica) que muestra zona de ulceración e infiltrado inflamatorio crónico acompañando tractos fibrosos que distorsionan y borran la capa muscular. **D)** Estudio histopatológico (tinción: tricrómico de Masson) que evidencia engrosamiento de pared por fibrosis con afectación transmural.

Tabla 1 – Casos publicados en la literatura de perforación intestinal tras traumatismo abdominal leve en pacientes con enfermedad de Crohn

Referencia	N	Edad	Sexo (V/M)	Anti-TNF	Mecanismo traumatismo	Método diagnóstico	Hallazgos quirúrgicos	Procedimiento quirúrgico
Johnson y Baker, 1990 ⁵	1	26	V	No	Baloncesto	TC	Perforación en sigma	Sigmoidectomía + colostomía terminal
Gur et al., 1995 ⁶	1	28	M	No	Tráfico	Clínica	Perforación en colon transverso	Resección segmentaria + colostomía
Bunni et al., 2008 ⁷	1	21	V	-	Fútbol	TC	Perforación en colon ascendente	Hemicolectomía derecha + anastomosis primaria
Wagner et al., 2012 ⁸	1	22	V	No	Tráfico	TC	Perforación en íleon	Resección ileocecal + anastomosis primaria
Maconi et al., 2013 ⁹	1	46	V	Sí	Esquí	TC	Perforación en íleon distal. Fístula ileosigmoidea	Resección ileocecal. Sigmoidectomía + anastomosis primaria
Onwubiko et al., 2015 ¹⁰	1	13	M	No	Deporte acuático	TC	Perforación en íleon distal	Resección ileocecal + anastomosis primaria
Pérez Jiménez et al., 2019	2	20	V	Sí	Fútbol	TC	Perforación colon ascendente	Hemicolectomía derecha + anastomosis primaria
		39	V	No	Artes marciales	TC	Perforación colon transverso	Hemicolectomía derecha ampliada + anastomosis primaria

M: mujer; TC: tomografía computarizada; TNF: factor de necrosis tumoral; V: varón.

El segundo paciente fue un varón de 39 años con EC de 20 años de evolución en tratamiento con azatioprina. Acudió a urgencias por dolor abdominal y hematoquecia iniciados 48 h antes, tras TACL mientras practicaba artes marciales. A la exploración presentaba abdomen doloroso con irritación peritoneal. La radiografía y ecografía realizadas inicialmente no mostraron hallazgos significativos, pero ante la persistencia de la clínica, se realizó TC abdominal que evidenció neumoperitoneo adyacente a la zona media del colon transverso con alteración local de la grasa. Dados los hallazgos se indicó laparotomía urgente objetivando una perforación cubierta en colon transverso. Se realizó hemicolectomía derecha ampliada con anastomosis primaria, presentando un curso postoperatorio sin incidencias, siendo alta hospitalaria el 8º día postoperatorio. El estudio AP evidenció la perforación sobre pared intestinal con cambios compatibles con EC con presencia de actividad inflamatoria.

Aunque la etiopatogenia de la EC no está bien establecida, la teoría más aceptada es la disregulación de la inmunidad, en pacientes genéticamente susceptibles, frente a la flora bacteriana residente y a otros antígenos intraluminales, que resultaría en una inflamación de la pared intestinal. Hasta el 59% de los pacientes presentan afectación ileocólica, y el 22% presenta exclusivamente afectación del colon¹. En su evolución, y de acuerdo con los estudios más recientes, hasta el 6,5% de los pacientes con EC experimentarán una perforación intestinal como inicio o tras el diagnóstico de su enfermedad de base². Los factores relacionados con el desarrollo de perforaciones libres no son muy conocidos, aunque algunos autores han sugerido la presencia de estenosis intestinales, una evolución de la enfermedad de más de 30 años² o el uso de anti-TNF alfa (infliximab, adalimumab)³, como es el caso de uno de nuestros pacientes. La perforación intestinal tras traumatismo abdominal cerrado ocurre en un 1,3% de los pacientes⁴ y en caso de TACL la incidencia es aún menor, sugiriendo un factor subyacente predisponente.

Los pacientes que presentamos sufrieron perforación colónica tras un traumatismo de muy baja intensidad, localizado en zonas con presencia de actividad inflamatoria propia de la EC. Sería precisamente esa inflamación transmural de la pared la que podría constituir un factor predisponente, que haría al intestino más susceptible a la perforación en casos de TACL, en comparación con pacientes sin EC en los que probablemente el TACL no hubiera tenido mayores consecuencias. Solamente se encuentran 6 casos descritos en la literatura⁵⁻¹⁰ de perforación intestinal tras TACL en pacientes afectados con EC (tabla 1); la mayor parte de ellas, al igual que en nuestros pacientes, ocurrieron en sujetos varones jóvenes con afectación ileocólica/cólica mientras realizaban actividades deportivas habituales, por lo que en pacientes con estas características, sería recomendable una práctica deportiva cautelosa, especialmente si se encuentran bajo tratamiento con quimioterápicos o biológicos. En la mayoría de los casos publicados, la baja intensidad del traumatismo y su presentación insidiosa provocó una infravaloración de la magnitud de las lesiones que presentaban y consecuentemente un retraso en el diagnóstico (que osciló desde 5 h a 2 días). En estos pacientes, es por tanto fundamental una alta sospecha diagnóstica. El tratamiento es eminentemente quirúrgico, debiéndose reseccionar la zona con la perforación, obteniendo márgenes sanos libres de enfermedad, estando la indicación de la anastomosis primaria condicionada por las características clínicas y estabilidad hemodinámica de los pacientes, así como por los hallazgos intraoperatorios.

Conflicto de intereses

Los autores de la carta científica declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schwart DA, Loftus EV Jr, Tremaine WJ, Panaccione R, Hermesen WS, Zinsmeister AR, et al. The natural history of fistulizing Crohn's disease in Olmsted County, Minnesota. *Gastroenterology*. 2002;122:875-80.
2. Doh YS, Kim YS, Bae SI, Im JP, Cheon JH, Ye BD, et al. The clinical characteristics of patients with free perforation in Korean Crohn's disease: results from the CONNECT study. *BMC Gastroenterol*. 2015;15:31.
3. Eshuis EJ, Griffioen GH, Stokkers PC, Ubbink DT, Bemelman WA. Anti tumor necrosis factor as risk factor for free perforation in Crohn's disease? A case-control study. *Colorectal Dis*. 2012;14:578-65784.
4. Watts DD, Fakhry SM, EAST Multi-Institutional Hollow Viscus Injury Research Group. Incidence of hollow viscus injury in blunt trauma: an analysis from 275,557 trauma admissions from the East multi-institutional trial. *J Trauma*. 2003;54:289-32894.
5. Johnson GA, Baker J. Colonic perforation following mild trauma in a patient with Crohn's disease. *Am J Emerg Med*. 1990;8:340-1.
6. Gur E, Michowitz M, Abu-Abeid S, Klausner Y, Yossiphoc Y, Lelcuk S. Traumatic rupture of the intestine in patients with inflammatory bowel disease. *Am Surg*. 1995;61:539-42.
7. Bunni J, Monkhouse SJ, Armstrong CP. Colonic perforation following mild abdominal trauma in a patient with Crohn's disease: a case report. *World J Emerg Surg*. 2008;3:13.
8. Wagner M, Lefevre JH, Royer B, Svrcek M, Pradel C, Tired E. Internal fistula leakage due to a road traffic accident: a fortuitous diagnosis of Crohn's disease. *J Crohns Colitis*. 2012;6:603-5.
9. Maconi G, Monteleone M, Furfaro F, Bezzio C, Tonolino M, Sampietro G. Abdominal pain after minor trauma in a patient with Crohn's disease. *J Gastrointest Liver Dis*. 2013;22:361-2.
10. Onwubiko C, Pennington EC, Mooney DP, Jennings RW. Intestinal perforation due to minor blunt abdominal trauma - a harbinger of underlying disease pathology. *J Ped Surg Case Rep*. 2015;3:35-7.

Aida Pérez-Jiménez^{a,*}, Sofía de la Serna^a, Jorge Palomar^b,
Gonzalo Sanz-Ortega^a y Antonio José Torres^a

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Clínico San Carlos, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aidaered@gmail.com (A. Pérez-Jiménez).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.04.003>
0009-739X/

© 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.