

Peritonitis aguda por enfermedad de Crohn perforada

A. Gulías Piñeiro, M. Madriñán González y E. Prego Mateo

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. F.P. Hospital Virxe da Xunqueira de Cee. A Coruña.

RESUMEN

La peritonitis por enfermedad de Crohn perforada es una complicación rara de dicha enfermedad. Se han operado 3 pacientes aquejados de peritonitis por enfermedad de Crohn perforada en íleon terminal cuyas edades estaban comprendidas entre 25 y 41 años de edad, siendo la situación basal distinta en cada enfermo (uno de los pacientes estaba asintomático y los otros dos presentaban brotes agudos de la enfermedad precisando uno de ellos corticoides para controlar la sintomatología). El tratamiento realizado fue una resección intestinal segmentaria con anastomosis primaria. Los 3 casos evolucionaron de forma satisfactoria. Considerando sólo los casos tratados en nuestro hospital, la frecuencia de peritonitis por enfermedad de Crohn perforada entre los pacientes de nuestra área es elevada (superior al 11%). Nuestra recomendación es realizar una resección intestinal con anastomosis primaria siempre que sea posible.

ACUTE PERITONITIS DUE TO PERFORATING CROHN'S DISEASE

Peritonitis is an infrequent complication of perforating Crohn's disease. Three patients, aged between 25 and 41 years, underwent surgery for peritonitis due to perforating Crohn's disease in the terminal ileum. The underlying disease differed in each patient (one patient was asymptomatic and two presented acute episodes of the disease; of these two patients, corticoids were required in one to control symptomatology). Treatment consisted of intestinal resection with primary anastomosis. In all three patients evolution was satisfactory. Taking only patients treated in our hospital into account, the frequency of peritonitis due to perforating Crohn's disease in our area is high (more than 11%). Intestinal resection with primary anastomosis should be performed whenever possible.

(*Gastroenterol Hepatol* 2001; 24: 346-348)

Correspondencia: Dr. A. Gulías Piñeiro.
Recheo, s/n. 15270 Cee. A Coruña.

Recibido el 21-11-2000; aceptado para su publicación el 15-3-2001.

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria crónica del tubo digestivo que se está diagnosticando cada vez con mayor frecuencia y que se asocia a múltiples complicaciones, tanto en el propio intestino como en otros aparatos. Se tiende a diferenciar dos formas clínicas diferentes de enfermedad de Crohn, la perforante y la no perforante, siendo la primera más agresiva y la segunda de desarrollo más lento¹. En la forma perforante se encuadran los pacientes que presentan fistulas y abscesos, siendo la perforación intestinal libre a peritoneo una presentación inusual de la forma perforante de la enfermedad de Crohn (sucede en torno al 1,5% de los enfermos de Crohn). El objetivo del presente trabajo es exponer nuestra experiencia en el tratamiento de este tipo de pacientes en un hospital comarcal, a la vez que ponemos de manifiesto una mayor frecuencia de aparición de dicha enfermedad en nuestra área que la habitualmente referida.

PACIENTES Y MÉTODO

Nuestro hospital atiende a una población de 50.000 habitantes, muy dispersa y fundamentalmente rural (no existen localidades que alcancen los 10.000 habitantes). Se han revisado de forma retrospectiva las intervenciones quirúrgicas realizadas de forma urgente en nuestro hospital en los 2 años que lleva en funcionamiento (entre septiembre de 1998 y septiembre de 2000) y se han estudiado los pacientes a los que se sometió a una laparotomía urgente debida a una peritonitis causada por enfermedad de Crohn perforada. Los datos del número de pacientes aquejados de enfermedad de Crohn en nuestro medio se obtuvieron a través de la Subdirección Xeral de Información Sanitaria del Servicio Galego de Saúde que comprende datos de pacientes ingresados en todos los hospitales de la red pública gallega entre los años 1993 y 2000 que presentaban el diagnóstico de enfermedad de Crohn. Los datos de los pacientes operados por peritonitis a causa de enfermedad de Crohn perforada se exponen en la tabla I.

RESULTADOS

El número de pacientes operados por el servicio de cirugía general y del aparato digestivo de forma urgente en los primeros 2 años de funcionamiento de nuestro hospital (desde septiembre de 1998 hasta septiembre de 2000) fue de 320, de los cuales tres (2 varones y una mujer) presentaban una peritonitis aguda por enfermedad de Crohn de íleon terminal perforada; sólo dos de los pacientes eran residentes en el área mientras que el tercer caso se presentó en un enfermo que se encontraba de forma accidental en la comarca. El número de personas aquejadas de

TABLA I. Pacientes con enfermedad de Crohn perforada

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Edad (años)	25	41	28
Sexo	Varón	Varón	Mujer
Edad de inicio de la enfermedad de Crohn (años)	14	31	25
Episodios previos de perforación	No	No	Sí, un episodio 3 años antes
Tratamiento previo	Mesalazina	Corticoides y mesalazina	Sin tratamiento
Tipo de cirugía	Resección segmentaria de íleon terminal y ciego (en total 42 cm), anastomosis ileocólica termino-terminal	Resección segmentaria de íleon terminal y ciego (en total 38 cm), anastomosis ileocólica termino-terminal	Resección segmentaria de íleon terminal y ciego (en total 35 cm), anastomosis ileocólica termino-terminal
Histopatología	Enfermedad de Crohn de íleon terminal perforada con fístulas y fisuras en el asa	Enfermedad de Crohn de íleon terminal perforada en borde antimesentérico	Enfermedad de Crohn de íleon terminal perforada en borde antimesentérico
Complicaciones postoperatorias	No hubo	Neumonía basal derecha	No hubo
Estancia	8 días	14 días	8 días
Evolución	Recidiva radiológica en íleon	Asintomático	Asintomático

enfermedad de Crohn detectadas en el área entre los años 1993 y 2000 es de 18, de los cuales 10 son mujeres y 8 varones, siendo la edad media en el momento de su primer ingreso hospitalario de 36,77 años, mientras que la edad media de los pacientes operados por peritonitis aguda por enfermedad de Crohn perforada fue de 31,3 años (en el momento de la operación). Ateniéndonos sólo a los enfermos de nuestra área, se ha presentado una peritonitis por enfermedad de Crohn perforada en el 11,1% de los enfermos de Crohn (si consideramos que una de las pacientes de nuestra comarca presentaba su segundo episodio de peritonitis, la frecuencia de esta complicación entre los enfermos de Crohn de nuestra zona alcanza el 16,6%), lo cual sobrepasa de forma clara la frecuencia apreciada en otros estudios. En nuestra serie todos los pacientes se presentaron como perforaciones en el íleon terminal. En el momento de concluir el estudio (septiembre de 2000), sólo uno de los 3 pacientes (tabla I) presentaba una recidiva radiológica de su enfermedad sin síntomas activos, estando los otros dos pacientes asintomáticos y sin que se haya evidenciado recidiva radiológica.

DISCUSIÓN

La incidencia de enfermedad de Crohn en Galicia ha ido en aumento según lo demuestran 2 estudios realizados en los años setenta y en los ochenta^{2,3}. La perforación intestinal libre a peritoneo se presenta entre el 1,5 y el 2% de los pacientes aquejados de enfermedad de Crohn⁴⁻⁸. En un estudio de Greenstein et al⁹ realizado sólo entre pacientes operados por complicaciones de la enfermedad de Crohn la perforación intestinal libre fue la causa de la primera intervención quirúrgica en el 5,7% de los casos estudiados. La perforación intestinal libre puede ser la forma de inicio o darse en pacientes con una historia previa de la enfermedad. Los 3 casos que hemos operado ocurrieron en pacientes con historia previa de la enfermedad (el caso número tres era una paciente que había presentado como manifestación inicial una perforación ileal 3 años antes) y, al igual que los casos descritos por Gómez Portilla et al¹⁰ y Vázquez Velasco et al¹¹ y en tres de los casos de

Nos et al⁶, se produjeron en el íleon terminal. En diversos estudios se llama la atención sobre la tendencia que tienen los pacientes afectados de enfermedad de Crohn perforante (definida como presencia de fístulas, abscesos o perforación intestinal libre) de volver a padecer una complicación del mismo tipo^{9,12,13}. Otro estudio, sin embargo, no parece confirmar este hallazgo¹⁴. En nuestra casuística es de destacar el número de casos con esta complicación, habida cuenta la población del área atendida (50.000 habitantes), así como el escaso número de enfermos de Crohn diagnosticados en la zona (n = 18), lo que da una frecuencia de perforación entre nuestros pacientes del 11,1% teniendo sólo en cuenta los casos de perforación diagnosticados y tratados en nuestro centro, cifra que aumenta hasta el 16,6% si consideramos que uno de nuestros enfermos sufrió 2 episodios de peritonitis por enfermedad de Crohn perforada.

Por otro lado, cada paciente se presentó con una circunstancia previa diferente: uno de ellos se encontraba asintomático y no precisaba tomar medicación, los otros dos padecían un brote agudo de la enfermedad lo que obligaba a que uno tomase mesalazina y el otro precisase, además, tomar corticoides, lo cual nos puede indicar que la aparición de una peritonitis provocada por una enfermedad de Crohn perforada puede darse en cualquier paciente, independientemente de la fase de actividad en que se encuentre la enfermedad.

En el caso de realizarse una laparotomía por un abdomen agudo y ante el hallazgo intraoperatorio de una posible enfermedad de Crohn no filiada con anterioridad la postura más aceptada hoy día es la resección del asa afectada, puesto que se trata de una enfermedad agresiva y así se prevendrían posibles complicaciones a corto o medio plazo del tipo perforante (abscesos, fístulas, etc.). En caso de encontrarse con una ileítis terminal en el curso de una intervención por una sospecha de apendicitis aguda no existe contraindicación para proceder a una apendicectomía, siempre y cuando la base del apéndice esté libre de enfermedad; sin embargo, algunos autores consideran que lo ideal sería realizar una resección segmentaria del íleon terminal y del ciego en caso de que nos encontremos con un íleon claramente inflamado¹⁵. Según nuestra experien-

cia, y de acuerdo con los datos aportados por otros autores¹⁵, la resección del asa afectada englobando el ciego y el fragmento de íleon terminal afectado con anastomosis ileocólica terminoterminal es el tratamiento más apropiado de la enfermedad que se presenta como perforación de íleon terminal. Esta sistemática de actuación evita realizar anastomosis en el íleon próximo a la válvula ileocecal.

En todos los pacientes que hemos operado por enfermedad de Crohn perforada hemos instaurado tratamiento con mesalazina (2,4 g al día) para tratar de prevenir posibles recaídas de la enfermedad, de acuerdo con diversos estudios¹⁶⁻²¹ que consideran que existe un efecto preventivo de la recurrencia de la enfermedad de Crohn con la administración de mesalazina tras la cirugía. El uso de esteroides en estos casos está controvertido y actualmente sólo se recomienda su utilización en el curso de ensayos clínicos²¹, llegando algunos incluso a contraindicarlos²⁰. El uso de metronidazol, así como de 6-mercaptopurina y azatioprina, está todavía en estudio, aunque parece que pudieran ser eficaces en cuanto a la prevención de recaídas tras la cirugía²⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sachar DB, Wolfson DM, Greenstein AJ, Goldberg J, Janowitz HD. Risk factors for postoperative recurrence in Crohn's disease. *Gastroenterology* 1983; 85: 917-921.
2. Marina Fiol C, Ruiz Ochoa V, Portela Pérez D et al. Simposio sobre la enfermedad de Crohn en Galicia. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1977; 50: 469-482.
3. Ruiz Ochoa V. Estudio epidemiológico sobre la enfermedad de Crohn en Galicia en el periodo de 1976 a 1983. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1984; 66: 273-279.
4. Softley A, Clamp SE, Bouchier IA, Myren J, Watkinson G, De Dombal FT. Perforation of the intestine in inflammatory bowel disease. An OMGE survey. *Scan J Gastroenterol* 1988; 144 (Supl): 24-26.
5. Greenstein AJ, Aufses AH. Differences in the pathogenesis, incidence and outcome of perforation in inflammatory bowel disease. *Surg Gynecol Obstet* 1985; 160: 63-69.
6. Nos P, Pastor M, Hoyos M, Ponce J, Berenguer J. Perforación intestinal libre como forma de inicio y como complicación en la evolución de la enfermedad de Crohn. *Gastroenterol Hepatol* 1998; 21: 129-132.
7. Greenstein AJ, Mann D, Sachar DB, Aufses AH. Free perforation in Crohn's disease: a survey of 99 cases. *Am J Gastroenterol* 1985; 80: 682-689.
8. Katz S, Schulman N, Levin L. Free perforation in Crohn's disease: a report of 33 cases and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 1986; 81: 38-43.
9. Greenstein AJ, Lachman P, Sachar DB et al. Perforating and non-perforating indications for repeated operations in Crohn's disease: evidence for two clinical forms. *Gut* 1988; 29: 588-592.
10. Gómez Portilla A, Tieso A, Fernández L, Pellicer JL. Perforación intestinal libre por enfermedad de Crohn. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1988; 74: 184-185.
11. Vázquez Velasco L, Barnés Sosa M, García Bear I. Perforación libre de intestino delgado en la enfermedad de Crohn. Aportación de un nuevo caso. *Cir Esp* 1987; 62: 789-791.
12. Yamamoto T, Allan RN, Keighley MRB. Perforating ileocecal Crohn's disease does not carry a high risk of recurrence but usually re-presents as perforating disease. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 519-524.
13. Aeberhard P, Berchtold W, Riedtmann HJ, Stadelmann G. Surgical recurrence of perforating and nonperforating Crohn's disease. A study of 101 surgically treated patients. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 80-87.
14. McDonald PJ, Fazio VW, Farmer RG, Jagelman DG, Lavery IC, Ruderman WB et al. Perforating and nonperforating Crohn's disease. An unpredictable guide to recurrence after surgery. *Dis. Colon Rectum* 1989; 32: 117-120.
15. Gómez Durán J, Rodríguez Álvarez JL. Nuevos aspectos quirúrgicos de la enfermedad inflamatoria intestinal. En: Abreu L, Chantar C, editores. *Enfermedad inflamatoria intestinal*. Barcelona: J.R. Prous Editores, 1990; 375-414.
16. Brignola C, Cottone M, Pera A, Ardizzone S, Scribano ML, De Francis DF et al. Mesalamine in the prevention of endoscopic recurrence after intestinal resection for Crohn's disease. Italian Cooperative Study Group. *Gastroenterology* 1985; 108: 345-349.
17. Caprilli R, Corrao G, Taddei G, Tonelli F, Torchio P, Viscido A. Grupo Italizanp per lo Studio del Colon e del Retto (GSIC). Prognostic factors for postoperative recurrence of Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 335-341.
18. McLeod RS, Wolff BG, Steinhart, Carryer PW, O'Roueke K, Andrews DF et al. Prophylactic mesalamine treatment decreases postoperative recurrence of Crohn's disease. *Gastroenterology* 1995; 109: 404-413.
19. Caprilli R, Andreoli M, Capurso L, Corrao G, D'Albasio G, Gioieni A et al. Oral mesalazine (Asacol) for the prevention of postoperative recurrence of Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther* 1994; 8: 35-43.
20. Achkar JP, Hanauer SB. Medical therapy to reduce postoperative Crohn's disease recurrence. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 1139-1146.
21. Borley NR, Mortensen NJ, Jewell DP. Preventing postoperative recurrence of Crohn's disease. *Br J Surg* 1997; 84: 1493-1502.