Gastroenterol Hepatol. 2009;32(5):339–342

Gastroenterología y Hepatología

www.elsevier.es/gastroenterologia

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Impactación de un cuerpo extraño en un paciente con enfermedad de Crohn

Margalida Vanrell Garau*, Daniel Ginard Vicens, Alfredo Llompart Rigo, Zoe Mariño Méndez, María José Bosque López, S. Patricia Ortega Moya, Carmen Garrido Duran y Jaime Gayà Cantallops

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca, Mallorca, España

Recibido el 25 de agosto de 2008; aceptado el 18 de noviembre de 2008

PALABRAS CLAVE
Enfermedad de Crohn;
Estenosis intestinal;
Dilatación endoscópica

Resumen
La enfermedad de Crohn (EC) se puede complicar con la aparición de estenosis intestinal. Las estenosis que no responden al tratamiento médico habitualmente requieren cirugía. La dilatación endoscópica con balón es una alternativa a la cirugía.
A continuación se presenta el caso de un paciente con EC y una estenosis de la válvula ileocecal asintomática que se manifestó como un cuadro oclusivo secundario a la impactación de un cuerpo extraño (semilla de níspero). Se realizó una dilatación endoscópica y la extracción del cuerpo extraño. En este trabajo se lleva a cabo una revisión de la literatura médica en relación al tratamiento endoscópico de las estenosis intestinales secundarias a la EC.
© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS
Crohn's disease;
Intestinal stenosis;
Endoscopic dilatation

Impacted foreign body in a patient with Crohn's disease

Abstract
Crohn's disease is often complicated by intestinal strictures. Symptomatic strictures refractory to medical therapy usually require surgery. Endoscopic balloon dilatation is an alternative to surgery. We report the case of a patient with Crohn's disease with asymptomatic ileocecal stricture, which was identified after intestinal obstruction due to an impacted foreign body. The patient underwent endoscopic dilatation and the foreign body was extracted. We provide a review of the literature on endoscopic balloon dilatation of intestinal strictures in Crohn's disease.
© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mvanrell@hsd.es (M. Vanrell Garau).

0210-5705/$ - see front matter © 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.gastrohep.2008.11.010

La enfermedad de Crohn (EC) se puede complicar con estenosis intestinales como evolución de la propia enfermedad (patrón estenosante) o, lo que es más frecuente, sobre la anastomosis de una intervención quirúrgica previa. La estenosis puede provocar cuadros oclusivos que, si no se resuelven con tratamiento médico, requieren cirugía. La dilatación endoscópica con balón es una alternativa a la cirugía. Es una técnica efectiva y con baja tasa de complicaciones; la complicación más frecuente es la perforación.

A continuación se describe el caso de un paciente que presenta un cuadro suboclusivo intestinal tras la ingesta accidental de un cuerpo extraño enclavado en una zona estenótica. En este trabajo se lleva a cabo una revisión de la literatura médica en relación al tratamiento endoscópico de las estenosis intestinales secundarias a la EC.

Observación clínica

Varón de 45 años de edad con antecedentes de EC hace 21 años con estenosis de colon e íleon diagnosticadas por colonoscopia y tránsito intestinal. Presentaba cuadro suboclusivo en agosto de 2004 que se resolvió con un tratamiento médico. Posteriormente, en septiembre de 2005, se lo intervino de urgencia debido a la perforación del íleon distal con absceso mesentérico; realizándose resección del tramo del íleon afectado e ileostomía proximal por alto riesgo de dehiscencia. Después de la intervención quirúrgica, se realizó una nueva colonoscopia confirmando la estenosis a 60 cm del margen anal infranqueable, por lo que recibió una segunda intervención en junio de 2006 con el objetivo de resecar la zona estenótica en el colon y cerrar la ileostomía. En esta cirugía se observó un plastrón inflamatorio formado por colon transverso, estómago y primera asa yeyunal, con 2 trayectos fistulosos a estómago y primera asa ileal. Se realizó resección de las fístulas, enterorrafia, gastrorrafia y anastomosis colocólica manteniendo la ileostomía. En una tercera intervención en abril de 2007, se efectuó el cierre de la ileostomía. El paciente ha recibido tratamiento de mantenimiento con azatioprina y permaneció asintomático.

El paciente ingresó en urgencias por presentar un cuadro de dolor abdominal tipo retortijones, vómitos y ausencia de deposiciones coincidiendo con la ingesta accidental de una semilla de níspero. Éste presentaba un abdomen distendido, blando y depresible, discretamente doloroso a la palpación en la fosa ilíaca derecha. Se realizaron radiografías del abdomen, en éstas se observó una dilatación de asas del intestino delgado, con algún nivel hidroaéreo. Se realizó un tratamiento mediante reposo intestinal y sueroterapia que presentó resolución clínica y se le dio de alta de urgencias. Acudió a las 48 h a la planta de digestivo por recidiva de los vómitos y del dolor abdominal. Ante la sospecha de la impactación del cuerpo extraño en la anastomosis del íleon o del colon se decidió realizar una colonoscopia sin preparación. Se franqueó sin dificultad la anastomosis quirúrgica colocólica; sin embargo, al llegar a la válvula ileocecal, se observó una estenosis que no se pudo franquear (fig. 1). Se realizó una dilatación de la estenosis mediante un

Figura 2

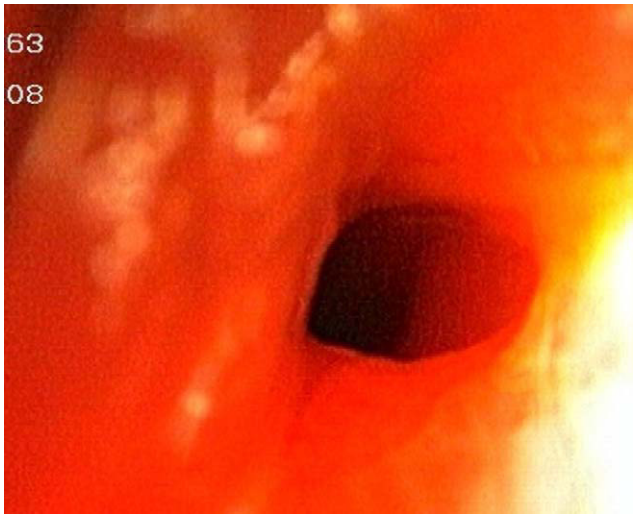

Figura 1

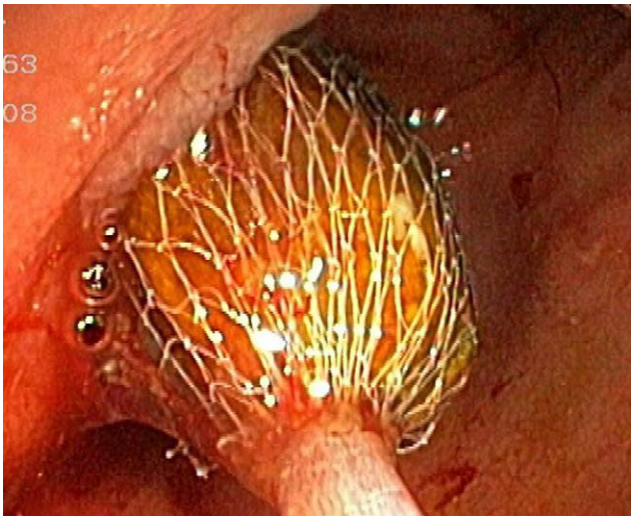

Figura 3

balón neumático, con lo que se consiguió acceder al íleon terminal donde se localizó el cuerpo extraño (semilla de níspero) que se extrajo mediante asa tipo Roth Net® (figs. 2 y 3). Después de la extracción del cuerpo extraño se dio de alta al paciente, que no presentaba complicaciones. A los 4 meses de seguimiento se encuentra asintomático.

Discusión

La etiopatogenia tanto de la colitis ulcerosa como de la EC sigue siendo desconocida. Está ampliamente aceptado que ambas son el resultado de una respuesta inmune inapropiada que ocurre en individuos genéticamente predispuestos como resultado de una compleja interacción entre factores ambientales y del sistema inmunitario intestinal[1–3].

La EC sigue un patrón fistulizante, estenosante o inflamatorio y puede afectar el tracto gastrointestinal en cualquier zona. El tratamiento médico puede mejorar las zonas en las que predomina la inflamación, pero habitualmente las estenosis, con gran componente fibrótico, no responden. Aproximadamente un 80% de los pacientes con EC requieren tratamiento quirúrgico en algún momento, con una elevada tasa de recurrencias (del 50% a los 10 años)[4]. La cirugía se reserva para aquellos casos en los que falla el tratamiento médico y para las complicaciones como la obstrucción intestinal o los abscesos[4,5]. Desafortunadamente, en muchas ocasiones la enfermedad recurre después de la resección o aparecen estenosis en las anastomosis que requieren de nuevo cirugía. Para evitar los riesgos de la resección quirúrgica (sobre todo el síndrome del intestino corto) en la década de 1980 se empezó a desarrollar el tratamiento endoscópico de las estenosis de la EC como alternativa a la cirugía[6]. Se realiza una revisión de la literatura médica (Medline y PubMed) en relación al tratamiento endoscópico de las estenosis de la EC.

Hasta el momento, los estudios realizados para valorar la eficacia y la seguridad de la dilatación endoscópica en las estenosis de la EC son estudios retrospectivos, excepto el estudio de Couckuyt et al[7], sin grupo control y con bajo número de pacientes. Asimismo, utilizan diferentes técnicas de dilatación y balones de distinto diámetro y longitud. Tampoco hay ninguna guía clínica al respecto. Recientemente se ha publicado una revisión sistemática que intenta mostrar una visión descriptiva de los estudios realizados hasta el momento[6].

El calibre de los balones de dilatación utilizados fueron de 15 mm[14,15], 18 mm[7–9], 20 mm[9–12,14] o 25 mm[7,8]. Hay algunos autores que para realizar la dilatación aplican desde el principio el máximo grosor del balón y, en cambio, otros empiezan con balones de un calibre más pequeño y lo aumentan progresivamente. Respecto al tiempo de aplicación, tampoco hay homogeneidad, desde menos de 2 min[7,8,16] a más de 3 min[7,10]. La duración óptima de la dilatación no se conoce, así como tampoco el número más adecuado de dilataciones[7]. En general, las sesiones de dilatación se repiten si aparecen nuevos síntomas de suboclusión.

El éxito de la dilatación se define como la capacidad de conseguir el paso del endoscopio a través de la estenosis dilatada. Técnicamente, el éxito de la dilatación varía del 73 al 100% de los casos[16,10,12]. Los casos en los que falla se deben habitualmente a la imposibilidad de avanzar el balón a través del endoscopio o a la presencia de angulaciones que impiden el paso del balón deshinchado a través de la estenosis[7,8,11].

El seguimiento realizado varía de 3 meses a algo más de 12 años, dependiendo del estudio. El éxito durante el seguimiento, que se define por la ausencia de síntomas, varía desde un 41[16] a un 100%[10], la media es del 64%[6]. Se evita la cirugía hasta en un 67% de los casos y en aproximadamente uno de cada 3 pacientes se puede evitar la cirugía con sólo una dilatación[6]. La única variable que hasta el momento se ha asociado a la eficacia de la dilatación, ha sido la longitud de la estenosis, que debe ser menor o igual a 4 cm[6]. No influyen en cuanto a la necesidad de cirugía o la recurrencia de síntomas la edad, sexo, actividad de la enfermedad, presencia de úlceras en la estenosis, tratamiento con corticoides o inmunosupresores después de la dilatación, localización de la estenosis, posibilidad de pasar el endoscopio después de la dilatación o utilizar balones de mayor calibre[6,8,9]. La mayoría de las dilataciones se realizaron sobre anastomosis quirúrgicas, sin diferencias significativas con las que se realizaron sobre estenosis naive[6]. La probabilidad de recurrencia de síntomas después de una primera dilatación neumática varía del 38 al 40% a los 5 años y la probabilidad de cirugía es aproximadamente del 40 al 43% a los 5 años[8].

Se han realizado escasos estudios (retrospectivos) para valorar la eficacia de la inyección de corticoides en la estenosis inmediatamente después de la dilatación postulando, en un primer momento, que puede reducir la necesidad de redilataciones[12,15]. En el primer estudio en que se comparó con placebo, con bajo número de pacientes, la inyección de corticoides no redujo el tiempo de redilatación de las estenosis ileocólicas posquirúrgicas[17]. Son necesarios más estudios en el futuro para valorar su utilidad.

Las complicaciones descritas en la literatura médica varían del 0[9,10,12] al 25%[14]. La complicación más frecuente es la perforación, que puede requerir tratamiento quirúrgico. También se ha descrito hemorragia, fiebre, aparición de un absceso intraabdominal con fístula o dolor abdominal[7,8,11,13–16]. En el estudio de Nomura et al[14] las complicaciones aparecen en 4 de 16 pacientes, todos ellos con estenosis primarias o naive, lo que hace pensar que este tipo de estenosis puede tener más riesgo de perforación[14]. La mortalidad ha sido nula en todos los estudios.

En todos los estudios revisados se realiza la dilatación endoscópica en pacientes sintomáticos. Este paciente presentaba EC con patrón estenosante y había requerido cirugía. Antes de la impactación del cuerpo extraño en la zona estenótica el paciente estaba asintomático, lo que traduce una estenosis subclínica. El cuadro oclusivo inicial se resolvió, con recidiva posterior, lo que hace suponer un efecto valvular del cuerpo extraño sobre la estenosis. Al realizar la colonoscopia se franqueó sin dificultad la anastomosis colocólica pero, al llegar a la válvula ileocecal, se observó una estenosis (naive, ya que en las cirugías previas se había conservado el íleon terminal). Esta estenosis era de aspecto fibrótico, de longitud aproximada de 2 cm y no había signos de enfermedad activa. Se realizó una única dilatación endoscópica mediante un catéter balón CRE® (Controlled Radial Expansion Wire Guided Balloon

Tabla 1 Descripción de las principales variables de los estudios

Autor	n	Estenosis posquirúrgicas (%)	Calibre máximo del balón (mm)	Inyección de corticoides	Tiempo medio de seguimiento (meses)	Éxito técnico (%)	Eficacia clínica (%)	Complicaciones (%)
Couckuyt[7]	55	67	25	No	33,6	90	62	11
Sabatè[8]	38	65	25	No	22,8	89	53	3
Morini[9]	43	67	18	No	63,7	79	42	0
Matsui[10]	5	0	20	No	50,2	100	100	0
Ferlitsch[11]	46	62	20	No	21	85	57	4
Brooker[12]	14	79	20	Sí	27,8	100	79	0
Ajlouni[13]	37	37	20	No	20	90	90	3
Nomura[14]	16	35	20	No	38,5	94	46	25
Singh[15]	17	30	20	Sí	18,8	96,5	76,5	10
Thomas-Gibson[16]	59	73	18	No	29,4	73	41	3

Dilatation Catheter, Boston Scientific) de 5,5 cm de longitud y de 20 mm de diámetro con una presión de 6 atm. El tiempo aproximado de la dilatación fue de 1 min y no se realizó control radiológico. Una vez que se realizó la dilatación, se consiguió extraer sin dificultad el cuerpo extraño, con un asa tipo Roth Net® («cesta atrapapólipos») que se caracteriza por ser un asa con una red que facilita la extracción principalmente de pólipos y también se puede utilizar para cuerpos extraños. A los 4 meses de seguimiento el paciente se encuentra asintomático.

En conclusión, la dilatación endoscópica de las estenosis secundarias a la EC es una técnica eficaz y una alternativa a la cirugía, que permite retrasarla o incluso evitarla, con un bajo porcentaje de complicaciones (tabla 1).

Bibliografía

1. Danese S, Fiocchi C. Etiopathogenesis of inflammatory bowel diseases. World J Gastroenterol. 2006;12:4807–12.
2. De Hertogh G, Aerssens J, Geboes KP, Geboes K. Evidence for the involvement of infectious agents in the pathogenesis of Crohn's disease. World J Gastroenterol. 2008;14:845–52.
3. Stefanelli T, Malesci A, Repici A, Vetrano S, Danese S. New insights into inflammatory bowel disease pathophysiology: Paving the way for novel therapeutic targets. Curr Drug Targets. 2008;9:413–8.
4. Malafosse M. Crohn's disease: Current surgical treatment. Bull Acad Natl Med. 2007;191:1143–56 discussion 1157-8.
5. Froehlich F, Juillerat P, Mottet C, Pittet V, Felley C, Vader JP, et al. Fibrostenotic Crohn's disease. Digestion. 2007;76:113–5.
6. Hassan C, Zullo A, De Francesco V, Ierardi E, Giustini M, Pitidis A, et al. Systematic review: Endoscopic dilatation in Crohn's disease. Aliment Pharmacol Ther. 2007;26:1457–64.
7. Couckuyt H, Gevers AM, Coremans G, Hiele M, Rutgeerts P. Efficacy and safety of hydrostatic balloon dilatation of ileocolonic Crohn's strictures: A prospective longterm analysis. Gut. 1995;36:577–80.
8. Sabaté JM, Villarejo J, Bouhnik Y, Allez M, Gornet JM, Vahedi K, et al. Hydrostatic balloon dilatation of Crohn's strictures. Aliment Pharmacol Ther. 2003;18:409–13.
9. Morini S, Hassan C, Lorenzetti R, Zullo A, Cerro P, Winn S, et al. Long-tem outcome of endoscopic pneumatic dilatation in Crohn's disease. Dig Liver Dis. 2003;35:893–7.
10. Matsui T, Hatakeyama S, Ikeda K, Yao T, Takenaka K, Sakurai T. Long-term outcome of endoscopic balloon dilation in obstructive gastroduodenal Crohn's disease. Endoscopy. 1997;29:640–5.
11. Ferlitsch A, Reinisch W, Püspök A, Dejaco C, Schillinger M, Schöfl R, et al. Safety and efficafy of endoscopic balloon dilation for treatment of Crohn's disease strictures. Endoscopy. 2006;38:483–7.
12. Brooker JC, Beckett CG, Saunders BP, Benson MJ. Long-acting steroid injection after endoscopic dilation of anastomotic Crohn's strictures may improve the outcome: A retrospective case series. Endoscopy. 2003;35:333–7.
13. Ajlouni Y, Iser JH, Gibson PR. Endoscopic balloon dilataion of intestinal strictures in Crohn's disease: Safe alternative to surgery. J Gastroenterol Hepatol. 2007;22:486–90.
14. Nomura E, Takagi S, Kikuchi T, Negoro K, Takahashi S, Kinouchi Y, et al. Efficacy and safety of endoscopic balloon dilation for Crohn's strictures. Dis Colon Rectum. 2006;49:S59–67.
15. Singh VV, Draganov P, Valentine J. Efficacy and safety of endoscopic balloon dilation of symptomatic upper and lower gastrointestinal Crohn's disease strictures. J Clin Gastroenterol. 2005;39:284–90.
16. Thomas-Gibson S, Brooker JC, Hayward CM, Shah SG, Williams CB, Saunders BP. Colonoscopic balloon dilation of Crohn's strictures: A review of long-term outcomes. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2003;15:485–8.
17. East JE, Brooker JC, Rutter MD, Saunders BP. A pilot study of intrastricture steroid versus placebo injection after balloon dilatation of Crohn's strictures. Clin Gastroenterol Hepatol. 2007;5:1065–9.