



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Enfermedad de Crohn: hemorragia fatal en paciente con 19.3 semanas de gestación. Reporte de un caso y revisión de la literatura mundial



Á.R. Soriano-Sánchez^{a,*}, J. Martínez Mendoza^b y Á. Soriano Basilio^c

^a Sección de Embarazo de Alto Riesgo, Hospital Materno Infantil Inguarán, Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, México Distrito Federal, México

^b Departamento de Anatomopatología, Hospital General de Acámbaro, Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, México, Acámbaro, México

^c Hospital General Topilejo, Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, México Distrito Federal, México

Recibido el 6 de julio de 2015; aceptado el 2 de octubre de 2015

Disponible en Internet el 21 de noviembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Enfermedad de Crohn;
Embarazo;
Complicaciones

Resumen La enfermedad de Crohn (EC) es un padecimiento que afecta al 0,3% de las pacientes gestantes; la hemorragia fatal es un evento raro que complica a estas pacientes. El propósito de este artículo es reportar un caso fatal de EC ocasionado por hemorragia intraabdominal y revisar la literatura mundial.

Paciente de 20 años de edad, primigesta con feto vivo de 19.3 semanas, ingresa al Servicio de Urgencias con dolor intraabdominal e hipotensión arterial sistémica; se realiza laparotomía exploradora donde encuentran hemoperitoneo de 2.000 ml y feto vivo intrauterino. El sitio de sangrado activo no se detecta, por lo que se procede al empaquetamiento intraabdominal. Por persistir datos de hipotensión arterial sistémica, realizan tomografía axial computarizada premortem, en esta detectan datos de persistencia de sangrado intraabdominal y programan laparotomía de urgencia. Antes de ingresar a cirugía, fallece la paciente. El estudio histológico muestra lesiones compatibles con EC.

Como conclusión, la EC durante el embarazo afecta al 0,3% de las pacientes. La perforación intestinal con hemorragia severa y muerte de la paciente es una complicación no reportada en la literatura mundial.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: separadorsoriano@yahoo.com.mx (Á.R. Soriano-Sánchez).

KEYWORDS

Crohn's disease;
Pregnancy;
Complications

Cohn's disease: Fatal haemorrhage in patient at 19.3 weeks of pregnancy. Case report and review of the world literature

Abstract Crohn's disease (CD) affects 0.3% of pregnant women and can infrequently cause fatal bleeding. We report a fatal case of intra-abdominal haemorrhage caused by CD and review the world literature on the topic.

A 20-year-old primigravida with a live fetus of 19.3 weeks was admitted to the accident and emergency department with intra-abdominal pain and systemic hypotension. Exploratory laparotomy was performed, revealing a hemoperitoneum of 2,000ml and a live intrauterine fetus. The site of bleeding was not detected and intraabdominal packing was performed. Due to persistent systemic hypertension, pre-mortem computed tomography was carried out, revealing the persistence of intra-abdominal bleeding. Emergency laparotomy was scheduled but the patient died before entering the operating theatre. Histological examination showed lesions consistent with CD.

As a conclusion, CD during pregnancy affects 0.3% of patients. Intestinal perforation with fatal bleeding has not previously been reported in the world literature.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Caso clínico

PRB de 20 años de edad, primigesta, cursando 19.3 semanas de gestación, feto con actividad cardíaca, ingresa al Servicio de Urgencias del Hospital General de Acámbaro Miguel Hidalgo del Instituto de Salud Pública del estado de Guanajuato (México).

Dos días previos al ingreso presenta dolor intenso difuso de intensidad progresiva; al ingreso cursa con datos de irritación peritoneal e hipotensión arterial sistémica. Se administraron soluciones y hemoderivados vía intravenosa. Ante la persistencia del mal estado general, se procede a realizar laparotomía exploradora. En la cirugía detectan hemoperitoneo de 2.000 ml, el útero mide 20 × 15 cm con feto intrauterino vivo. En el útero, en los oviductos y en los ovarios no existen datos de sangrado, se revisa la cavidad abdominal y al no detectar el sitio del sangrado, se coloca una bolsa de Bogotá y 14 compresas. Al concluir la cirugía, la paciente se envía al Servicio de Terapia Intensiva.

Por persistir datos de hipotensión arterial sistémica, se realiza tomografía axial computarizada (fig. 1) en la que es detectado un complejo líquido compatible con hemoperitoneo. De inmediato se programa nueva laparotomía exploradora. Antes de ingresar al quirófano, la paciente fallece.

Al realizar la necropsia, en el duodeno y yeyuno se identifican lesiones aftoides y pequeñas perforaciones de la pared intestinal (fig. 2); en el análisis microscópico del intestino, existen cúmulos linfoides y granulomas; la mucosa se aprecia ulcerada con cambios secundarios a la isquemia (fig. 3), estas lesiones son compatibles con las descritas en la enfermedad de Crohn (EC) (fig. 4).

Antecedentes

Las enfermedades inflamatorias que afectan el intestino delgado y el grueso son la colitis ulcerativa (CU) y la EC: ambos padecimientos son crónicos e inflamatorios y en

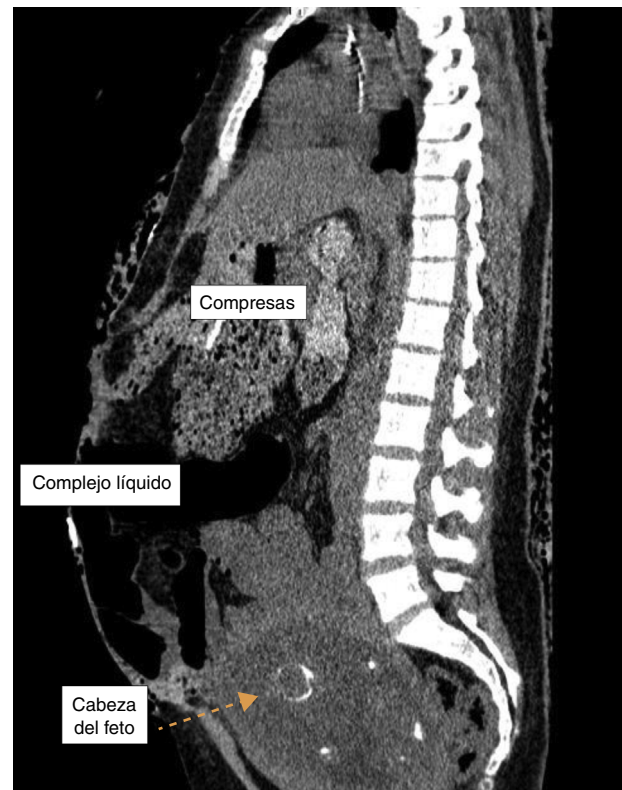


Figura 1 A. Compresas. B. Complejo líquido (hemoperitoneo). C. Cráneo del feto.

etapas avanzadas pueden ocasionar abdomen agudo. En la CU la enfermedad está confinada al intestino grueso; en la EC, afecta al intestino delgado y al intestino grueso; la etiología de la EC está relacionada con procesos inmunológicos, estrés y bacterias en la luz de los intestinos¹.

La EC predominantemente afecta a las mujeres en etapa reproductiva, en ellas existen antecedentes de enfermeda-



Figura 2 Pared intestinal con granulomas, la mucosa está ulcerada y muestra cambios secundarios a la isquemia.

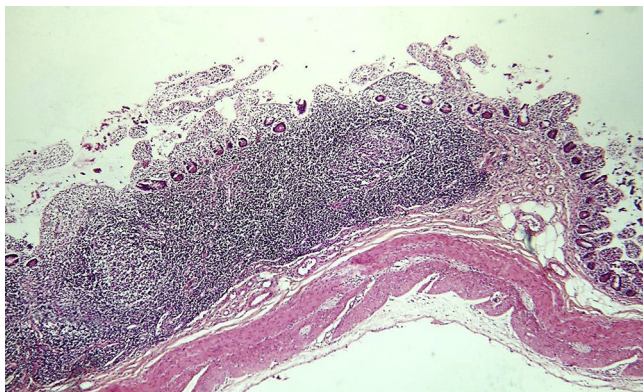


Figura 3 Lesiones en cara interna del duodeno.

des inmunológicas en la familia y en la paciente, estrés, obesidad y tabaquismo. Los síntomas son el dolor difuso y distensión del abdomen; las evacuaciones diarreicas son intermitentes, existe hipersensibilidad abdominal, astenia y febrícula. En etapas avanzadas, la pérdida de la integridad de la pared intestinal ocasiona la formación de abscesos, adherencia entre las asas intestinales y formación de masas detectadas en la exploración del abdomen (tabla 1); raros son los casos donde la perforación de la pared del intestino ocasiona hemorragia intraabdominal.

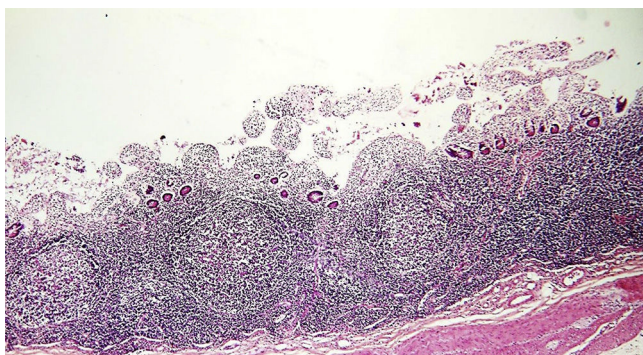


Figura 4 Lesiones en la enfermedad de Crohn

Tabla 1 Enfermedad de Crohn

Personas blancas	Adultos jóvenes
Enfermedades inmunológicas	Estrés
Inflamación en los ojos	Presentan alergia cutánea
Susceptibilidad al estrés	Obesidad
<i>Síntomas</i>	<i>Signos</i>
Dolor abdominal crónico	Hipersensibilidad al palpar abdomen
Evacuaciones diarreicas	Palpación de masa tumoral
Distensión abdominal	Abdomen agudo (excepcional)
Cansancio	Febrícula intermitente
<i>Estudios de gabinete</i>	
Radiografía de abdomen; imagen opaca heterogénea	
Ultrasonido: imagen intaabdominal, redonda con halo periférico y contenido heterogéneo; esto último son secreciones intestinales, material purulento y sangre	
Ultrasonido doppler color; identifica vascularización pulsátil periférica	
Tomografía axial computarizada; imagen circular con pared circundante y contenido mixto	
Enfermedad: perforación intestinal, abscesos, aftas, granulomas, úlceras e isquemia	
Tratamiento: antibióticos, antiinflamatorios, resección intestinal o hemicolectomía	

Imagenología

En los casos de EC, en la radiografía simple del abdomen se identifica una imagen radioopaca de aspecto litiásico. El ultrasonido detecta una tumoración con un halo circundante y contenido heterogéneo. Este contenido son secreciones intestinales, material purulento y sangre; al activar el doppler color, se detecta la pulsación de los vasos arteriales. Este es el dato fundamental para el diagnóstico diferencial con los casos de una compresa intraabdominal².

La endoscopia detecta aftas y lesiones ulcerosas en la pared interna del intestino^{3,4}. En el análisis histológico de las biopsias del intestino, existen cúmulos linfoides y granulomas; la mucosa se aprecia ulcerada con cambios secundarios a la isquemia, las aftas y engrosamiento del endotelio, estos hallazgos confirman la enfermedad de Crohn⁵.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento de las pacientes con EC es con inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF), ixfliximab, adolimubab, vedolizumab; antibióticos y antiinflamatorios⁶. El alopurinol es un fármaco en etapa de experimentación⁷.

Cirugía

En los casos en los que se detecta la tumoración intraabdominal, se procede a realizar laparotomía con la disección

minuciosa de las adherencias y resección de las asas intestinales afectadas con anastomosis terminoterminal o lateroterminal⁸. En los casos en los que el colon está afectado, se realiza hemicolectomía y la desfuncionalización temporal mediante colostomía.

Enfermedad

En la pared externa del segmento del intestino resecado, existen zonas con pérdida de la continuidad, áreas de despulimiento secundarias a la técnica de resección y material purulento fétido; en la pared interna, la mucosa presenta aftas, hiperemia y zonas ulceradas. En el análisis microscópico del intestino, existen cúmulos linfoides y granulomas; la mucosa se aprecia ulcerada con cambios secundarios a la isquemia y pequeñas lesiones perforadas³.

Enfermedad de Crohn durante el embarazo

Un estudio de 92.335 mujeres con EC reporta que 265 pacientes (0,3%) cursaban con EC y detecta que durante el embarazo la enfermedad remite⁹. Otro estudio, que incluye 395.781 casos de pacientes con embarazo y EC, el retardo en el crecimiento intrauterino del feto y el parto pretérmino son infrecuentes; el uso de la 6 mercaptopurina no está asociada a malformaciones congénitas¹⁰, el uso de alopurinol durante el embarazo se encuentra en etapa de evaluación⁷, sin embargo, la lactancia queda proscrita¹¹.

Durante el embarazo, las tiopurinas, infliximab y las ciclosporinas son menos seguras; el vedozumab, golimumab son fármacos en experimentación¹².

En el presente caso, la pérdida de continuidad de la pared en el duodeno ocasionó la hemorragia intraabdominal y, por la dificultad del acceso a este segmento, no fue detectado el sitio del sangrado.

En la [tabla 1](#) están las características y estudios de las pacientes con EC.

Conclusiones

La EC durante el embarazo generalmente no complica su evolución y en la literatura no han sido reportados casos fatales. En el presente caso, la complejidad de la sintomatología y la inexperiencia de los médicos tratantes definieron el curso de esta paciente.

La prevención de la EC es la mejor estrategia: la dieta con mínima cantidad de grasas, con alto contenido en fibra, evitar la obesidad, disminuir los factores estresantes y erradicar el tabaquismo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Fauci AS. Inflammatory bowel disease: Ulcerative colitis and Crohn's disease. En: Harrison's Principles of internal medicine. Vol 2, 14 ed. Mac Graw-Hill: New York; 1997.
2. Glanc P, Maxwell C. Acute abdomen in pregnancy: Role of sonography. *J Ultrasound Med.* 2010;29:1457-68.
3. Tontini GE, Vecchi M, Pastorelli L, Neurath MF, Neumann H. Differential diagnosis in inflammatory bowel disease colitis: State of the art and future perspectives. *World J Gastroenterol.* 2015;21:21-46. Jan;7.
4. Kolivras A, de Maubeuge J, André J, Song M. Thalidomide in refractory vulvar ulcerations associated with Crohn's disease. *Dermatology.* 2003;206:381-3.
5. Liu JJ, Wong K, Thiesen AL, Mah SJ, Dieleman LA, Claggett B, Saltzman JR, et al. Increased epithelial gaps in the small intestines of patients with inflammatory bowel disease: Density matters. *Gastrointest Endosc.* 2011;73:1174-80, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2011.01.018>. Epub 2011 Mar 11.
6. Chaparro M. [New advances in the treatment of inflammatory bowel disease] [en español]. *Gastroenterol Hepatol.* 2013;36 Suppl 2:21-9, [http://dx.doi.org/10.1016/S0210-5705\(13\)70050-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0210-5705(13)70050-5).
7. Fazal MW, Doogue MP, Leong RW, Bampton PA, Andrews JMA. Allopurinol use in pregnancy in 3 women with inflammatory bowel disease: Safety and outcomes: A case series. *BMC Gastroenterol.* 2013;13:172, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-230X-13-172>. Dec;17.
8. Guo Z, Li Y, Zhu W, Gong J, Li N, Li J. Comparing outcomes between side-to-side anastomosis and other anastomotic configurations after intestinal resection for patients with Crohn's disease: A meta-analysis. *World J Surg.* 2013;37:893-901, <http://dx.doi.org/10.1007/s00268-013-1928-6>.
9. Hatch Q, Champagne BJ, Maykel JA, Davis BR, Johnson EK, Bleier JL, et al. The impact of pregnancy on surgical Crohn disease: An analysis of the Nationwide Inpatient Sample. *J Surg Res.* 2014;190:41-6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jss.2014.03.028>. Epub 2014 Mar 19.
10. Getahun D, Fassett MJ, Longstreth GF, Koebnick C, Langer-Gould AM 3rd, Strickland D, et al. Association between maternal inflammatory bowel disease and adverse perinatal outcomes. *J Perinatol.* 2014;34:435-40, <http://dx.doi.org/10.1038/jp.2014.41>. Epub 2014 Mar 20.
11. Horst S, Kane S. The use of biologic agents in pregnancy and breastfeeding. *Gastroenterol Clin North Am.* 2014;43:495-508, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gtc.2014.05.005>. Epub 2014 Jul 5.
12. Gomollón F. [Safety in the diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease] [en español]. *Gastroenterol Hepatol.* 2013;36 Suppl 2:15-20, [http://dx.doi.org/10.1016/S0210-5705\(13\)70049-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0210-5705(13)70049-9).