

## **CARTA ABIERTA A LAS SOCIEDADES MÉDICAS DE APARATO DIGESTIVO, CIRUGÍA DIGESTIVA Y RADIOLOGÍA**

### **A propósito de un caso de Enfermedad de CROHN**

Srs. Presidentes de las citadas Sociedades:

**¿Son fiables las pruebas de imagen digestivas para que los clínicos y cirujanos tomen las decisiones terapéuticas más adecuadas al caso?**

Permítanme que lo dude, a través de la exposición de un caso real.

Paciente de 59 años, diagnosticado desde su juventud de Enfermedad del Intestino Irritable, con una clínica de episodios de diarrea y estreñimiento alternantes. En el año 2012 experimenta una agravación de los episodios. En el año 2014 es diagnosticado de sobrecrecimiento bacteriano con buena respuesta a rifaximina y metronidazol. Como las recaídas eran frecuentes se le abre Historia Clínica en un hospital.

\* Con fecha 22-12-2016 una ECOGRAFÍA INTESTINAL muestra lo siguiente: *“se observa un tramo de intestino delgado a nivel de íleon pélvico de 4 cm con grosor de 9 mm, con conservación de las capas. Se observa otro pequeño tramo corto de 1 cm de longitud próxima a la zona de estenosis y con grosor de 4’8mm. Moderado flujo Doppler color con ecografía grado 1. Marco colónico sin alteraciones. Conclusión: Engrosamiento de íleon pélvico compatible con enfermedad de Crohn con leve actividad inflamatoria. Se observa otro tramo corto de engrosamiento proximal a la lesión descrita.*

A raíz de este sorprendente hallazgo se inicia tratamiento médico

\* Con fecha 16-5-2017 una RM-enterografía con contraste iv muestra lo siguiente: *“se identifica afectación de un segmento corto de íleon pélvico de 2’5 cm de longitud consistente en engrosamiento parietal concéntrico hasta 5mm, que condiciona disminución del calibre luminal, sin signos de oclusión. Dicho segmento muestra leve restricción de la difusión y escaso realce sin evidencia de fisuras, áreas de abscesificación ni otras complicaciones. Conclusión: Persistencia de afectación de un tramo corto de íleon pélvico con actividad inflamatoria grado leve. Sin evidencia de complicaciones transmurales.*

\* Dada la mala evolución clínica, en fecha 26-4-2018 una nueva RM ENTERO muestra lo siguiente: *“asa de íleon pélvico estenótica en un segmento aproximado de 17mm con engrosamiento parietal de 5mm y diámetro mínimo de la luz de 3mm, que se localiza aproximadamente 5cm de la válvula ileocecal. No se observa dilatación significativa asociada ni cambios inflamatorios valorables por ausencia de contraste. No se identifican otros segmentos estenóticos. Sin otros hallazgos valorables”*

Con fecha 14-5-2018 la ILEOCOLONOSCOPIA no mostró lesiones, no pudiéndose avanzar más allá de 4-5cm de íleon por formación de bucle. Se produjo entonces un pequeño debate en el servicio de endoscopias, ya que si la estenosis estaba tan cerca de la válvula ileocecal y era tan corta, lo indicado era la dilatación mecánica. Un endoscopista insistió en repetir la endoscopia y volver a intentarlo. El debate lo zanjó el paciente no dejándose hacer.

\* Dado el fallo de contraste en la RM anterior, en fecha 4-6-2018 una nueva ENTERORM con CIV y oral mostró: *“el ciego y la válvula ileocecal están levemente ascendidos y se localizan en el flanco derecho. El íleon terminal se localiza en flanco derecho y tiene las paredes adosadas aunque no engrosadas. Asa ascendente de íleon distal en FID de aspecto estenótico tubular con leve engrosamiento concéntrico parietal de aspecto fibroso de unos 6 cm de longitud que termina aproximadamente a 5,5 cm de la válvula ileocecal. No se observa realce parietal del segmento estenótico y del resto de las asas visualizadas. Los hallazgos sugieren posible enfermedad de Crohn estenosante sin inflamación activa. Conclusión: Segmento estenótico fibroso de 6 cm en íleon distal, que termina a 5’5 cm de la válvula ileocecal.*

Dados los hallazgos radiológicos, junto con una clínica de episodios suboclusivos e intolerancia alimenticia, se pasó el paciente a cirugía, programándose una RESECCIÓN ILEOCECAL LAPAROSCÓPICA.

La intervención se practicó en fecha 18-6-2018, **encontrándose el cirujano lesiones totalmente distintas (en cuanto a ubicación, longitud y fibrosis) a las descritas por las pruebas de imagen**, que le obligó a variar la ubicación de los puertos de entrada programados y a variar la técnica: *dos segmentos de íleon estenóticos, casi juntos, de unos 14 cm de longitud, alejados de la válvula ileocecal y sin fibrosis. Se cambió la*

*programación de resección ileocecal por una resección segmentaria de íleon de 17cm.*

El Informe Anatomopatológico mostró lo siguiente: “**DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:** *Intestino delgado que en conjunto mide 17cm de longitud y que viene unido a ambos extremos del intestino por grapas formando un anillo. A la sección del intestino se observa una mucosa de aspecto eritematoso junto a otra zona polipode de 1x1cm. Mucosa igualmente erosionada con pérdidas de las haustras.*

**DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA:** *Mucosa de tipo intestinal que presenta en distintas áreas una inflamación de la misma que afecta a toda la pared. En la lámina propia se observa un denso infiltrado inflamatorio, con áreas pseudopolipoides, otras ulceradas con tejido de granulación y otras con formación de pequeñas fisuras. Se observa la muscularis mucosae desdoblada y engrosada, acompañada de una submucosa edematosa junto a una hiperplasia folicular linfoide con centros germinales reactivos que se encuentran a lo largo de toda la pared. Escasa fibrosis y ausencia de formación de abscesos. No se observan granulomas.*

**DIAGNÓSTICO AP:** *Intestino delgado (íleon); Resección intestinal; Enfermedad Inflamatoria Intestinal tipo Enfermedad de Crohn. Márgenes de resección libres.*

Como una de las **conclusiones** que se desprenden, podría ser que los cirujanos deben estar preparados para sorpresas intraoperatorias en estos casos. Deben examinar bien todas las asas intestinales desconfiando de las pruebas de imagen en cuanto a ubicación, medidas y componente fibrótico o inflamatorio de las lesiones, sin tener demasiado prejuizada la técnica que finalmente emplearán.

Valencia, a 10 de Julio del 2018

Dr. Evelio González Prieto.

[www.eveliogonzalez.com](http://www.eveliogonzalez.com)

Especialista en Medicina Legal y Forense.