

III Curso Avanzado de Patología Gastroduodenal

Enfermedad de Crohn localización duodenal

presentación de un caso

Dra. Marcela Cea

Dra Gladys Filo

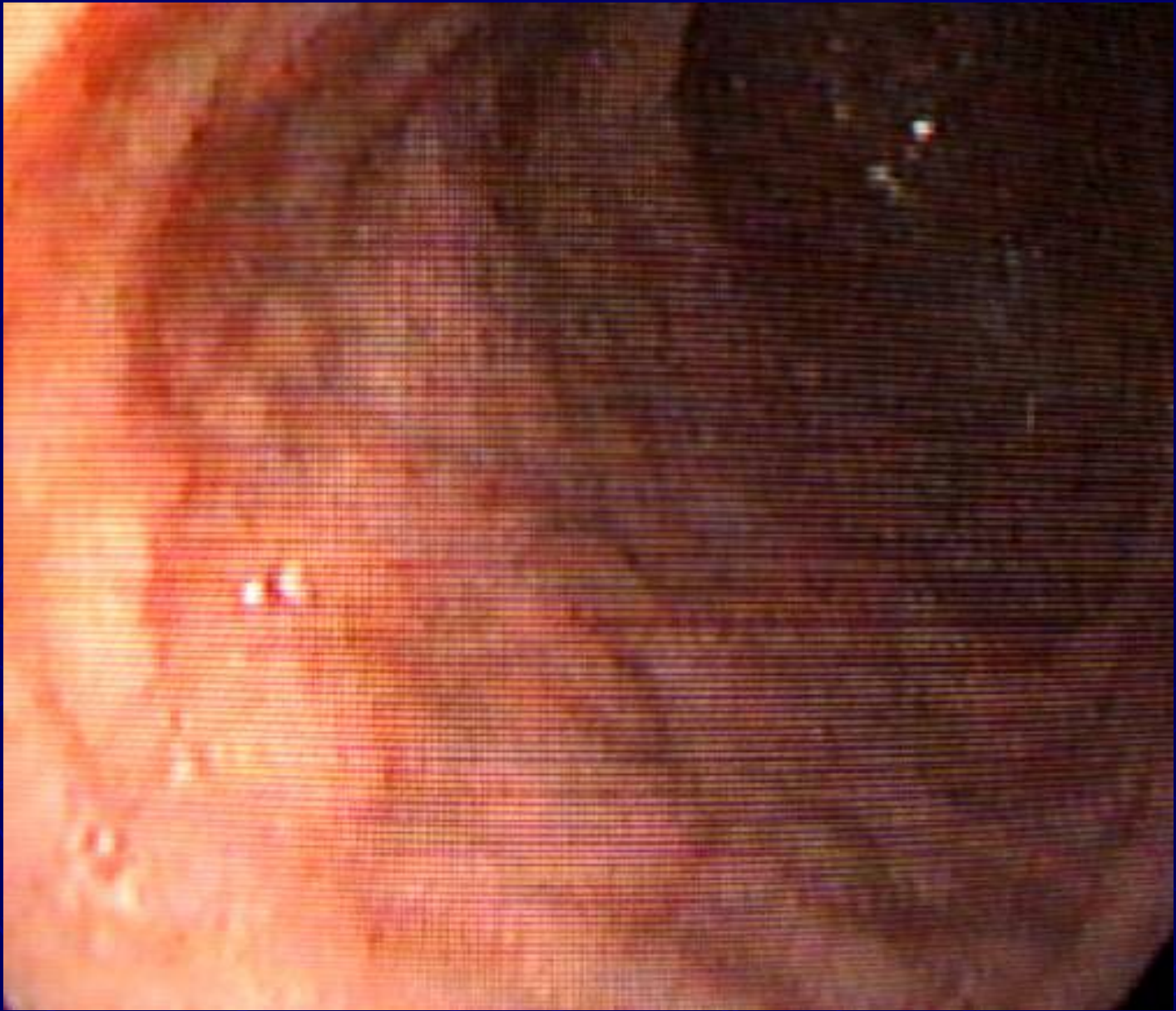
Dra. Laura Sánchez

Paciente de sexo femenino de 25 años que se interna por diarrea de aprox. un año de evolución que se agravó en los últimos 45 días con heces de tipo esteatorreicas, acompañándose de náuseas, vómitos alimentarios y pérdida de peso de aprox. 10 a 12 kg en 2 meses.

Los vómitos impedían su alimentación por vía oral

Presentaba amenorrea desde hace 3 años.

- ▶ Laboratorio: anemia (ferropénica), hiponatremia, hipoalbuminemia. Quick 40%
- ▶ Se realizaron coprocultivo y parasitológico en MF que fueron neg. SOMF +. Esteatocrito elevado. Hiv -
- ▶ 2 VEDAs:
 - Mucosa de esófago y estómago de aspecto normal.(bio de antro).
 - Duodeno: mucosa de aspecto en empedrado en forma continua desde bulbo hasta 2^a porción. Con úlceras lineales longitudinales.
 - En 3^a porción úlcera circunferencial recubierta de fibrina que estenosa la luz (bio).
 - Se toman bios de diferentes alturas de duodeno





► Se realiza un Tránsito de delgado:

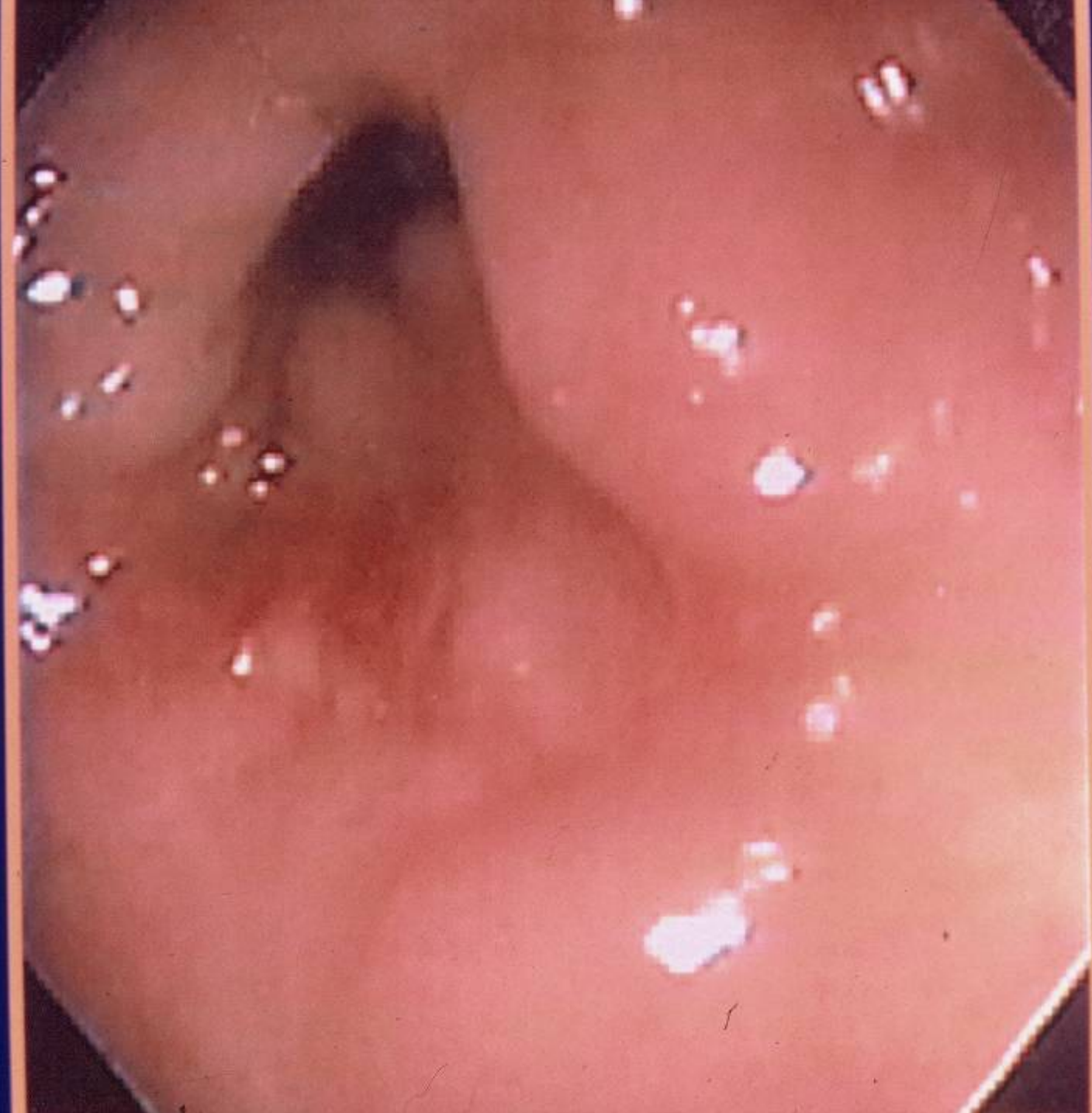
- Bulbo y marco duodenal de paredes irregulares engrosadas, con superficie de aspecto nodular. Estrechez de 3° y 4° porción.





- ▶ Ante la imposibilidad de alimentar a la paciente debido a la obstrucción duodenal, se realizó una laparotomía para realizar una yeyunostomía.
- ▶ Se exploró la cavidad abdominal sin encontrar otras evidencias de enfermedad.
- ▶ Se tomaron biopsias de ganglios linfáticos y de hígado, las que mostraron hiperplasia linfoide y esteatosis respectivamente. Ausencia de linfoma.

► **Videocolonoscopía:** se progresa hasta ileon terminal, en los últimos 5 cm del mismo se observa mucosa congestiva erosionada de aspecto nodular (bio). No se observan lesiones en colon.



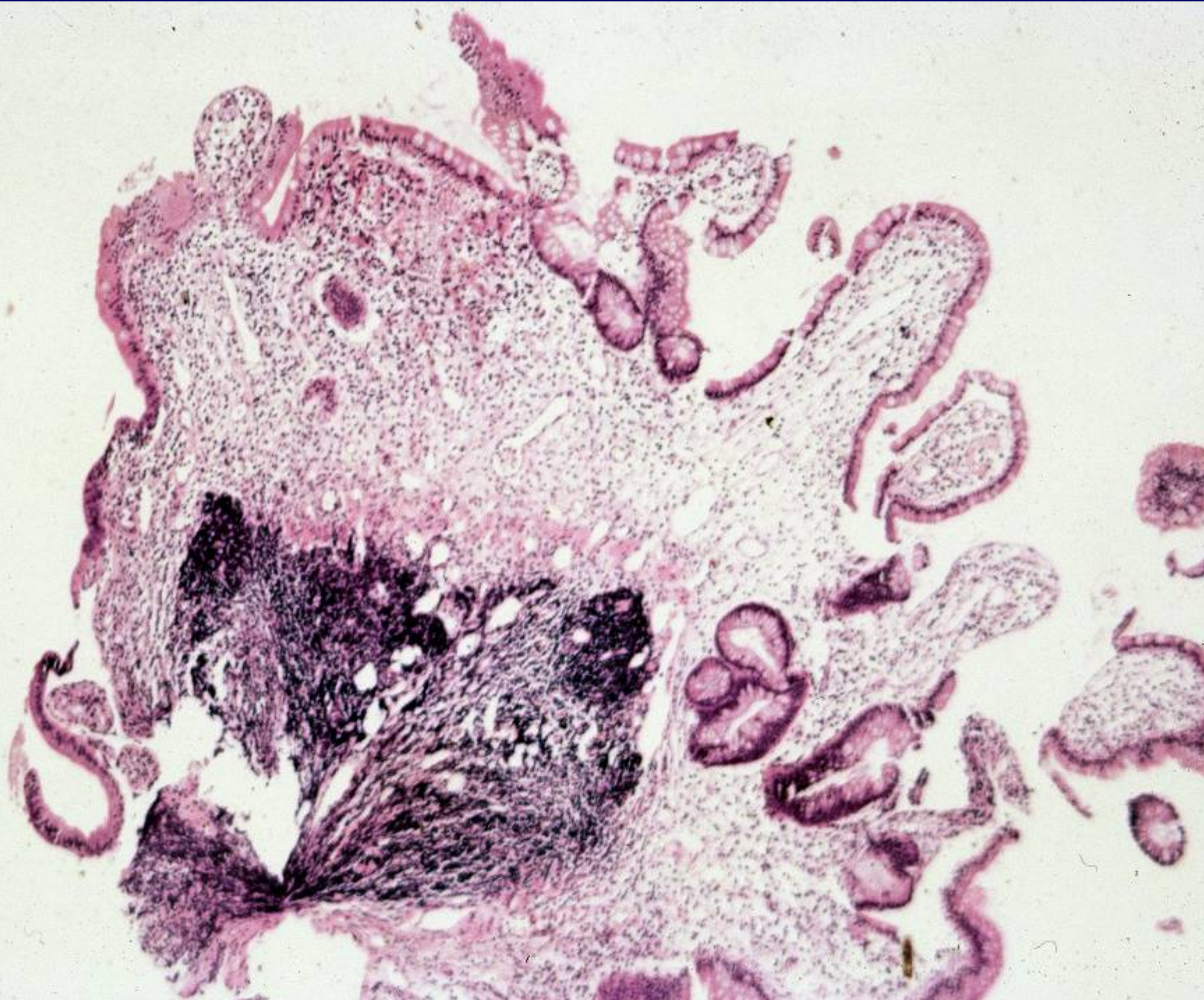
Diagnósticos Diferenciales

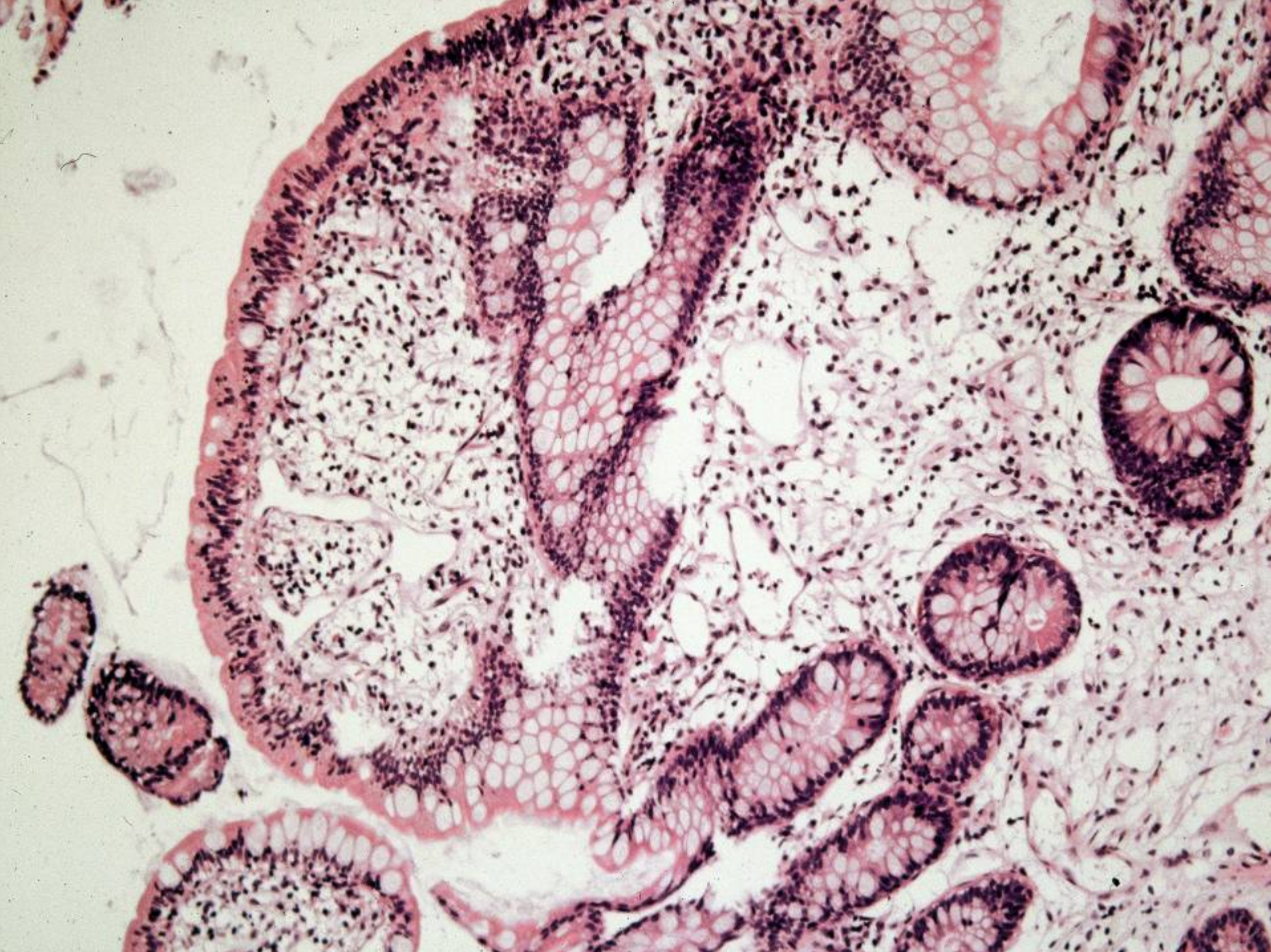
- ▶ Úlcera péptica
- ▶ Sínd de Zollinger- Ellison
- ▶ Adenocarcinoma
- ▶ Linfoma
- ▶ TBC
- ▶ Sarcoidosis
- ▶ Gastroenteritis eosinofílica
- ▶ Enf. Celíaca
- ▶ Enf. de Whipple
- ▶ Enf. de Crohn

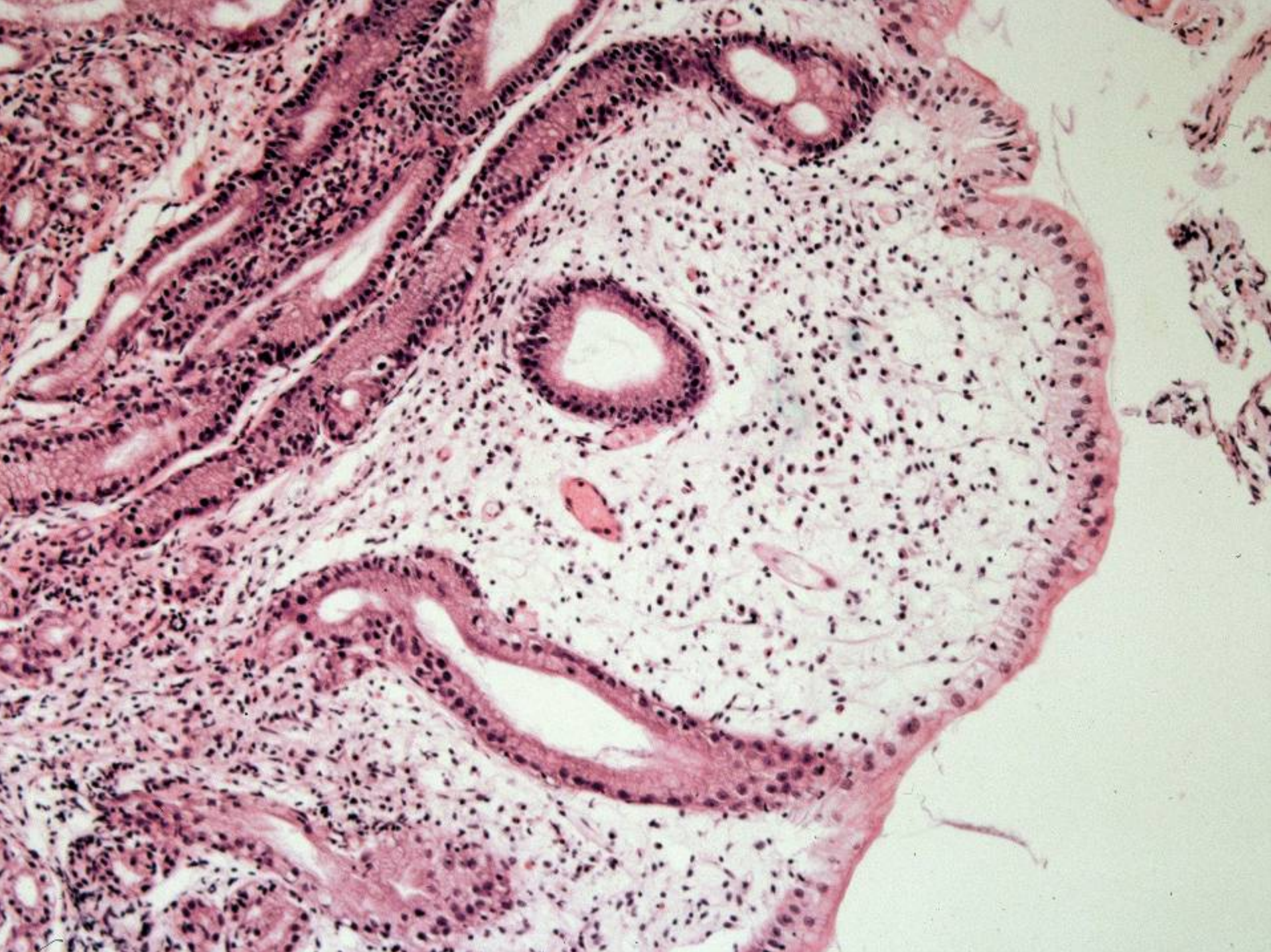
Anatomía Patológica

- ▶ **Biopsias de mucosa gástrica antral:** intenso infiltrado mixto, linfocitario y polimorfonuclear. Gastritis focal neg para H.Pylori con técnica de Giemsa.

- ▶ **Biopsias duodenales:** alteración de la arquitectura vellositaria, denso infiltrado inflamatorio a predominio linfocítico, acompañado de eosinófilos y polimorfonucleares.
- ▶ Se observaba metaplasia pseudopilórica.
- ▶ Edema del corion
- ▶ Conservación de cel caliciformes
- ▶ Grandes folículos linfoideos con linfangiectasias
- ▶ Las bios de la úlcera de 3^a presentaron pseudomembranas fibrinoleucocitaria. Denso infiltrado mono y polimorfo. No se observaron granulomas.







- ▶ **Biopsias de ileon distal:** similares alteraciones con linfangiectasias, edema, acortamiento y ensanchamiento vellositario, infiltrado inflamatorio mixto y criptitis. No se observaron granulomas en los cortes.

- ▶ Con el diagnóstico de Enfermedad de Crohn, se inicia el tratamiento con sulfasalazina y prednisona. La paciente evoluciona con mejoría del estado general, desaparición de los vómitos y aumento de 5 kg en los primeros 20 días.

- ▶ La enfermedad de Crohn es una enf. Inflamatoria que puede afectar cualquier sitio del aparato digestivo de la boca al ano.
- ▶ El compromiso aislado de estómago y duodeno es infrecuente (0.5% al 4%).
- ▶ Es más frecuente la afectación asociada gastrointestinal alta con íleon o colon.
- ▶ 1/3 de los pac con Crohn gastroduodenal no tienen compromiso intestinal en el momento del diagnostico pero lo desarrollan posteriormente.

- ▶ Estudios prospectivos en pac. con Crohn intestinal presentan anomalías gastroduodenales:
 - Por radiología: 20-40 %
 - Por endoscopia: 20- 30 %
 - Por histología: 30-50%
- ▶ Muchos pac. con Crohn GD son asintomáticos.
- ▶ El síntoma más común es el dolor epigástrico postprandial.
- ▶ El dolor epigástrico continuo, náuseas y vómitos sugieren obstrucción.
- ▶ Anorexia, pérdida de peso, náuseas c/s vómitos, anemia crónica o microcítica

Radiología

- ▶ Signo temprano: úlceras aftoides y lineales
- ▶ El signo más común. La irregularidad de la mucosa en empedrado.
- ▶ El compromiso del antro y duodeno proximal da una deformidad en embudo denominada "ram's horn"
- ▶ Estenosis especialmente en duodeno distal

Endoscopía

- ▶ Es el **gold standard** para identificar el compromiso temprano gastroduodenal
- ▶ **60%** tiene lesión GD continua. **40%** lesión duodenal aislada (duodeno distal más severamente afectado)
- ▶ Hallazgos: eritema, friabilidad, pérdida de pliegues, úlceras aftoides, lineales y serpiginosas.
- ▶ La **nodularidad**: signo característico pero no específico.
- ▶ La **rigidez** puede dar una apariencia de linitis plástica.
- ▶ **Estenosis**

Histología

- ▶ Los hallazgos histológicos no son específicos. Múltiples bios deben tomarse para descartar otros dg.
- ▶ Granulomas no caseificados: se ven del 5 al 85% de las bios GD. Se encuentran más en antro. Pueden estar en otras patologías.
- ▶ Gastritis focal H. pylori negativa en 94%

Tratamiento

La afectación distal marca el paso del tto

- ▶ Se recomienda supresión ácida con IBP (asociada)
- ▶ Excluir Ulcera péptica y HP (tratarlo)
- ▶ Corticoides: inducen la remisión
- ▶ 6-mercaptopurina y azatioprina la mantienen y deben usarse temprano en el curso de la enfermedad.
- ▶ Las aminosalicilatos no son beneficiosos en el Crohn GD. (sulfasalazina y 5-ASA)
- ▶ Infliximab: reservado para los casos graves sin respuesta a tto anterior

Tratamiento

- ▶ Dilatación con balón: reservada para las estenosis que no mejoran con tto médico.
- ▶ Cirugía: operaciones de bypass: gastroyeyunostomía, duodenoyeyunostomía o gastroduodenostomía se prefieren a las cirugías resectivas que aumentan la morbilidad.
- ▶ Stricturoplastia: en estenosis cortas de yeyuno e íleon.
- ▶ Se prefieren procedimientos laparoscópicos

MUCHAS GRACIAS

