

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE MEDICINA HUMANA

# Enfermedad de Crohn del Colón

TESIS DE BACHILLER

AUTOR :

**Luis Fernando Izquierdo Vásquez**

**LIMA – PERÚ 1963**

A mis queridos

Padres.

A mis queridos

Hermanos

A mi colega y amigo

Germán Luy L.

Al Doctor

Rodrigo Ubillús.

Profesor de la Cátedra de  
Clínica Médica, que me  
guió en el presente tra-  
bajo.

Al Doctor

F. Santos Tataje.

Profesor de la Cátedra de  
Anatomía Patológico,, que  
me dirigió en el presente  
trabajo.

## S U M A R I O

I.- Introducción.

II.-Historia clínica.

III.-Discusión de los resultados obtenidos en comparación con los de localización ileal y la colitis ulcerosa.

A.-Desde el punto de vista clínico (anamnesis).

B.-Desde el punto de vista del laboratorio.

C.-Desde el punto de vista radiológico.

D.-Desde el punto de vista anátomo-patológico.

IV.-Conclusiones.

V.- Bibliografía.

## I.- I N T R O D U C C I O N

Durante el estudio de la profesión médica se encuentran entidades nosográficas como la Enfermedad de Crohn o Enteritis Regional que, por poseer características propias, producen en el estudiante mayor atención.- La enfermedad de Crohn, llamada así en consideración a su descubridor, es una enfermedad granulomatosa que afecta preferentemente al segmento terminal del ileón habiéndose denominado por esta razón primitivamente como "Ileitis Regional" ( 13 ) pero en vista de su variable localización se ha optado en la actualidad por llamarlo "Enteritis Regional".

Es una enfermedad de rara presentación en nuestro medio ( 10 - 35 - 40 - 47 ) no así en los Estados Unidos de N.A. y algunos países de Europa, donde es una de las grandes causas de obstrucción intestinal ( 4 ).- Cuando cumplía mi ciclo de internado en Medicina tuve la oportunidad de atender una paciente cuyo cuadro clínico correspondía a patología del intestino y cuya necropsia demostró lesiones anatómo-patológicas correspondientes a Enfermedad de Crohn con localización principal en el colon.

Bargen y Weber en 1930 describen una forma de colitis ulcerativa que no se evidenciaba por la proctosigmoidoscopia en el recto ni rectosigmoides, pero sí, radiológicamente, llamándola : "colitis regional ulcerativa migratoria crónica" ( 2 )

Crohn y Berg en 1938 describen un cuadro semejante dándole el nombre de "colitis regional del lado derecho" y que por continuidad puede comprometer el lado izquierdo del colon ( 11 ).

En 1945, Barbosa, Bargen y Dixon, hacen una revisión

de 140 casos de este tipo de afección, usando el término de "colitis regional segmental" ( 1 ). En 1947 discutieron Crohn y colaboradores 77 casos de "colitis regional del lado derecho" (12).

La confusión en la nomenclatura se produce por el uso de los términos colitis "regional" o "segmentaria" para cubrir todos los casos de inflamación crónica no específica del intestino grueso en los cuales el recto, rectosigmoides e ileon no son primariamente afectados. Definiendo de este modo, el término de colitis "regional" abarca a tres diferentes tipos de enfermedades: primeramente: colitis ulcerosa; segundamente, enfermedades con rasgos patológicos similares a ileitis regional; y, tercero, a enfermedades en los cuales falta la demostración de la característica patológica de ileitis regional o colitis ulcerativa: éste último tipo probablemente representa un grupo de desórdenes no reconocidos ( 9 ).

Para vencer las dificultades de nomenclatura Harris y colaboradores ( 24 ) usan el término de "enteritis cicatricial" involucrando todos los casos con rasgos clínicos y patológicos de enteritis regional. Crohn y Lewis ( 15 ) sin embargo usan la expresión "colitis granulomatosa" para designar aquellos casos de ileitis regional con compromiso colónico en los cuales las características propias de la enfermedad en el ileon y colon son idénticos.

Sin embargo, los términos "enteritis cicatricial" y "colitis granulomatosa" no describen adecuadamente la importancia y rasgos característicos de la enfermedad: pues enteritis cicatricial se encuentra en desórdenes crónicos inflamatorios ( 32 )

y tejido de granulación puede encontrarse en la superficie de la mucosa durante la fase curativa de la colitis ulcerosa ( 50 ).

Al ser una enfermedad de etiología desconocida hasta la actualidad y que envuelve uno o mas segmentos del intestino grueso excepto el recto y el sigmoides en todo caso como una lesión por continuidad o como múltiples lesiones por continuidad ( 37 ) y estar caracterizado anatomico-patológicamente por fibrosis tubérculos no caseificados y células multinucleares la nomenclatura mas apropiada para denominarlo sería: Enfermedad de Crohn del Colon.

El tema de esta presentación es discutir un caso de Enfermedad de Crohn del Colon en una paciente de 25 años de edad, de raza mestiza del Hospital Loayza - Pabellón 3.



### III.- HISTORIA CLINICA.

G.P.J. mujer de 26 años de edad, mestiza, natural de Andahuaylas (Apuríngc) y residente en Lima. Antecedentes familiares: sin importancia. Antecedentes generales: vivienda : corralón de techo de estera y piso de tierra, sin agua ni des: he, de una sola pieza donde viven 4 personas; menarquia a los 15 años , régimen catamenial 3/30, aproximadamente 6 meses de amenorrea; 4 embarazos con parto normal. Antecedentes patológicos: sin importancia.

#### Enfermedad actual:

Refiere la paciente que su enfermedad se inició a hace 4 meses en forma insidiosa, con malestar general, decaimiento, astenia, náusea y vómitos de presentación diaria unas veces alimenticios; fiebre que sube mas por las tardes; dolor cólico en región epigástrica; diarrea con heces de color amarillento en número de 4 ó 5 al día, sin moco, pus, ni sangre que alivian o no el dolor cólico. Ultimamente nota la aparición de una tumoración dura, redondeada e irregular por encima de la cicatriz umbilical.

Acude en varias oportunidades a un médico quien prescribe medicación con el que mejoraban algunos signos, no así los vómitos que persistían. Ha bajado mas o menos 25 kilos desde el inicio de su enfermedad. Dos días antes de su internamiento los vómitos y la diarrea se acentúan, acudiendo al servicio de emergencia con signos intensos de deshidratación que motivan su internamiento.

Examen clinico:

Paciente en mal estado general, adelgazada , pálida, lúcida, quejumbrosa, febril, que colabora con el interrogatorio. Tejido celular subcutáneo disminuido. Micropoliadenia, inguinal bilateral.-Conjuntivas pálidas. Lengua enrojecida, depapilada, con saburra central.

Aparato respiratorio: 32 respiraciones por minuto; demás examen negativo.

Aparato cardiovascular: pulso 128 por minuto. Presión arterial: 110/70 . Región precordial: ruidos cardiacos 128 por 1 minuto; choque de la punta se palpa en el 4° espacio intercostal izquierdo, a la altura de la línea medio clavicular; ruidos cardiacos: 2° ruido reforzado en el foco pulmonar; soplo sistólico grado II en la región mesocárdica.

Abdomen. Inspección: excavado. Palpación: se nota por encima de la cicatriz umbilical en la región del epigastrio una formación dura, de forma ovoidea, de límites imprecisos e irregulares, dolorosa, móvil con los cambios respiratorios. Percusión normal. Auscultación; algunos borborismos. Hígado y bazo dentro de límites normales. Puntos dolorosos negativos.

Sistema locomotor: hipotonía muscular.

Exámenes auxiliares:

	27-XII-62	19-I-63	21-I-63
Hemograma: Hematíes	3'790,000	3'700,000	3'700,000
Leucocitos	4,900	5,100	8,700
Hemoglobina	9.30 gm%	8,86 gm%	10.42 gm%

Hematocrito	34 cc	33 cc	33cc
Mielocitos	0	0	0
Juveniles	0	0	0
Abastocados	2	4	12
Segmentados	82	79	65
Eosinófilos	1	0	0
Basófilos	0	0	0
Monocitos	3	2	3
Linfocitos	12	15	30
Volúmen globular medio	91.8		
Hemoglobina globular media	25.1		
Concentración media hemoglo.	29.3		
Anisocitos / ,hipocromía / ,plaquetas en buen número.			
Velocidad de sedimen.	23	27	27

Aglutinaciones: negativas.

Reacciones serológicas: negativas.

Proteínas totales	5 gm%
Albúminas	3
Globulinas	2
Gama globulina	0.84
Alb/glo.	1.50
Sulfato de zinc	6.50 U
Timol	2 /
Cefalina colestero	2 /
Fosfatasa alcalina	8 U.B.

Orina: de color amarillo intenso, aspecto turbio, reacción alcalina; urobilina 2 / , no hay hematíes, células epitelia -

les abundantes.

Examen de heces: normal.

Theveno en heces: negativo.

Exploración radiológica:

Radiografía pulmonar: normal

Colecistografía oral: vesícula excluida.

Radiografía de esófago, estómago, duodeno y tránsito intestinal.

Radiografía de esófago y cardias: normales.

Radiografía de estómago: en forma de J, cuya situación, tono, peristaltismo y evacuación son normales.-La mucosa gástrica sin formación de pliegues, cubierta por residuos e hipersecreción. Los límites del estómago conservan su normalidad, el bulbo se llena bien y sus límites son normales; arco duodenal normal. El cuadro radiológico del estómago puede corresponder una gastritis.

Tránsito intestinal:

Vista a las 3 horas: relleno de primeras asas yeyunales, con aspecto normal de su mucosa; relleno de las últimas yeyunales, una de las cuales circunscribe una formación redondeada, la mucosa colindante muestra defecto por compresión extrínseca.

Vista a las 6 horas: el bario está acumulado en las asas ileales, sin haber pasaje al ciego, las asas ileales están dilatadas y la última ileal aparece estrechada (foto 1 a).

Vista a las 24 horas: muestra al bario repartido en todo el marco cólico incluso sigma y recto; a partir del tercio inferior del colon ascendente aparece fuertemente estrechado, si bi

en los límites son bastantes precisos hay sospecha de pequeñas ulceraciones (foto 2a).

Vista a las 40 horas: muestra que el bario quedó extendido en las zonas patológicas en forma muy irregular y sin poderse hacer una descripción (foto 3a). Conclusión: estrechamiento de la última ileal y colon ascendente. Posible neoformación extrínseca.

#### Evolución:

Permanece hospitalizada durante 42 días, durante cuyo lapso su estado general ha ido empeorando; la náusea y vómitos se repiten diariamente, no así las deposiciones diarreicas que después de 4 días se normalizan.

La fiebre de presentación diaria llega en algunas oportunidades a 39° por las tardes, bajando ligeramente por las mañanas. El dolor cólico retortijón sigue presentándose diariamente teniendo que administrarse antiespasmódicos. La tumoración se vuelve ligeramente más dolorosa.

A los 39 días de hospitalizada, previo dolor abdominal agudo en la región del flanco e hipocondrio izquierdos, hace una enterorragia copiosa (sangre coagulada, más o menos 1,200 cc), con signos de shock, teniendo que hacerse transfusión de sangre total.

Al día siguiente la temperatura se normaliza; al examen del abdomen se le encuentra ligeramente balloonado, tenso, doloroso a la palpación en el flanco y fosa iliaca izquierdos. Al

día siguiente permanece afebril, con intenso dolor en el marco cólico izquierdo, la náusea, vómitos y diarrea desaparecen; el abdomen se muestra muy distendido, timpánico y disminución de la macicez hepática.

El 42° día por la mañana presenta 35° de temperatura, muy mal estado general; presión arterial cero: abdomen con mayor balonamiento y timpanismo falleciendo a las 9 a. m. Recibió como tratamiento antiespasmódicos, vitaminas, drogas antituberculosas, penicilina y transfusión de sangre total.

Resumen del protocolo de autopsia 63-A-66.

Nombre: C.P.J.

Edad: 26 años.

Pabellón: 31

Cama 20

Fecha de admisión: 14-III-62

Sexo: femenino

Fecha de defunción: 24-I-63

Fecha de autopsia: 24-I-63

Horas post-mortem: 1 H 30'

Restricción: ninguna.

Examen macroscópico general:

Cadáver de mujer joven, de mas o menos 25 años de edad, de 151 cms. de estatura, 64 libras de peso, en muy mal estado de nutrición, con hipostasia en la región dorsal y de tipo constitucional normosómico.

El examen macroscópico y microscópico de los diferentes sistemas mostró:

En el sistema respiratorio:

Los pulmones presentaban enfisema de grado moderado; en el pulmón izquierdo había inflamación inespecífica en el intersticio. En el pulmón derecho se encontró un complejo primario

calcificado. La pleura derecha exhibía numerosas adherencias.

En el sistema urogenital:

Lo destacado es una inflamación crónica inespecífica del cuello uterino.

En el sistema digestivo:

Cavidad peritoneal con líquido amarillo denso, de aspecto purulento en cantidad mas o menos de un litro. El epiploon con zonas de congestión y necrosis grasa. Se ven adherencias fibrosas de las asas intestinales y epiploon con el peritoneo y de las asas entre sí. Al separar el epilon que se encuentra bien adherido a las asas intestinales, se ve una perforación a nivel del colon ascendente de bordes irregulares cubiertos por tejido necrosado y material purulento. El colon, el ciego y el intestino forman una masa compacta muy difícil de separar. Al examen de la mucosa intestinal, el yeyuno muestra focos de congestión. El ileon, a nivel de la porción terminal muestra varias úlceras de dirección perpendicular al eje del intestino de bordes borrosos. En el colon ascendente a nivel de la perforación se observa los bordes irregulares y fibrosos, cubiertos de material purulento; la pared del colon ascendente marcadamente engrosado por edema, fibrosis e inflamación crónica que producen reducción del lumen. La mucosa también muestra áreas de ulceración.

Al examen microscópico del colon ascendente se observa que las úlceras comprometen la mucosa, muscularis mucosae y parte de la capa muscular. La pared marcadamente engrosada por edema e inflamación crónica y fibrosis. Hay denso infiltrado linfoplasmocitario que en algunos focos rodean a grupos de histio -

sitos con diversos grados de degeneración; en los bordes de las úlceras hay dilatación quística de las células mucosas del epitelio de cubierta edema e inflamación crónica inespecífica del corión. Los vasos linfáticos unos están colapsados y otros ligeramente dilatados rodeados de infiltrado linfoplasmocitario y edema. Las arterias con inflamación crónica perivascular y endarteritis. Algunos vasos con trombos en vías de organización. Los troncos nerviosos están hipertrofiados, los plexos mientéricos prominente y rodeados de marcado edema e infiltrado inflamatorio crónico que separa a las fibras musculares lisas adyacentes. En el ileon terminal se observa características microscópicas semejantes a las descritas en el colon.

Además en el hígado se encontró marcada estatoxis hepática, la vesícula biliar con intensa colesterosis y el colédoco con fasciola hepática.

Diagnóstico anátomo-patológico final:

Sistema respiratorio:

- 1.-Enfisema pulmonar bilateral; grado moderado.
- 2.-Neumonía intersticial, focal, múltiple del pulmón izquierdo.
- 3.-Adherencias pleurales, múltiples en el lado derecho.
- 4.-Complejo primario calcificado en el pulmón derecho.

Sistema urogenital:

- 1.-Cervicitis crónica.

Sistema digestivo:

- 1.-Enteritis regional del colon ascendente (lesión principal) e ileon.
- 2.-Perforación del colon ascendente, debido a # 1.



- 3.-Peritonitis purulenta difusa aguda.
- 4.-Adherencias peritoneales múltiples.
- 5.-Esteatosis hepática intensa.
- 6.-Colesterolosis intensa de la vesícula biliar.
- 7.-Parasitosis del colédoco (fasciola hepática).

Foto N° 1a

Vista a las 8 horas: el bario está acumulado en las asas ilcales, sin haber pasaje al ciego, las asas ileales están dilatadas y la última ileal aparece estrechada.

Foto N° 2a

Vista a las 24 horas: muestra al bario repartido en todo el marco cólico incluso sigma y recto; a partir - del tercio inferior del colon ascendente aparece estrechado fuertemente, si bien los límites son precisos hay sospecha de pequeñas ulceraciones.



Foto 1a



Foto 2a

Foto N° 3a.

Vista a las 18 horas : muestra que el bario queda extendido en la zonas patológicas en forma muy irregular y sin poderse hacer una descripción.



Foto 3a

Foto N° 1.

Vista externa de colon ascendente. En el ángulo izquierdo de la foto se observa una área de perforación de 3 cms. de la pared intestinal. Los bordes son fibrosos e irregulares y cubiertos de material fibrinopurulento. En el resto de la superficie de la serosa hay marcado edema y depósito de fibrina.

Foto N° 2.

Sección longitudinal del colon ascendente. Se aprecia marcado engrosamiento de la pared debido a edema, fibrosis e inflamación crónica. La mucosa muestra áreas de ulceración. El lumen está reducido de calibre debido al marcado engrosamiento de la pared.



Foto N° 1



Foto N° 2

Foto N° 3 y 4.

Vista panorámica microscópica del colon ascendente. Se observa ulceración que compromete la mucosa, muscularis mucosae y parte de la capa muscular. La pared del colon alrededor de la úlcera esta marcadamente engrosada por edema, congestión y fibrosis.



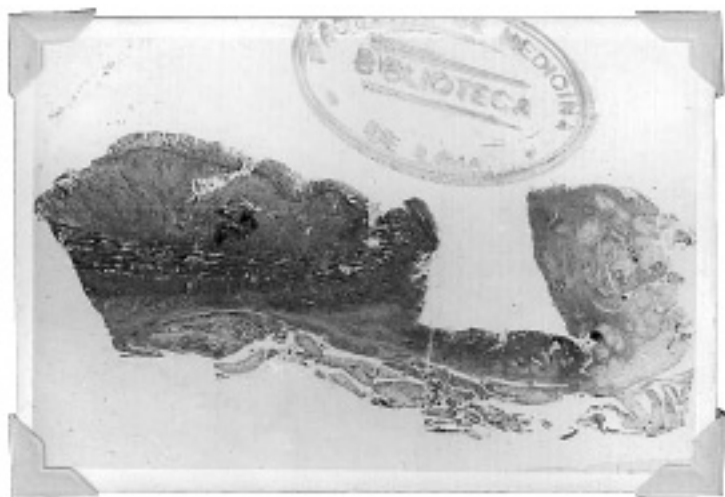


Foto N° 3

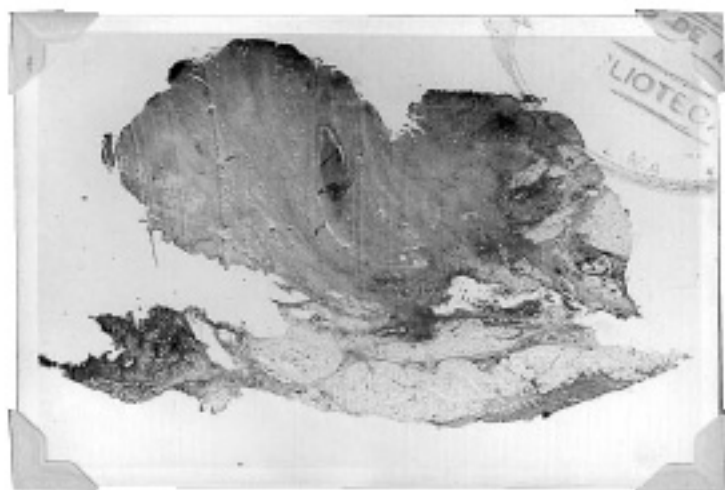


Foto N° 4

Foto N° 5

Mucosa del colon ascendente. Hay marcado edema, moderada fibrosis e infiltrado inflamatorio de tipo crónico.

Foto N° 6 y 7.

Vistas a mediano aumento a nivel de las úlceras del colon. Se observa denso infiltrado linfoplasmocitario que en algunos focos rodea a grupos de histiocitos, con diversos grados de degeneración.



Foto N° 5

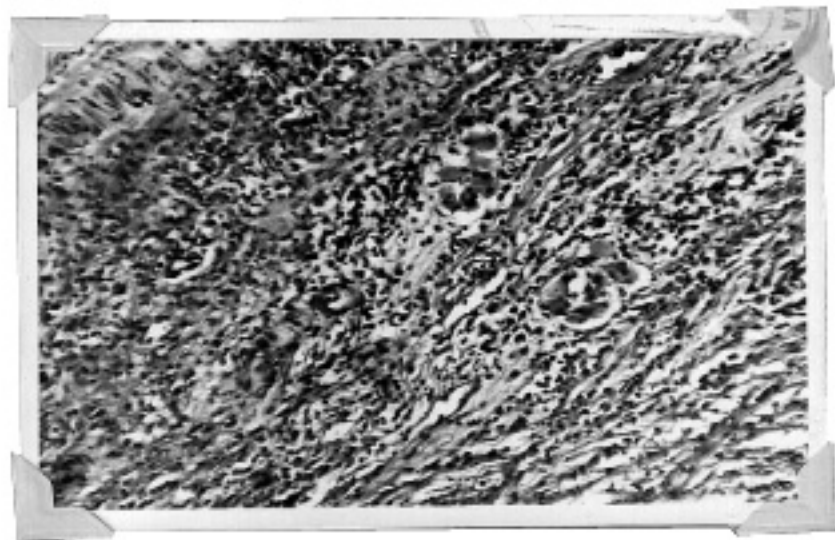


Foto N° 6

Foto N° 8.

Bordes de las úlceras del colon. Hay marcada dilatación quística de las células de la mucosa del epitelio de cubierta, edema e inflamación crónica inespecífica del corión.

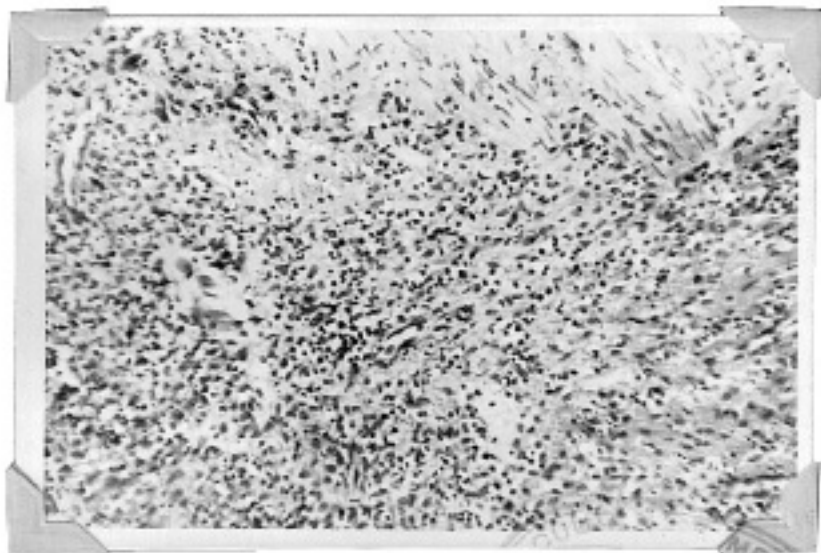


Foto N° 7

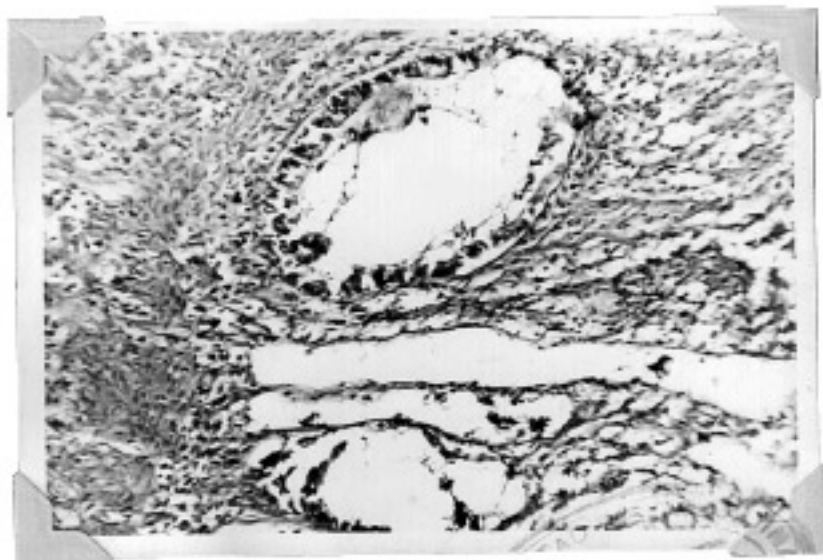


Foto N° 8

Foto N° 9 y 10.

Vistas a mediano y gran aumento del colon .  
Se observan vasos linfáticos, algunos colapsados  
y otros ligeramente dilatados. Todos ellos rode-  
ados de infiltrado linfoplasmocitario. Tambien  
se observa marcado edema.

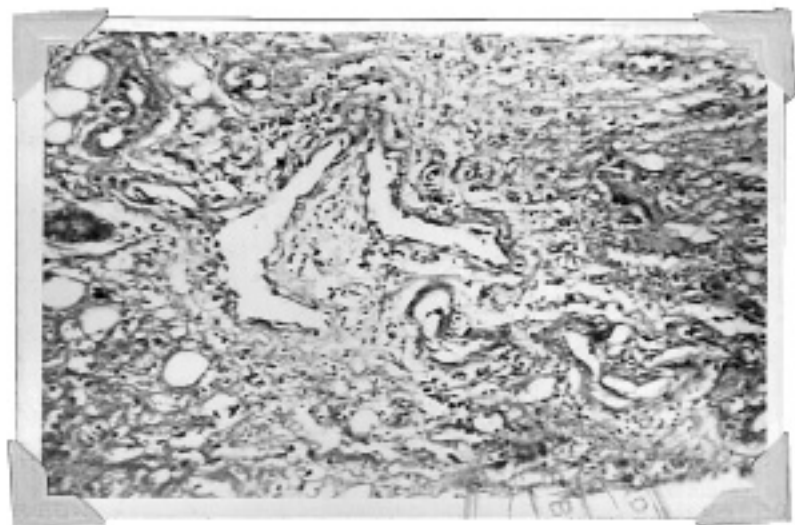


Foto N° 9

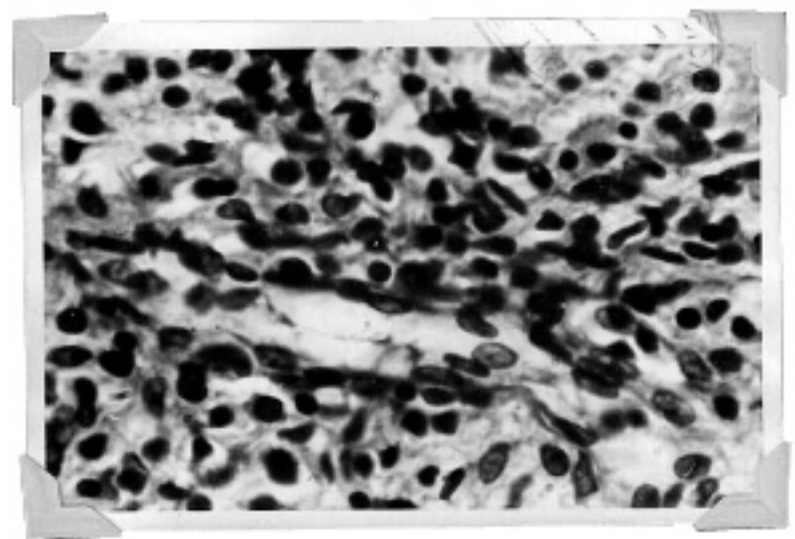


Foto N° 10

Foto N° 11.

Vista a mediano aumento de una arteria del colon. Se observa inflamación crónica perivascular y endoarteritis con disminución del lumen vascular.

Foto N° 12.

Vaso de pequeño calibre en la que se observa un trombo, en vias de organización. Hay tambien inflamación crónica perivascular.



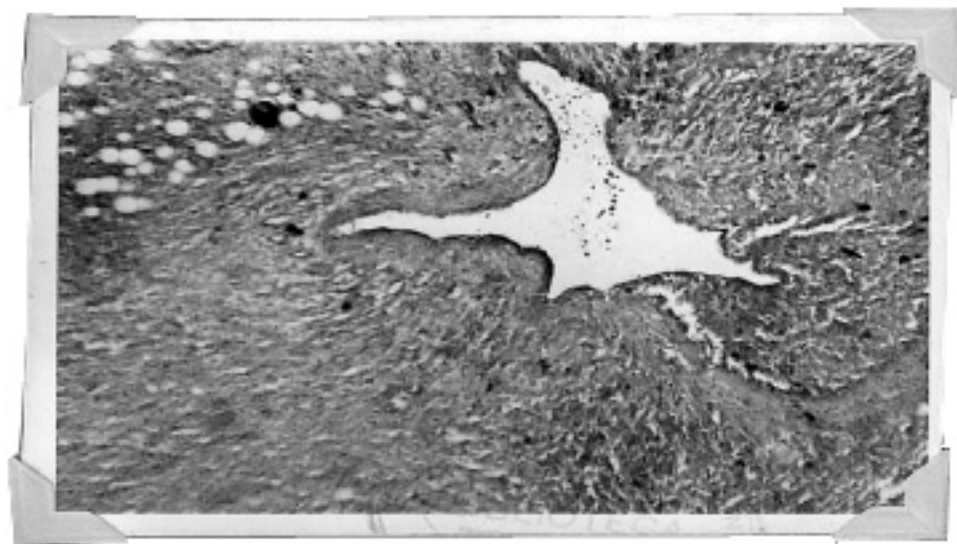


Foto N° 11

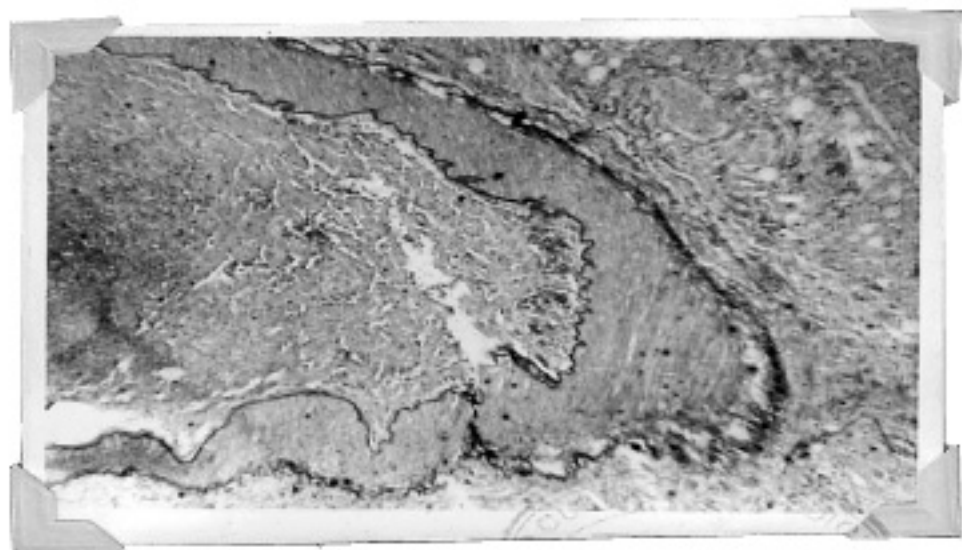


Foto N° 12

Foto N° 13.

Troncos nerviosos de la pared colónica hiper -  
trofiados y rodeados de infiltrado inflamatorio cró-  
nico.

Foto N° 14

Plexos mientéricos prominentes rodeados de mar-  
cado edema e infiltrado inflamatorio crónico que se-  
para las fibras musculares lisas adyacentes.





FOTO N° 13

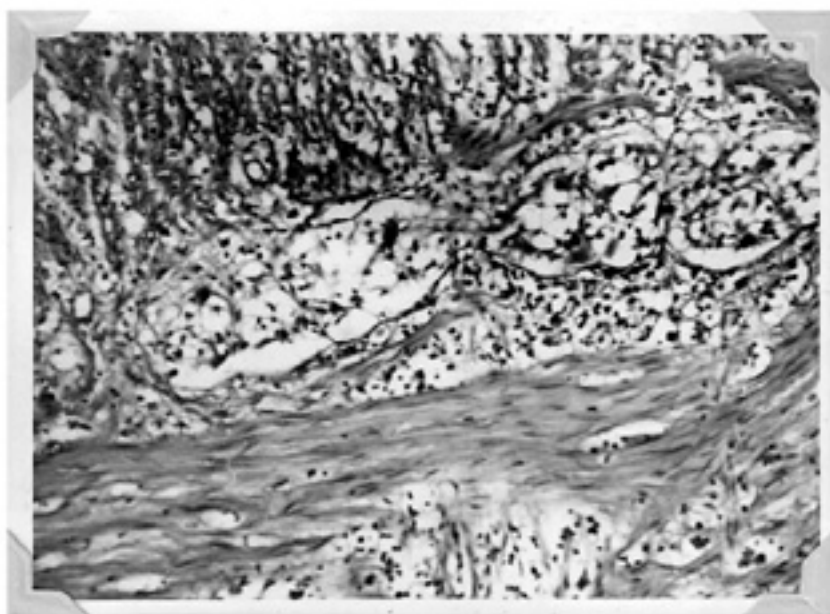


FOTO N° 14

Foto N° 15y 16

Ileón terminal. Se observa ulceración de la mucosa, marcado edema e infiltrado linfoplasmocitario que compromete la mucosa, submucosa y muscular. El borde de la úlcera evidencia discreta dilatación quística de las células del epitelio de cubierta.

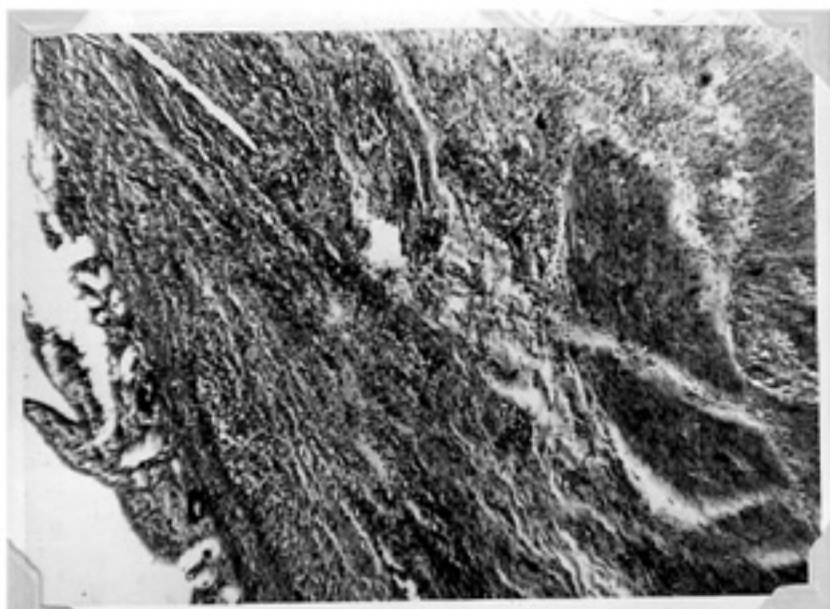


FOTO N° 15

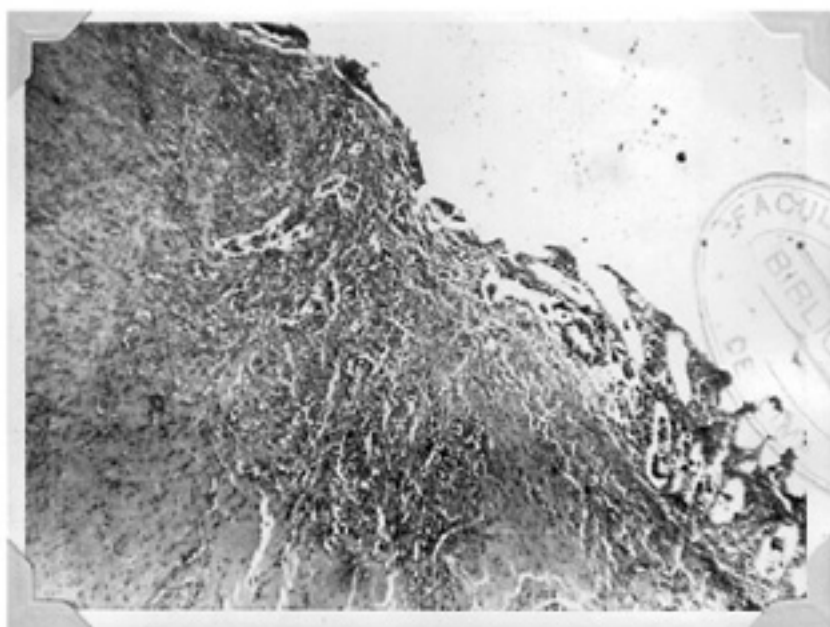
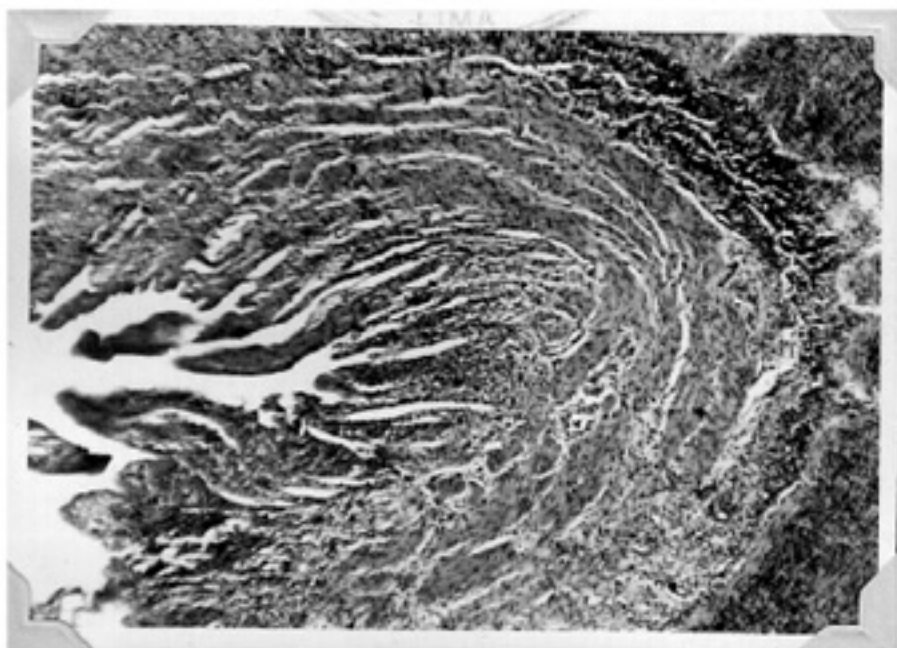


FOTO N° 16

Foto N° 17.

Ileón terminal, zona ulcerada. Hay integridad - del epitelio de cubierta, sin embargo por debajo de él, en el corión, submucosa y pared muscular se evidencia marcado edema, congestión e infiltrado linfoplasmocitario semejante al observado en la zona ulcerada.



**FOTO N° 17**



III. = DISCUSION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS :

A. DESDE EL PUNTO DE VISTA CLINICO:

No hay historia familiar de presentación de la enfermedad: Steigman ( 33 ) encuentra una frecuente presentación familiar de enteritis regional. El inicio en forma insidiosa se presenta en la localización ileal y colónica: en cambio en la colitis ulcerosa es más común el ataque agudo ( 9 ).

Las náuseas y vómitos traducen un mayor o menor grado de obstrucción intestinal ( 3, 14, 50 ) que se presenta en la colitis regional y enteritis regional, con más frecuencia que en colitis ulcerosa .

Diarrea, melena, dolor abdominal, baja de peso y fatiga son síntomas comunes de la ileitis regional, enfermedad de Crohn del colon y colitis ulcerosa ( 9 ). Siendo la baja de peso el signo llamativo ( 35 ) como en el caso de nuestra paciente. La diarrea que alivia el dolor con o sin sangre se presenta en la enfermedad de Crohn del colon e ileitis regional con el carácter de ser menos severo que en la colitis ulcerosa: pudiendo intercalarse en los tres casos como el de nuestra paciente con períodos de constipación ( 9, 37 ).

Períodos de fiebre de tipo irregular que aumenta vespertinamente se puede encontrar en las tres enfermedades, pudiendo ser el único signo de enteritis regional ( 15 ) resultado difícil el diagnóstico diferencial de las enfermedades febriles.

Al examen físico uno de los signos llamativos es la baja de peso que se encuentra en todos los casos de enfermedad de Crohn ( 37 ). La palpación de una tumoración dolorosa en hemiabdomen derecho o izquierdo, es muy frecuente en la enfermedad de



Crohn de cualquier localización ( 13, 14 ).

La evolución de la paciente en el servicio en forma insidiosa y progresiva va mostrándonos complicaciones de la enfermedad de Crohn del colon. La enterorragia abundante que presentó, suele ser una de las complicaciones más graves de la enfermedad de Crohn ( 35 ) cuando se produce seguida de balonamiento y timpanismo abdominal, con ligero aumento de la tensión, para luego en los días siguientes aumentar el balonamiento y timpanismo, que con la desaparición de vómitos y deposiciones traducen una perforación intestinal y peritonitis; complicación de la ileititis regional y enfermedad de Crohn del colon ( 37, 3 ) que también puede presentarse en la colitis ulcerosa ( 9 ).

#### B.- DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL LABORATORIO:

En los exámenes de rutina que se efectuaron, se encontró una moderada anemia normocítica hipocrómica: es frecuente encontrar este tipo de anemia con ligera disminución de la hemoglobina, menor que en la colitis ulcerosa que siempre esta baja de hemoglobina ( 9 ). Las hemorragias intensas son sumamente raras en la enfermedad de Crohn y la anemia, cuando existe, suele ser de bida factores relacionados con la nutrición ( 37 ). En la mayoría de los pacientes no se observa variación en la cifra de los leucocitos; en nuestra paciente se encontró al inicio una leucopenia, pensándose por ésto que la fiebre que presentaba correspondía a una enfermedad infecciosa general, descartándose las aglutinaciones que salieron normales.

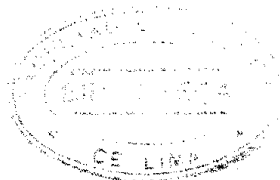
La velocidad de sedimentación normal o ligeramente elevada es la usual de la enfermedad de Crohn, estando generalmente elevada en casos de actividad, tal como ocurre en la colitis ulcerativa.

Sangre en heces puede encontrarse en las tres enfermedades, siendo mas frecuente la melena en la colitis ulcerosa.

C.- DESDE EL PUNTO DE VISTA RADIOLOGICO:

Vista la radiografía del tránsito intestinal (foto 1) a las 8 horas nos muestra que el bario esta acumulado sin haber pasado al ciego, estando las últimas asas ileales dilatadas y la última ileal estrechada segmentariamente lo cual nos hace sospechar un compromiso ileal. Si bien el criterio diagnóstico de ileitis regional viene proporcionado por la exploración radiológica, precoz o tardíamente resulta identificable o bien puede y es con facilidad erróneamente interpretada (27), pues en el estadio inicial el segmento del íleon terminal muestra un hiperperistaltismo no característico, el tránsito está acelerado y ya el menor estenosamiento puede desencadenar ondas peritálticas ; solo cuando las granulaciones tuberculiformes conducen a un engrosamiento irregular de la pared intestinal , provocando después una especie de adoquinamiento, queda caracterizado el cuadro radiológico esencial para el diagnóstico de la ileitis regional (25). Se describe como criterio radiológico esencial para el diagnóstico de enteritis regional del área terminal del íleon, la pseudopoliposis y la aguda delimitación segmentaria(44).

Es difícil y debe hacerse cuidadosamente la investigación radiológica de las llamadas " skip-lesions ", es decir la búsqueda de alteraciones mucosas fuera del foco inicial, separados



de mucosa indemne ( 25 ). Henning ha designado con razón a este fenómeno como un signo morfológico de la "impresionalidad" de esta enfermedad.

La acumulación del bario a nivel ileal puede revelar cambios característicos definidos de enfermedad de Crohn del colon difíciles de demostrar en otras enfermedades ( 3 ). Areas de espasmo y de irregularidad a distancia pueden verse más evidentemente con el tránsito intestinal que con el enema opaco ( 3 ).

Vista la radiografía a las 24 horas ( foto 2 ) nos muestra repartido el bario en todo el marco cólico incluso en el sigma y recto: a partir del tercio inferior del colon ascendente se nota estrechado fuertemente si bien los límites son precisos hay sospecha de ve ueñas ulceraciones. Se sospecha la enfermedad de Crohn del colon cuando hay compromiso del intestino delgado ( 3 ). Nunca ocurre colitis ulcerativa mas granulomatosis, pero puede ser difícil el diagnóstico diferencial en las últimas etapas ,, tanto radiológicamente como anatomopatológicamente ( 38 ) en procesos menos avanzados el colon con enema opaco es importante (34) sin embargo los datos mas definidos pueden ser dados por un tránsito intestinal ( 3 ).

Se describen como datos radiológicos para el diagnóstico de enfermedad de Crohn del colon: área segmentaria de estrechamiento con rigidez de la pared, como es el caso de la paciente que nos traducen cambios fibróticos intramurales, que deben ser buscados cuidadosamente ya que los cambios céntricos de la pared

pueden presentarse como defectos de llenamiento en bandas nodulares que pueden estar fácilmente ocultas por el llenado y distensión. b) Ulceraciones que pueden presentarse como una irregularidad de uno o mas contornos ( que presenta nuestra paciente) en otros casos la presencia de úlceras se sospecha por la presencia de pseudodivertículos en la pared opuesta debido a que la ulceración adquiere forma alargada y como consecuencia la pared opuesta se torna doblada y sobrante durante el llenado. ( 3 ). La ulceración larga puede simular un tracto sinuoso en el antro del intestino que es visto en la diverticulitis. c) Imágenes de pseudodivertículos. d) Marcados cambios pseudopolipoides que producen muescas (" Cobblestone pattern"). e) Fístulas internas que son los mismos cambios que se describen en el intestino delgado en donde son más frecuentemente vistas. La fístula perianal es una complicación común de la enfermedad de Crohn del colon pero raramente demostrada por un examen radiológico ( 3 ).

En las últimas etapas de la enfermedad de Crohn del colon ninguna imagen radiológica de la mucosa puede ser evidente la línea transversal de la úlcera puede penetrar profundamente dentro de la pared y presentarse con el contorno como numerosas espículas delgadas y largas perpendiculares al eje mayor del intestino que representan las fisuras ulcerosas que pueden conducir a un absceso o fístula intramural ( 3 ).

En contraste en la colitis ulcerativa se encuentra marcada irritabilidad y obliteración de la forma normal. La imagen de la mucosa normal esta difusamente engrosada e irregular

con discretos signos de inflamación que dificultan el reconocimiento: diminutos y difusas ulceraciones se visualizan en el contorno con una irregularidad de imagen. La localización excéntrica intramural, engrosamiento y adelgazamiento no ocurre en la colitis ulcerativa, donde la destrucción de la mucosa produce muescas irregulares y puentes en la mucosa. Ocasionalmente el bario penetra intramuralmente como abscesos crípticos en las colonias glandulares; esto puede estar en contraste con el gran absceso submucoso intramural visto en la enfermedad granulomatosa. Las imágenes de "burn-out" de la colitis ulcerativa con raros sédulos o delgados contornos irregulares del colon no ha sido visto en la colitis granulomatosa ( 3 ).

La imagen vista a las 48 horas nos muestra que el bario ha quedado extendido en la zona patológica.

#### D.- DESDE EL PUNTO DE VISTA ANATOMOPATOLOGICO:

El examen macroscópico ( foto 1 y 2 ) del colon ascendente en su superficie externa, muestra una área de perforación, que corrobora el diagnóstico clínico de perforación; cuyos bordes fibrosos e irregulares están cubiertos de material fibrinopurulento. El resto de la superficie serosa con marcado edema y depósito de fibrina. La superficie de sección exhibe marcado engrosamiento de la pared, rasgo característico de la enfermedad de Crohn del colon de cualquier localización ( 3 ), pudiendo encontrarse todos los grado de espesor ( 38 ) é inflamación

crónicas hallaigo constante de la enfermedad ( 9 ). La mucosa muestra área de ulceración. Las ulceraciones tienen rasgos propios. El tamaño puede variar desde milímetros a centímetros; la forma puede ser lineal u ovalada ( 38 ) y la distribución segmentaria caracterizada por zonas lesionadas intercaladas con zonas normales (Skip-lesions), no así las ulceraciones de la colitis ulcerosa que es generalizado y difuso, además superficial. Las úlceras de la enfermedad de Crohn se pueden extender de una mancha ser-piginosa alrededor del lumen del intestino y ocasionalmente se ramifica o dispersa a otros sitios otorgándole una forma reticular ( 9 ).

El examen microscópico muestra ( foto 3 y 4 ) las ulceraciones antes descritas que compromete la mucosa, muscularis mucosa y parte de la muscular; tipo de lesión que siempre se encuentra o es la base para la formación de fístulas internas; no así en la colitis ulcerosa crónica no específica que la inflamación está limitada por lo general a la mucosa y submucosa ( 9 ).

También ( foto 5 ) se aprecia a la mucosa con marcado edema, moderada fibrosis e infiltrado inflamatorio crónico. A nivel de la úlcera ( foto 6 y 7 ) se observa histiocitos rodeados por un conglomerado linfoplasmocitario. Células gigante pueden verse en ciertas ocasiones, que varían grandemente según las zonas, no se observa en este caso. Newman encontró en un sólo caso células gigantes y granulomas en zonas adyacentes a la área de la ulceración ( 38 ).



La dilatación quística de las células del epitelio de cubierta ( foto 8 ) edema e inflamación crónica inespecífica del corion es uno de los hallazgos diagnósticos de la enfermedad de Crohn, no encontrándose igualmente en la colitis ulcerosa ( 9 ).

El colapso o dilatación de los vasos linfáticos, rodeados de infiltración crónica inespecífica, endoarteritis ( foto 11 ) , trombo en vías de organización ( foto 12 ) , la hipertrofia de los troncos nerviosos rodeados de infiltrado inflamatorio crónico ( foto 13 ) y la prominencia de los plexos mientéricos que separan las fibras musculares lisas adyacentes son observados en la enfermedad de Crohn e ileitis regional ( 9, 38,3,48).

Las lesiones del íleon terminal ( foto 16 y 17 ) son semejantes a las ya discutidas en el colon, sin embargo las lesiones de éste último por lo general son más intensos ( 38 ).

Cabe mencionar que no se encontró granulomas del tipo sarcoides descrito tanto en el intestino como en los ganglios linfáticos regionales en la forma clásica de la enfermedad, en cuyos casos puede confundirse con la sarcoidosis, pero sin embargo el estudio minucioso establece diferencias anatomopatológicas (9).

Cuando las lesiones son pequeñas puede macroscópicamente confundirse con el carcinoma, pero este tumor por lo general no se asocia a la enfermedad de Crohn, pero, sí puede originarse en la colitis ulcerosa crónica inespecífica ( 9 ).

IV.- CONCLUSIONES :

- 1.-Se presenta un caso de enfermedad de Crohn localizado en el colon(lesión principal).
- 2.-Los síntomas predominantes fueron: baja de peso, fiebre, vómitos, diarrea y dolor abdominal.
- 3.-La evolución fué complicada por la aparición de hemorragia masiva.
- 4.-Las imágenes radiológicas no fueron claramente diagnosticada .
- 5.-El examen histológico demostró la naturaleza de la enfermedad.
- 6.-Se discute las características clínicas, radiológicas e histológicas de ésta entidad.



V.- B I B L I O G R A F I A :

- 1.- Barbosa J.de C., Bargas,J. and Dixon, C. : Citado por 37.
- 2.- Bargas,J. and Weber,H.: Migratory chronic ulcerative colitis. Surg. giec. 50: 964 , 1930.
- 3.- Bernard,S. and Marshak, H.: Granulomatosis colitis (Crohn
- 4.- disease of the colon )./Amer.jour. roent. 88: 662 , 1961
- 5.- Bombart,M. and Massion,J.: Radiologic differences between ileocecal tuberculosis and Crohn disease. Amer.jour. dig.dis. 6: 589 - ,1961.
- 5.- Bockus,i.: Colitis ulcerosa. Gastroenterología (texto).2 : 579 , 1951.
- 6.- Brooke, R. :Granulomatosis disease of the intestine .Lancet 2: 745 , 1959.
- 7.- Cahen, M.: A proposito of the surgical taetament of Crohn disease. Arch.mal apper dig. 50: 1240 , 1961.
- 8.o Conferencias of the clinica of the Profesor Jiménez Díaz. Rev. Clí.Española .74: 124 , 1959.
- 9.- Cornes,J. and Stechner, M. Primary Crohn disease of the colon and rectum .Gut 2: 189 , 1961.
- 10.-Corzo, A.: Enfermedad de Crohn o enteritis regional. Tesis de Bachiller en Medicina, 1956.
- 11.-Crohn,B. and Berg,G.: Right-sided (regional)colitis . J.A. M.A. 110: 32 , 1938.
- 12.-Crohn,B.,Garlock,J. and Yermis,H. :right-sided (regional) colitis. J.A.M.A. 134: 334 , 1947.
- 13.-Crohn ,B.,Guizburg,L.and Oppenheimer, G. Regional ileitis.

- J.A.M.A. 99: 1323 , 1932.
- 14.-Crohn,B. and Janowitz, H. : Reflections on regional ileitis twenty years later. J.A.M.A. 156: 1321 , 1954
- 15.-Crohn,B. and Karmis, H. : Citado por 9 .
- 16.-Daffner and Brown, Ch. : Regional enteritis .Ann.of Inter. Medi. 49: 500 , 1954.
- 17.-Dupuy, B. and Vallin, J. : Therapeutic reflections on 5 casos of Crohn disease. Arch. mal apper dig. 5:1225 , 1961.
- 18.-Deloyes, L. et Goldstein, H. : Ileité de Crohn et colite pseudo-polypoïde droite et transverse contiguë .Acta Chir. de Belg. 60: 643 , 1961.
- 19.-Durrance, J. : Regional enteritis of the duodenum (Amer. Jour. roentg. 66: 656 , 1961.
- 20.-Estape ,C. : Consideraciones on terminal terminal ileitis . Rev. Méd. de Chile 89: 912 , 1961.
- 21.-Lipstein ,H. ,Lipshutz ,B. and Steinbach ,H. : Regional colitis involving so descending and sigmoïde . Amer. Jour.dig. dis. 14: 13 , 1947.
- 22.-Garlock ,J. : The surgical treatment of intractable ulcerative colites. Ann. surg. 113: 2 , 1941.
- 23.-Gross ,H. ,Sowman, h. Acute regional enteritis and its treatment. Folia clinica internacional 10: 531 , 1961.
- 24.-Harris ,L.,Bell, G. and Brunn, F. : Chronic cicatrizing enteritis regional ileitis (Crohn). A new surgical entity. Surg ginec. obst. 57: 637 , 1933.
- 25.-Hawthorne, F. : Surgical experiencias in regional enteritis and enterocolitis. Rev.méd. de Chile 89: 908 , 1961.

- 26.-Joyaux, H., Detoulières, L. et Colin, L. : Maladie de Crohn coccale pure. Ann. chir, 15: 981 , 1961
- 27.-Gunnar, L. : Citado por 23.
- 28.-Leake, W. and Brady, R. : Segmental involvement in regional enteritis. Ann. Roy. Soc. Med. 77: 698, 1957
- 29.-Satzler, G. : Regional colitis presenting as liver of unknown origin: report of a case with three skip lesions. Gastroenterology 17: 261 , 1951
- 30.-Loygue, R. : A propos de surgical treatment of Crohn disease. Arch. Mal. Apper. Dig. 50 : 1336 , 1961.
- 31.-Lee , J., Long, J. and Davies, J. : Crohn's disease presenting as pyrexia of unknown origin. Lancet 1: 1205 , 1, 1961.
- 32.-Lamb, G. : Circulating anticolitis. Brit. Jour. Surg. 39: 33 , 1951.
- 33.-Lamb, G. : ulcerative colitis : a pathology study of surgical treatment specimens. Gastroenterology 34: 311 , 1951.
- 34.-Marshall, J. and Wolf, J. : Regional colitis. Pathology 73: 707 , 1951 .
- 35.-Gunnar, L. : Citado por 23.
- 36.-Orson, W., Lockart, J. and Docherty D. : Anal lesions in the Crohn's disease. Lancet 2: 1114 , 1959.
- 37.-Herman, J., Hargen, A. and Judd, R. : A clinical study of two hundred cases of regional ( segmental) colitis. Surg. gynec. and obst. 99: 583 , 1951
- 38.-Gunnar, L. and Docherty, D. : The pathology of regional (segmental) colitis. Surg. gynec. and obst. 99: 577 , 1954.



- 39.-Palma, E. and Gilleró, S. : Aportación a la clínica y tratamiento de la enteritis regional en nuestro medio. Rev. Clí. Esp. 76: 323 , 1961.
- 40.-Frotzel, C. : enteritis regional o semimucosa. Acad. Mexicana de Cirugía 4: 56 , 1950.
- 41.-Silvano, R. and Brocc ,D.: A case of Crohn segmental colon sigmoiditis.-L'Opel Deggione 49: 562 ; 1961.
- 42.-Roy, M. : A proposito of the treatment of ileocecal fistulas in Crohn disease .Arch. mal apper dig. 50: 1946 , 1 961
- 43.-Ludder, J.: A case of terminal ileitis revealed by stenosis of the intestine.- Archi. mal apper 50: 1 27, 1961.
- 44.-Schaff, J.: Citado por 23.
- 45.-Steigman ,F. and Shapiro ,S.: familial regional enteritis . Gastroenterology 40: 215 , 1961.
- 46.-Vander, C .: a propocitive treatment of the Crohn disease. Arch.mal apper 50: 1:30 , 1961.
- 47.-Tela , J.: Ileitis regional .tesis de Bachiller en Medicina 1953.
- 48.-Viar Ponte, : enteritis regional. Rev. esp. inf. del Ap: dig. 19: 166 , 1960.
- 49.-Warren ,S. and Bommer ,S.: Pathology if regional ileitis and ulcerative colitis. J.A.M.A. 154: 169 , 1954.
- 50.-Yermis , h.,Marshak, h and Crohn ,D. : ileocolitis. J.A.M.A. 164 : 7 , 1957.
- 51.-Tovanovich, H. :The place and possibilities of surgical in Crohn's disease. Arch.mal apper dig. 50:1052 , 1961