



Enfermedad de Crohn descubierta en paciente con oclusión intestinal mecánica y ascariasis

Crohn's disease in a patient with intestinal obstruction and ascariasis

Royland Bejerano-Durán^{1,2*}, Jaime Rocney Lobaina-Rodríguez^{1,2}

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

²Hospital Docente Clínico Quirúrgico "10 de Octubre". La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: roylandbejerano@gmail.com

Cómo citar este artículo

Bejerano-Durán R, Lobaina-Rodríguez JR: Enfermedad de Crohn descubierta en paciente con oclusión intestinal mecánica y ascariasis. Rev haban cienc méd [Internet]. 2025 [citado]; 24. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/5966>

Recibido: 01 de febrero de 2025

Aprobado: 29 de mayo de 2025

RESUMEN

Introducción: La Enfermedad de Crohn se caracteriza por presentar períodos de inflamación intestinal alternados de remisiones y exacerbaciones, es crónica, incurable y con curso invalidante por el desarrollo de complicaciones, tales como: estenosis, fístulas, granulomas, abscesos y formación de neoplasias malignas, desde la boca hasta el ano.

Objetivo: Evidenciar la incertidumbre diagnóstica de una enfermedad tan proteiforme como la Enfermedad de Crohn identificada en la atención de paciente con oclusión intestinal.

Presentación de caso: Se trató de un paciente joven que cursó con dolor abdominal mesogástrico, de tipo cólico, intermitente, acompañado de náuseas, vómitos y detención del tránsito intestinal, se pensó en una oclusión intestinal por una infestación masiva por *Ascaris lumbricoides*; sin embargo, fue provocada por la Enfermedad de Crohn. Fue abordado exitosamente y se recuperó sin complicación alguna.

Conclusiones: En ocasiones la Enfermedad de Crohn se presenta de forma inusual y además, con otras afecciones asociadas, lo cual se considera como un verdadero reto para el médico de asistencia.

ABSTRACT

Introduction: Crohn's disease is characterized by periods of intestinal inflammation alternating remissions and exacerbations; it is chronic, incurable and has a disabling course due to the development of complications, such as: stenosis, fistulas, granulomas, abscesses and formation of malignant neoplasms from the mouth to the anus.

Objective: To demonstrate the diagnostic uncertainty of a disease as protean as Crohn's disease identified in the care of a patient with intestinal obstruction.

Case presentation: The case is about a young patient who experienced mesogastric abdominal pain, of colic type, intermittent, accompanied by nausea, vomiting, and intestinal transit obstruction. An intestinal obstruction due to a massive infestation with *Ascaris lumbricoides* was considered; however, it was caused by Crohn's disease. It was successfully addressed and he recovered without any complications.

Conclusions: Crohn's disease sometimes presents in unusual ways and with other associated conditions, which is considered a real challenge for the attending physician.

Palabras Claves:

Ascariasis, enfermedad de Crohn, laparotomía, obstrucción intestinal.

Keywords:

Ascariasis, Crohn's disease, laparotomy, bowel obstruction.



INTRODUCCIÓN

Se puede definir la Enfermedad de Crohn como un proceso inflamatorio crónico inespecífico del intestino que puede aparecer en cualquier localización del tracto gastrointestinal, desde la boca, hasta el ano.^(1,2) Se caracteriza por presentar inflamación intestinal por períodos alternados de remisiones y exacerbaciones, es crónica, incurable y con curso invalidante por el desarrollo de complicaciones, tales como: estenosis, fístulas, granulomas, abscesos y formación de neoplasias malignas.⁽²⁾

Se ha considerado una enfermedad que afecta a los países occidentales; sin embargo, en la última década ha tenido un aumento considerable en países orientales. En España, se ha incrementado 2,5 % de la incidencia, con un estimado de 2 000 nuevos casos cada año, de forma similar ocurre en el norte de Europa, con una incidencia de 5 a 10 casos por 100 000 habitantes.^(3,4) La Enfermedad de Crohn se presenta con mayor frecuencia entre las edades de 15 a 30 años de edad, aunque se han encontrado casos en pacientes mayores de 60 años.⁽⁴⁾ Un 80 % de los casos requieren terapia quirúrgica debido a las complicaciones, y 37 % cursan con complicaciones postquirúrgicas.⁽³⁾

En raras ocasiones, es posible el diagnóstico de la enfermedad al presentarse como una oclusión intestinal mecánica por estenosis de las paredes del intestino, representando un peligro para la vida de los pacientes, que generalmente cursan con desequilibrio hemodinámico importante o evolucionan a la perforación, shock séptico y fallo múltiple de órganos, esto en casos en los que no sea diagnosticada o tratada a tiempo.⁽⁵⁾

La Enfermedad de Crohn presenta desafíos significativos en su diagnóstico preoperatorio debido a la similitud de sus síntomas con otras afecciones, como dolor abdominal, fiebre, constipación, vómitos, pérdida de peso, fatiga, anemia y las manifestaciones articulares.⁽⁶⁾

A continuación, se presenta un caso con el **objetivo** de evidenciar la incertidumbre diagnóstica de una enfermedad tan proteiforme como la Enfermedad de Crohn identificada en la atención de paciente con oclusión intestinal.

PRESENTACIÓN DE CASO

Se trató de un paciente masculino de 34 años de edad, de tez blanca, sin antecedentes patológicos personales, el cual vive en área rural. Acude a urgencias por dolor abdominal intenso tipo cólico de tres días de evolución y sin cambios, intermitente, localizado en mesogastrio, que no se irradia y no se alivia en ninguna posición; acompañado de náuseas y vómitos en número de seis, de contenido alimentario con parásitos adultos de *Ascaris lumbricoides*; presentó toma del estado general y se encontraba afebril. Además refirió no haber defecado en tres días, lo cual no era normal ya que su hábito intestinal era de tres veces por día. Refirió antecedentes de pérdida de peso de alrededor de 20 libras, sin anorexia en los últimos meses, cólicos abdominales esporádicos. Durante la anamnesis no refirió historia familiar de enfermedad alguna, no fue operado ni transfundido anteriormente ni es alérgico a ningún medicamento; refiere ser fumador durante 14 años (2 cajetillas diarias) y bebedor ocasional.

Al examen físico se constató mucosas normocoloreadas y secas, disminución del panículo adiposo (evidente desnutrición por defecto), frecuencia respiratoria en 22 respiraciones por minuto, frecuencia cardíaca en 110 pulsaciones por minuto, tensión arterial en 120/80 mmHg. Abdomen distendido centralmente y de forma simétrica, que no sigue los movimientos respiratorios, con signos de *Kussmaul* y *Von Whall* positivos, doloroso a la palpación superficial y profunda, no presenta reacción peritoneal, hipertimpanismo generalizado y ruidos hidroaéreos aumentados en frecuencia e intensidad.

Se decidió su ingreso para tratamiento quirúrgico urgente por oclusión intestinal mecánica alta por infestación masiva de *Ascaris lumbricoides*, se indicaron exámenes complementarios: pruebas de laboratorio (Tabla 1) y radiografía simple de abdomen (Figura 1). Se recibió rayos X de abdomen simple (Figura 1) en la cual se muestra un patrón de oclusión intestinal mecánica alta por niveles hidroaéreos dispuestos en escalera.

Tabla 1. Exámenes de laboratorio		
Complementario	Resultado	Valores de referencia del laboratorio
Hematocrito	35 %	40 - 50 %
Hemoglobina	10 g/dL	13,8 - 17,2 g/dL
Grupo y factor	A+	
Leucocitos	13 x 10 ⁹ L	4,5 - 11,0 x 10 ⁹ L
Eosinófilos	7 %	0 - 4 %
Trombocitos	250 x 10 ⁹ L	150 - 400 x 10 ⁹ L
Eritrosedimentación	58 mm/h	< 20 mm/h
Glicemia	5,6 mmol/L	4,2 - 6,9 mmol/L
Ionograma		
Na+: 136 mEq/L Ca ²⁺ : 9,6 mEq/L K+: 3,4 mEq/L Cl-: 106 mEq/L	Na+: 135 - 145 mEq/L Ca ²⁺ : 8,7 - 10,2 mEq/L K+: 3,5 - 5,0 mEq/L Cl-: 102 - 109 mEq/L	
Gasometría arterial		
pH:	7,34	7,35 - 7,45
PaCO ₂ :	32 mmHg	35 - 45 mmHg
PaO ₂ :	90 mmHg	80 - 100 mmHg
HCO ₃ :	20 mEq/L	22 - 26 mEq/L
Temperatura:	36,5 °C	36,5 - 37,5 °C
Saturación de O ₂ :	99 %	94 - 100 %

Fuente: Historia clínica



Figura 1- Radiografía simple de abdomen en bipedestación (vista anteroposterior)

Durante la intervención quirúrgica se realizó laparotomía media supra e infraumbilical, apertura por planos hasta visualizar asas intestinales distendidas, se procedió a buscar el punto de oclusión, el cual se localizaba a 1m del ángulo duodenoyeyunal, se constató estenosis del intestino delgado (Figura 2 A), lo cual provocó la oclusión, además se visualiza edema de las paredes intestinales, una zona fibrótica alrededor de la estenosis y en el mesenterio, presencia de adenopatías en el mesenterio (Figuras 2 B y C). Además, se constató la presencia de digitaciones mesentéricas que se extienden desde el borde mesentérico cubriendo parte de las caras laterales de las asas intestinales, sin llegar al borde antimesentérico, lo cual impresiona una enfermedad inflamatoria crónica granulomatosa intestinal. El colon se encontraba con apariencia normal, al igual que el resto de las vísceras abdominales. Se procedió a realizar resección del área afectada y anastomosis en un plano término-terminal de tipo yeyuno-yeyuno (Figura 3). Se realizó lavado de la cavidad abdominal y cierre por planos. Se envió muestra de la pieza resecada a estudio anatomopatológico.

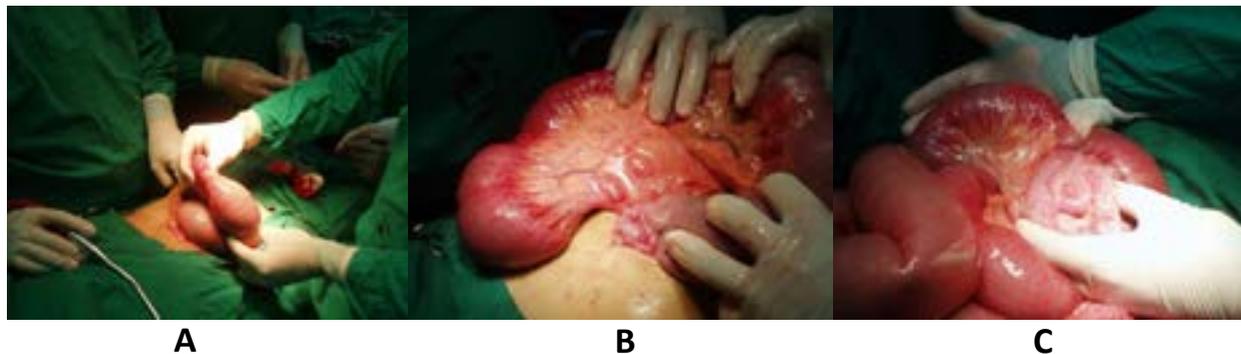


Figura 2- Intervención quirúrgica. A: Localización de la zona de estenosis o punto de oclusión; B: Revisión del mesenterio, presencia de fibrosis y adenopatías mesentéricas; C: Visualización del punto de obstrucción y daños intestinales.

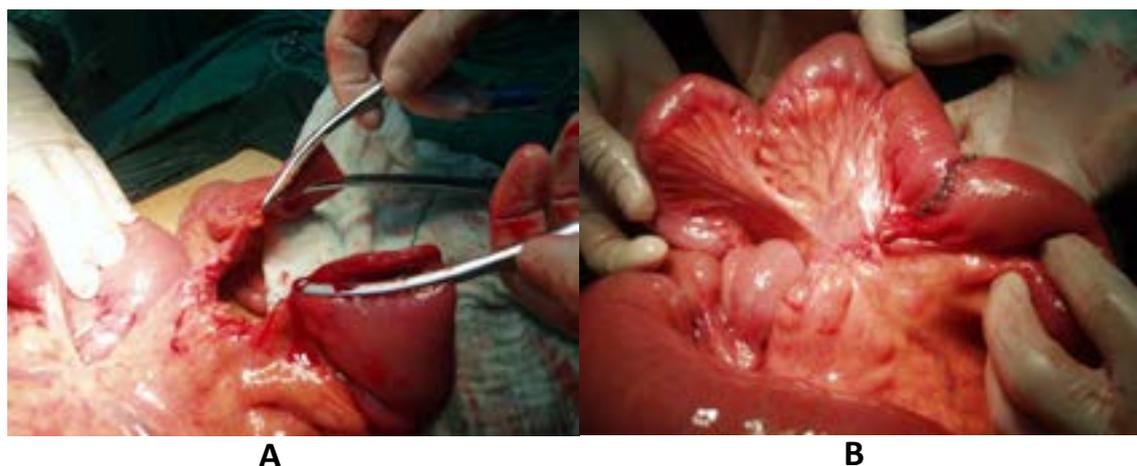


Figura 3- Tratamiento quirúrgico. A: Resección del segmento estenosado. B: Anastomosis término-terminal.

Se realizó profilaxis con antibióticos y antiparasitarios de la siguiente forma:

- Metronidazol (500 mg) por vía endovenosa por 7 días.
- Amikacina (500 mg) por vía endovenosa por 7 días.
- Ceftriaxona (1 g) por vía endovenosa por 7 días.
- Albendazol (500 mg) una tableta cada 12 horas por 14 días tan pronto fue restablecida la vía oral.

El postoperatorio transcurrió sin complicación alguna y el paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dado de alta a los 7 días de operado. Se mantuvo en seguimiento por consulta externa de cirugía general y gastroenterología, el cual tuvo una recuperación rápida de su estado nutricional y normalización de sus cifras de hemoglobina.

Se recibió el resultado de la biopsia de la pieza quirúrgica por anatomía patológica, en el cual se evidenció un proceso inflamatorio crónico inespecífico compatible con Enfermedad de Crohn. (Figura 4).

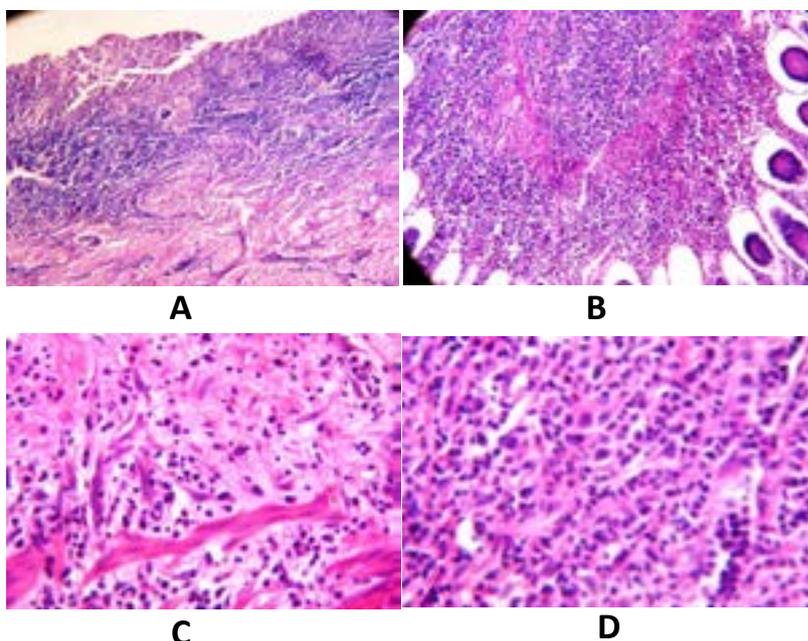


Figura 4- Láminas del estudio histopatológico. A: Proceso inflamatorio crónico inespecífico con ulceración y marcada fibrosis del intestino. B: Mucosa con marcado proceso inflamatorio crónico inespecífico. C: Distorsión de fibras nerviosas con edema e infiltrado inflamatorio crónico. D: Infiltrado inflamatorio de células redondas, neutrófilos y presencia de histiocitos, con ausencia de granulomas.

DISCUSIÓN

Dentro de las afecciones del abdomen agudo quirúrgico, la oclusión intestinal mecánica ocupa el segundo puesto en frecuencia a nivel mundial, representando 20 % de los ingresos a los servicios de urgencias quirúrgicas. Según la Organización Mundial de Gastroenterología representa entre 10-15 %, con una mortalidad reportada de 10 % para un total de aproximadamente 9 000 muertes al año. Sin embargo una de las causas más inusuales es la enfermedad inflamatoria intestinal, y dentro de la misma, la Enfermedad de Crohn.^(7,8,9)

En países subdesarrollados es frecuente la oclusión intestinal por infestación masiva de *Ascaris lumbricoides*, ya que estos parásitos forman paquetes compactos con sus cuerpos y ocluyen la luz intestinal y provocan una detención del tránsito intestinal. También es frecuente ver esta entidad en zonas rurales y de bajos recursos económicos, donde no son correctas las medidas higiénicas.^(5,9)

El bloqueo de la luz intestinal por la estenosis que provoca la Enfermedad de *Crohn* puede ocasionar una oclusión intestinal, en la cual el contenido intestinal (gases, líquidos y sólidos) interrumpe su tránsito y se acumula en el segmento de intestino proximal a la oclusión, provoca un aumento de la presión intraluminal del intestino; mientras que el segmento distal a la oclusión se colapsa.⁽⁵⁾ El diagnóstico de la Enfermedad de Crohn como causa de obstrucción intestinal es confirmado por estudio anatomopatológico, ya que durante la intervención quirúrgica solo se ven signos de fibrosis, edema, congestión, granulomas, neumatosis, fístulas y estenosis.⁽²⁾

El diagnóstico de esta afección se realiza teniendo en cuenta los datos clínicos del paciente al interrogatorio y examen físico y los exámenes imagenológicos, en especial la radiografía simple de abdomen en cualquiera de sus vistas, ya que proporciona los elementos necesarios para un rápido diagnóstico en urgencias, contando con una sensibilidad de 79-83 %, especificidad de 67-83 % y seguridad diagnóstica de 64-82 %; lo cual lo convierte en la "piedra angular" del diagnóstico en oclusión intestinal mecánica. Los signos imagenológicos más comunes son el patrón en tablero de damas, dispuesto por distintos niveles hidroaéreos en forma de "escalera", el cual fue evidenciado en el caso presentado; distensión de asas intestinales, edema interasas y signo de "pilas de monedas".^(5,8,10)

CONCLUSIONES

En ocasiones, la Enfermedad de *Crohn* se presenta de forma inusual y con otras afecciones asociadas, lo cual se considera como un verdadero reto para el médico de asistencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santarrufina-Martínez S, Cristóbal-Poch L, Pérez-Farré S, Lainez-Escribano M. Adenocarcinoma de íleon incidental en pacientes con enfermedad de crohn sometidos a cirugía urgente por obstrucción intestinal. Archivos de Coloproctología [Internet]. 2020;3(4):38-44. Disponible en: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/archcolo.202045025
2. Soler-Vaillant R, Mederos-Curbelo ON. Cirugía. Afecciones del tubo digestivo y de la región sacrococcígea. En su: Cirugía [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2018 [Citado 12/12/2023]. Disponible en: <https://www.bvscuba.sld.cu/libro/cirugia-tomo-iv-afecciones-del-tubo-digestivo-y-de-la-region-sacrococcigea/>
3. Martínez-García RM, Jiménez-Ortega AI, Salas-González MD, Peral-Suárez Á, Ruiz-Martínez P. Papel de la dieta en la prevención y el desarrollo de la enfermedad de Crohn. Nutr Hosp [Internet]. 2024;41(3): 57-61. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.20960/nh.05460>
4. Pérez-León B, Fernández-Santiesteban LT, Díaz-Calderín JM. Surgical Treatment of Complicated Crohn's Disease. Rev Cubana Cir [Internet]. 2021 [Citado 11/12/2024];60(2):[Aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932021000200007&lng=es
5. Soler-Vaillant R, Mederos-Curbelo ON. Afecciones quirúrgicas frecuentes. En su: Cirugía. [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2018 [Citado 12/12/2023]. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/cirugia-tomo-ii-afecciones-quirurgicas-frecuentes/>
6. Sánchez-Bonilla E, Wong-Álvarez OF, Fung-Cai M. Enfermedad de Crohn: un enfoque integral en su patogenia, diagnóstico y tratamiento. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2023;8(8):e1092. Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v8i8.1092>
7. Bejerano-Durán R, Hidalgo-Espinosa C. Vólvulo de intestino delgado como forma de presentación inusual de obstrucción intestinal. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. 2024 [Citado 18/04/2024]; 53(1). Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/17865>
8. Bejerano-Durán R, Rodríguez-Ugando A. Intususcepción por complicación de gastrostomía. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. 2023 [Citado 25/02/2024]; 52(4). Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2955>

9. Horta-Martínez L, Bejerano-Durán R, Sorá-Rodríguez M, González-Yero M. Caracterización de pacientes operados por obstrucción intestinal mecánica. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. 2023 [Citado 25/02/2024]; 52(4). Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/10138>

10. Corral-De La Calle DM, Fidalgo-Hernández DS, Vicente-Mérida DD, Sánchez-Sánchez DB, Chaparro-García DPA, Damián-Salamanca DF. Obstrucción de intestino delgado en el adulto por enfermedad de Crohn. Diagnóstico radiológico. seram [Internet]. 2021 [Citado 14/12/2024];1(1). Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/4058>

Financiamiento:

Los autores declaran que no existieron fuentes de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existió conflicto de intereses.

Contribución de autoría

Royland Bejerano-Durán: Concepción y diseño, recolección/obtención de resultados, análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito, revisión crítica, aprobación de su versión final.

Jaime Roney Lobaina-Rodríguez: Revisión crítica del manuscrito, aprobación de su versión final, aporte de pacientes o material de estudio.

Todos los autores participamos en la discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto final