

Enfermedad de Crohn gástrico en el niño

Dr. Juan Luis Benedictti, Dr. Orestes Sbárbaro,
Dr. Enrique Sojo, Dr. Luis Falconi.

Se presenta un caso de enfermedad de Crohn gástrico en una niña de 13 años. La enfermedad de Crohn es en sí poco frecuente, siendo éste el primer caso a topografía gástrica, en el niño, descrito en nuestro medio.

Se realizan consideraciones clínicas, radiológicas y endoscópicas, como así también en cuanto a su conducta terapéutica.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Crohn Disease / Pathology.

SUMMARY: Gastric Crohn disease in children.

Description of a case of gastric Crohn disease in a 13-years-old-girl. Crohn disease is in fact no very frequent, this one being the first case described locally, concerning a child and with a gastric topographic location.

Authors consider clinical, radiological and endoscopic aspects of the case, also considering the therapeutic behavior of same.

*Clinica Quirúrgica Infantil
(Director Prof. Dr. W. Taibo), Hospital Pereyra Rossell.
Fac. de Medicina, Montevideo.*

RÉSUMÉ: Maladie de Crohn gastrique chez l'enfant.

On présente un cas de maladie de Crohn gastrique dans une fille de 13 ans. La maladie de Crohn est peu fréquente en elle-même et celui-ci c'est le premier cas à topographie gastrique, chez l'enfant, qui a été décrit dans notre milieu. On fait des considérations cliniques, radiologiques et endoscopiques, ainsi que en ce qui concerne sa conduite thérapeutique.

INTRODUCCION

Traemos a consideración un caso de lesión gastroduodenal en el niño, cuyo interés radica en lo raro o poco frecuente de su etiología.

CASO CLINICO:

D.J.C. 13 años. Ingreso 2/4/82. Dpto. de Rocha.

Estado Actual: Comienza hace 3 meses con vómitos postprandiales, acompañado de dolor de moderada intensidad en hipocondrio izquierdo. Adinamia y anorexia.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 1° de junio de 1983.

Asistente de Clínica Quirúrgica Infantil, Profesor Agregado del Depto. de Emergencia y Médico Anatomopatólogo.

Dirección: Santiago Nievas 2139, Montevideo.
(Dr. J.L. Benedictti).

Consulta médico que diagnosticó parasitosis intestinal y la medicó con dieta y Mebendazol.

Es controlada semanalmente, remitiendo el cuadro parcialmente.

Al mes del inicio de la sintomatología, el médico le halla tumoración dolorosa en hipocondrio izquierdo, blanda, por lo cual es enviada con diagnóstico de hidatidosis hepática o esplénica.

Ultimamente los vómitos adquieren los caracteres del comienzo. Tránsito intestinal, acentuación del estreñimiento habitual. No fiebre.

Tránsito urinario, normal. Adelgazamiento de 16 kilos en estos 3 meses.

Antecedentes personales: No dispepsia previa. No existen antecedentes patológicos a destacar.

Examen Físico: Caquética. Piel y mucosas hipocloroadas. Panículo ausente en abdomen y muslos; poliadenomegalias en regiones inguinales de tipo banal. Abdomen indoloro espontáneamente.

Abombamiento en hipocondrio izquierdo.

Tumoración en hipocondrio izquierdo que ocupa parte de epigastrio —que se delimita por abajo, afuera y adentro, continuándose arriba por debajo del reborde costal, de 7 cm de eje vertical y 5 cm de eje transversal, lisa, blanda— discretamente dolorosa. Inmóvil con la respiración. No contacto lumbar ni peloteo. Traube conservado.

Borde superior de hígado en 5° espacio, borde inferior a 1 través de dedo por debajo del reborde costal, de caracteres normales.

No se palpa bazo.

Evolución: Persisten los vómitos y, como hecho a destacar, la desaparición progresiva de la tumoración al cabo de varios días del tratamiento.

Tratamiento: Desgravitación gástrica, reposición hidroelectrolítica-proteica y vitamínica, sedantes, antiespasmódicos, protectores de la mucosa gástrica.

El esofagoduodeno mostró tránsito esofágico normal, estómago de retención, de evacuación lenta; presenta en región mesogástrica preantral, una importante escotadura, constituyendo un desfiladero, lo cual ocasiona una marcada retención gástrica; difícil de visualizar convergencia de los pliegues (que se presentan engrosados) como así también de depósito de bario; no se pudo evidenciar hernia ni reflujo gastroesofágico; bulbo y duodeno s/p.

Se efectuó gastrofibroscopia: Cuyo informe fue el siguiente: esófago y cardias sin lesiones; moderada retención gástrica, de líquido claro; a nivel del sinus angularis hay estenosis de la luz gástrica de 6-7 mm de diámetro, inextensible, con una úlcera en su cuadrante anterosuperior de 4 mm de diámetro; gran congestión de la mucosa vecina; no se pudo pasar por la estenosis; pocos centímetros más arriba, hay otra úlcera en casi completa cicatrización; no hay compresión extrínseca; se biopsió; se observan fragmentos de mucosa gástrica antral, con áreas de erosión superficial, tejidos necróticos, exudados purulentos y un tejido de granulación de organización; no es posible identificar elementos neoplásicos.

Se completó el estudio con exámenes de valoración general: Revelaron discreta anemia. Hematócrito 33%, Hb. 11.20 g., G.B. 6.000. El Centellograma hepatoesplénico dio como resultado: Hígado aumentado de tamaño a expensas de ambos lóbulos con regular concentración del radiofármaco. No se observan áreas hiporadiactivas. Bazo normal. Arco 5, negativo.

Operación: Estenosis mesogástrica, con paredes

engrosadas y rígidas, proximalmente el estómago se hallaba algo dilatado, con paredes de caracteres normales, la zona de estenosis se extendía próximo al píloro, sin invadir el bulbo que al igual que el resto del duodeno era normal, no se observó extensión lesional a sectores perigástricos, resto de la exploración abdominal fue normal.

Procedimiento: Gastrectomía parcial, con restablecimiento del tránsito mediante gastroduodenoanastomosis.

Anatomía patológica: Se observa, fragmentos de pared gástrica, con edema de la submucosa, áreas de fibrosis, focos de agregación de linfocitos, algunos plasmocitos y ocasionales eosinófilos en depósitos perivasculares. Intensa dilatación de los vasos linfáticos de la submucosa, con imágenes de encharcamiento linfático. Microulceraciones de la mucosa, y áreas extensas de erosión.

Diagnóstico: Posible enfermedad de Crohn gástrico.

HISTORIA

Los primeros estudios sobre granulomas inespecíficos aparecieron en la literatura a principios de este siglo, siendo los trabajos de Wilensky y Moschowitz en 1920, los más importantes.

En 1932, Crohn, Ginzburg y Oppenheimer⁽⁸⁾ en el Mount Sinai Hospital, separaron del grupo de granulomas intestinales inespecíficos benignos, 14 casos que presentaban un proceso inflamatorio ulceroso, granulomatoso y cicatrizal limitado al íleon terminal, al que designaron "ileítis regional".

Posteriormente se pudo observar que este tipo de lesión, puede hallarse a todo lo largo del tubo digestivo, desde la boca al ano y aún en sectores extradigestivos.

En 1933 Harris y col. la hallaron en la parte superior del íleon y en el yeyuno.

En 1934 Brown y col. describieron 3 casos con lesiones en el yeyuno.

En el mismo año, Colp demostró que el colon también puede estar afectado.

Barbour y Stokes la hallaron en el duodeno; Martín y Carr⁽²⁰⁾ en 1953, en el estómago, y Madden y col. en 1969, en el esófago.

En 1970, Mountain la describe en la piel de la región submamaria.

En 1972, Craft y Wilkinson, la hallan en faringe y boca.

Por todo esto, los términos de ileítis primero y enteritis después, son inadecuados, considerándose que la denominación más exacta es la de enfermedad de Crohn.

El interés de nuestra presentación se debe a lo poco frecuente de la enfermedad de Crohn en el niño, habiendo sido el primer caso en la literatura, el publicado por Koop en 1947.

En 1953 en una revisión de la literatura mundial realizada por Storrs y Hoekelman,

se conocían sólo 25 casos en niños.

El primer caso de enfermedad de Crohn gastroduodenal en el niño, sin otras lesiones intestinales, fue el publicado por Malleson en 1980⁽¹⁹⁾.

En relación al caso por nosotros presentado, debemos de decir que no existe en nuestro medio, en el niño, publicación previa al respecto.

CONSIDERACIONES GENERALES DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

Ocurre con la misma incidencia en ambos sexos.

En grandes estadísticas como la de Van Patter⁽²⁶⁾, de 600 casos, se observó una mayor predisposición en la raza blanca, y dentro de ella, entre los judíos.

Varios autores (Crohn y Yarnis en 1958, Cornea y Stecher en 1961 y Kirsner y Spencer en 1963) hallaron en el adulto, una incidencia familiar, que para Crohn y Yarnis es del 5%. Shmerling⁽²⁵⁾ en su serie de 19 niños, halló incidencia familiar en dos de ellos.

Sintomatología: Según Becker⁽¹⁾ sólo el 2% se manifiestan antes de los 10 años; para Van Patter⁽²⁶⁾ en el 14%, los síntomas aparecen antes de los 15 años.

En recientes estudios estadísticos, el 17% de los casos, manifiestan los primeros síntomas entre los 10 y 20 años.

Frecuencia: Becker en varios estudios epidemiológicos, halla un incremento de la frecuencia de 4 veces, relacionando el período 1956-1960 con 1961-1969.

También el estudio de Jeffrey confirma este hecho.

En general se considera que la frecuencia de la enfermedad de Crohn va en aumento.

Etiología: Varias son las teorías que se han enunciado: agentes infecciosos (bacterias-protozoarios-virus), alergia, hipersensibilidad, factor genético, traumatismos, alteraciones sicosomáticas, deficiencia de la inmunidad celular, aunque ninguna de ellas son satisfactorias.

Relacionado con nuestro caso, debemos decir que la enfermedad de Crohn a localización gástrica es muy poco frecuente^(4, 6, 11, 13), estando esto demostrado por los trabajos de Farmer y col.⁽¹⁰⁾ (en 615 casos no hallaron ninguno gástrico), Burgess⁽⁵⁾ y col. (en 383 casos sólo uno a topografía gástrica). Jones⁽¹⁴⁾ (en 101 pacientes, no halló ningún caso gástrico), mientras que en nuestro país Gutiérrez y Zubiaurre en 85 casos hallaron sólo 3 a topografía gastroduodenal. Estas son todas estadísticas en adultos, en el niño por ser poco frecuente no hallamos series

numerosas, solamente la de Shmerling⁽²⁵⁾ que en el lapso desde 1962 a 1974 en el Hospital de Munich, halló 19 casos de Crohn, y ninguno a topografía gástrica.

La enfermedad de Crohn del estómago^(15, 20, 21, 23) puede ser primitiva o secundaria.

El diagnóstico de Crohn gástrico según Danzi y col.⁽⁹⁾, debe hacerse por la combinación de la clínica más los hallazgos radiológicos y endoscópicos.

Clínicamente se puede manifestar por anorexia, náuseas, vómitos, dolor en epigastrio, además de deterioro del estado general.

Si no es diagnosticada precozmente puede evolucionar a la complicación^(4, 14, 17) (peritonitis por perforación, formación de abscesos abdominales, fistulización a órganos vecinos, estenosis).

Lo habitual es que teniendo en cuenta la rareza del Crohn gástrico, el médico plantee otras patologías (gastritis, enfermedad ulcerosa, tumores infiltrantes, linfomas o carcinomas, procesos infecciosos inespecíficos, gastritis eosinófila).

Desde el punto de vista radiológico, se puede observar:

Ausencia de peristaltismo normal en el antro, pudiendo presentar el resto del estómago, peristaltismo conservado.

Deficiente visualización de los pliegues en la zona afectada, mientras que en el resto del estómago, pueden presentarse engrosados.

Dilatación gástrica con exceso de jugo gástrico en ayunas.

Evacuación gástrica retardada.

La zona de transición entre la mucosa normal y la patológica, está bien definida.

Estenosis rígida en la zona afectada.

Relieve mucoso en forma nodular de la zona comprometida, con bordes irregulares, sugiriendo la posibilidad de ulceraciones superficiales.

La radiología^(2, 22) es importante porque determina la extensión de la enfermedad, su fase de compromiso (úlcera o estenosis) como así también la evidencia de complicaciones.

Es obligatorio completar el estudio de la totalidad del tubo digestivo para detectar lesiones alejadas.

Desde el punto de vista de la endoscopia se puede hallar:

Nódulos o irregularidades de la mucosa.

— Lesiones ulceradas múltiples.

— Engrosamiento de los pliegues mucosos.

— Estenosis gástrica con hipoperistalsis.

El estudio anatomopatológico de la biopsia, raramente según Danzi, nos permite realzar el diagnóstico histológico. Considera que la biopsia por succión per oral puede

aumentar el índice de confirmación histológica.

Por último, en cuanto al tratamiento quirúrgico (1, 3, 12, 18, 27), el mismo está indicado:

- 1) Cuando no hay respuesta al tratamiento médico (persistencia de la sintomatología o importante deterioro del estado general)
- 2) En presencia de complicaciones (tumor abdominal, peritonitis por perforación, oclusión por estenosis).

Puede ser útil en algunos casos la biopsia extemporánea con vista al procedimiento quirúrgico a realizar.

El procedimiento de elección en el Crohn gástrico ha fluctuado entre el by-pass y la resección con restablecimiento del tránsito mediante anastomosis termino-terminal. Sin embargo, en la región gastroduodenal, la resección de la zona afectada puede constituir procedimientos extensos, como ser la resección de órganos vecinos (duodeno y/o páncreas).

De allí que la mayoría de los autores (Burgess y col. - Comfort y col. - Miller y col. - Richman y col.), sean partidarios del by-pass de la zona afectada mediante gastroyeyunostomía transmesocólica.

Se prefiere este procedimiento (salvo hallazgos intraoperatorios que lo contraindiquen), por ser de fácil y rápida realización, preservando además la mayor cantidad de tracto gastrointestinal.

Esto es importante:

- a) para el paciente en el cual fue realizada resección intestinal previa;
- b) porque no debe olvidar el médico la posibilidad, de ser necesario, resecciones intestinales en el futuro, teniendo en cuenta la característica evolutiva de esta enfermedad.

Otros autores (Ross-Self-Johnson) han tratado a sus pacientes mediante gastrectomía parcial y aunque el seguimiento de los pacientes fue corto, reportaron resultados alentadores.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Crohn es poco frecuente en nuestro medio, aunque varias estadísticas extranjeras demuestran aumento en la tasa de incidencia en los últimos años.

En la totalidad de los casos de enfermedad de Crohn, la localización gástrica es poco frecuente. Para algunos autores es del 3-4%, mientras que para otros puede llegar al 8%.

La enfermedad de Crohn en el niño, puede ser hallada a muy temprana edad y ser de rápida y grave evolutividad si no se hace el diagnóstico precozmente.

El diagnóstico se debe plantear en base a los hallazgos clínico-radiológicos y endoscópicos, no obstante, muchas veces sólo se hace al realizar el estudio anatómo-patológico de la pieza operatoria.

Según Malleson, el diagnóstico posible debe ser considerado en todo niño con inexplicable retardo en el desarrollo. Para Martin y Carr, la anorexia y vómitos puede anunciar el inicio de la enfermedad.

Es así, que en cualquiera de estas situaciones, a las cuales agregamos el dolor en epigastrio o hipocondrio izquierdo, como en nuestro caso, es de fundamental importancia realizar estudio exhaustivo del sector gastroduodenal.

La existencia de sintomatología previa o concomitante de enteritis del intestino distal, puede ser de gran importancia para la orientación diagnóstica.

En nuestro caso, no planteamos el diagnóstico de enfermedad de Crohn, teniendo en cuenta lo poco frecuente de esta patología en el niño, como así también lo raro que es su localización gástrica. Corroboró este hecho, de que el primer caso de enfermedad de Crohn gastroduodenal en el niño, sin otras lesiones intestinales, fue publicado por Malleson en el año 1980.

Aunque la táctica quirúrgica adecuada sólo puede plantearse en el acto operatorio, el procedimiento de elección en el Crohn gástrico, es la gastroyeyunostomía transmesocólica, siendo también la gastrectomía parcial, defendida por varios autores.

En la intervención se debe efectuar correcta, sistemática y minuciosa exploración de la cavidad abdominal con el fin de detectar otras lesiones en el tracto digestivo.

Es importante el seguimiento periódico postoperatorio para descubrir precozmente recidiva local de la enfermedad o la aparición de la misma en otro sector del aparato digestivo.

Por último, debemos recordar que el resultado del tratamiento quirúrgico a largo plazo según Garlock deja mucho que desear. Cuanto más se prolonga el seguimiento, mayor es el número de recidivas, observándose buenos resultados alejados en sólo el 40 ó 50% de los casos.

Para Becker el porcentaje de reintervenciones es del 30%, mientras que para Avery Jones es del 25% antes de los 10 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BECKER J., SCHNEIDER K.: *Pediatric Surgery*. Older T.H. and Ashcraft K.W. Philadelphia, W.B. Saunders, 1980. p. 471.
2. BERRIDGE F.: Crohn's disease. A review of its diverse radiological appearances. *J. Irish Coll. Physicians Surg.* 5: 59, 1975.
3. BLOCK G., MOOSSA A., SIMONOWITZ H.: The operative treatment of Crohn's disease in Childhood. *Surg. Gynecol. Obstet.* 114: 713, 1977.
4. BOCKUS H.: *Gastroenterología*. 2ª ed. Barcelona. Salvat, 1966. T. 2, p. 232.
5. BURGESS J., LEGGE D., JUDD E.: Surgical treatment of regional enteritis of the stomach and duodenum. *Surg. Gynecol. Obstet.* 132: 628, 1971.
6. BURHENNE H., CARBONE J.: Eosinophilic (allergic) gastroenteritis. *Am. J. Roentgenol, Rad. Ther. Nuclear Med.*, 96: 332, 1966.
7. COMFORT M., WEBER H., BAGGENSTOSS A., KIELY W.: Non specific granulomatous inflammation of the stomach and duodenum; its relation to regional enteritis. *Am. J. Med. Sci.* 220: 616, 1950.
8. CROHN B., GINZBERG L., OPPENHEIMER G.: Regional ileitis: a pathologic and clinical entity. *J.A.M.A.*, 99: 923, 1932.
9. DANZI J., FARMER R., SULLIVAN B. (Jr.), RANKIN G.: Endoscopic features of gastroduodenal Crohn's disease. *Gastroenterology* 70: 9, 1976.
10. FARMER R., HAWK W., TURNBULL R. (Jr.): Clinical Patterns in Crohn's disease; a statistical study of 615 cases. *Gastroenterology* 68: 627, 1975.
11. FIELDING J., TOYE D., BETON D., COOKE W.: Crohn's disease of the stomach and duodenum. *Gut*, 11: 1001, 1970.
12. GOLIGHER J.: *Cirugía del ano, recto y colon*. 3ª ed. Barcelona, Salvat, 1981. p. 836.
13. JOHNSON O., HOSKINS D., TODD J., THORBJARNARSON B.: Crohn's disease of stomach. *Gastroenterology*, 50: 571, 1966.
14. JONES F., GUMMER J., LENNARD J.: *Gastroenterología clínica*. México. Interamericana, 1971. p. 459.
15. JONES G., DOOLEY H., SCHOENFIELD L.: Regional enteritis with involvement of duodenum. *Gastroenterology* 51: 1018, 1966.
16. GARLOCK J., CROHN B., KLEIN S.: An appraisal of the long term results of surgical treatment of regional enteritis. *Gastroenterology*, 19: 414, 1951.
17. LORENZO y LOSADA H., PERI L., KAUFMANN P., GRUNVALD E., MUÑOZ MONTEAVARO C.: *Enfermedad de Crohn*. *Cir. Urug.* 46: 190, 1976.
18. MAINGOT R.: *Operaciones abdominales*. Buenos Aires, Médica Panamericana, 1966. T. 2, p. 1076.
19. MALLESÓN P.: Isolated gastroduodenal Crohn's disease in a ten years old girl. *Postgrad. Med. J.* 56: 294, 1980.
20. MARTIN F., CARR R.: Crohn's disease involving the stomach. *Br. Med. J.* 1: 700, 1953.
21. PEREZ C., DOREMAN R.: Benign lymphoid hyperplasia of stomach and duodenum. *Radiology*, 87: 505, 1966.
22. POLLERO H.: Enteritis regional (enf. de Crohn). *Cir. Urug.* 41: 456, 1971.
23. PRYSE-DAVIES J.: Gastroduodenal Crohn's disease. *J. Clin. Path.* 17: 90, 1964.
24. PUIG R., CASSINELLI J., REISSENWEBER N., OTERO J., ASINER B., BALBOA O.: Ileitis y colitis granulomatosa (enf. de Crohn). *Cir. Urug.* 41: 447, 1971.
25. SHMERLING D.: Granulomatous ileocolitis (Crohn's disease). *Prog. Pediatr. Surg.* 11: 49, 1978.
26. VAN PATTTER W., BARGEN J., DOCKERTY M., FELDMAN W., MAYO C., WAUGH J.: Regional enteritis. *Gastroenterology*, 26: 347, 1954.
27. WELCH H.: *Enfermedad de Crohn*. Prensa Med. Argent. 57: 1388, 1970.