ENTERITIS HEMORRAGICA SEGMENTARIA

Prof. MARIO NOE y Drs. GUILLERMO ZIEGLER, ALBERTO GUZMAN,
JORGE DEL RIO y SERGIO HERRERA

Cátedra de Cirugía Infantil del Prof. Arnulfo Johow.
Hospital "Roberto del Río". Santiago.

Esta comunicación tiene por objeto dar a conocer una lesión del tubo digestivo, que por sus peculiares características, semejantes en parte y diferentes en otras, con cuadros similares, se presta a discusión diagnóstica respecto a su naturaleza.

Las afecciones más próximas serían la *ileítis regional* y la *metaplasia de mucosa gástrica en la pared del intestino*.

Antes de entrar directamente a una comparación, describiremos el cuadro correspondiente a nuestro enfermo y haremos un resumen de la ileítis regional, con el objeto de refrescar sintéticamente sus características.

CASO CLÍNICO

Enfermo de 10½ años, sin antecedentes de importancia, que consulta en el Policlínico de Medicina, porque desde hace tres años se queja de dolores abdominales intercurrentes, de tipo cólico, sin localización precisa, acompañados de vómitos, cefalea intensa y constipación. Estos síntomas se presentan en forma de crisis de cerca de tres meses de duración, para luego desaparecer por períodos variables de tiempo, salvo la constipación, que es constante.

Actualmente sus molestias datan de más o menos un mes y consisten, además de la constipación, en dolores de tipo cólico, de localización baja y de regular intensidad; vómitos que se repiten hasta tres veces en el día y gran cefalea, que lo han obligado a abandonar el colegio en varias oportunidades.

En el examen físico practicado en esa ocasión se comprobó un niño de buen estado nutritivo, afebril, que al palpar el abdomen se queja de dolor intenso en la F. I. D., sin resistencia de la pared y sin Blumberg, pero con Lanz y Psoas positivos. Radioscopia de tórax negativa.

Con diagnóstico de apendicitis aguda es enviado a nuestro Servicio de Cirugía, donde por no estimarse de urgencia la intervención quirúrgica, se cita para operarse en una fecha próxima.

Es hospitalizado 15 días después, o sea, al mes y medio de comenzada su crisis. El examen de ingreso sólo dió sensibilidad de la F. I. D.

Se opera a las 24 horas comprobándose lo siguiente:

Abierto el peritoneo, se encuentra un líquido turbio de color amarillento-verdoso en cantidad abundante, sin olor. Se ubica el apéndice, que presenta aspecto normal. Se efectúa la apendicectomía, pero como el aspecto de éste no satisface la sintomatología anterior, ni el líquido de reacción peritoneal encontrado, se explora el contenido abdominal, encontrándose en el intestino delgado, a unos 40 cms. de la válvula ileo-cecal, una zona bien delimitada, de más o menos 5 cms. de longitud, en la cual la pared intestinal presenta gran edema, consistencia acartonada, friable, de color rojo-vinoso y que presenta un pequeño hematoma en un borde. Esta área se encuentra libre, sin adherencias vecinas y el mesenterio es de aspecto totalmente normal, sin infarto ganglionar, sin edema ni hemorragia. Se efectúa la resección de toda la zona, seccionando en intestino sano y anastomosis término-terminal con puntos de hilo separados en dos planos. Exploración del resto del intestino y mesenterio negativa. Cierre por planos.

La evolución post-operatoria del enfermo se realizó en perfectas condiciones, sin hechos de importancia, siendo dado de alta a los 11 días de ingresado, con indicación de control.

La pieza enviada a examen anátomo-patológico dió el siguiente resultado: macroscópicamente se observa un trozo de intestino de cerca de 10 cms. de color rojo-oscuro, de consistencia dura, edematoso, que abierto por el borde libre muestra una mucosa sana, sin ulceraciones y sin exudado que la recubre. Microscópicamente el epitelio se observa intacto, reconociéndose las vellosidades normales, con sus células características. No se observa metaplasia epitelial. A nivel de la submucosa se observan focos hemorrágicos acompañados de edema, infiltrados inflamatorios ricos en leucocitos y eosinófilos; estas hemorragias aparecen a nivel de la musculatura donde también se observan infiltrados de inflamación perivascular; también se observa inflamación y hemorragias en el tejido subperitoneal. Conclusión. Enteritis Hemorrágica Segmentaria.

COMENTARIO

Revisamos la literatura en la forma más precisa posible, en busca de información sobre las ileítis y sus tipos, pudiéndose anotar el hecho definitivo, que el único

tipo de enteritis segmentaria corresponde a la *enfermedad de Crohn* o *ileitis regional*, no encontrándose en toda ella la descripción de otras enteritis regionales, de distinto origen o características.

Descrita por Crohn y denominada *ileitis terminal*, su nombre fué posteriormente cambiado a *ileitis regional*, porque se observaron muchos casos en que se presentaba alejada de la válvula, comprometiendo inclusive el yeyuno y colon ascendente.

Su *etiología* es desconocida, creyéndose que puede ser de origen inflamatorio, provocado por virus.

La *anatomía patológica* muestra en el aspecto macroscópico lesiones avanzadas, pues es raro obtener casos recientes. El intestino se encuentra estrechado, grueso, como acartonado, de consistencia similar a la goma; la superficie serosa aparece sumamente vascularizada y edematosa; la mucosa está ulcerada, cubierta de exudado purulento; puede encontrarse tractos fistulosos internos entre esta zona engrosada y el intestino vecino, hacia otros órganos o al exterior. El proceso es francamente regional, estando limitado por intestino normal por ambos lados y abarcando áreas de hasta 20 cms.; el compromiso es frecuente en el íleon terminal, donde, según Marshak² de 750 casos examinados, 507 (67,4%), se situaban en los últimos 25 cms.; puede ser múltiple, pudiéndose encontrar, como de hecho ha observado Otani¹, hasta 12 granulomas en un solo intestino.

El examen microscópico es siempre parecido en las formas avanzadas: signos inflamatorios difusos, que pueden dar lugar a abscesos de la submucosa, que son los puntos de partida de los tractos fistulosos. Además de la gran cantidad de linfocitos y células plasmáticas que se encuentran en esta cepa, es característico de esta enfermedad encontrar esparcidos por las capas del intestino corpúsculos formados por células epitelioides y células gigantes, semejantes a las de Langhans, por lo cual se le creyó en un comienzo de origen tuberculoso; las capas musculares se encuentran hipertrofiadas y bastante inflamadas, al igual que las capas más externas. La mucosa presenta úlceras profundas y estrechas con islotes de ella hipertrofiados entre esas ulceraciones, dando un aspecto de empedrado. Según Bockus⁷, en los casos agudos sólo se encuentra hiperplasia de tejido conjuntivo y

linfodema obstructivo, no encontrándose ninguno de los síntomas señalados anteriormente. El mesenterio, tanto en los casos agudos como en los crónicos, se encuentra edematoso, con compromiso del sistema ganglionar y pueden encontrarse también las lesiones granulomatosas tardías.

La *sintomatología* generalmente data de mucho tiempo, a veces años, y preferentemente se presenta en adultos jóvenes o adolescentes. Según Anfanger³ se presenta en el 15% de los casos. De carácter familiar, su comienzo es insidioso, caracterizado por compromiso del estado general, temperatura baja e irregular y molestias abdominales consistentes en dolor cólico de localización imprecisa, episodios de diarreas intensas y, a veces, se logra palpar en la F. I. D. o parte baja del abdomen, una masa de consistencia dura, movable. Puede acompañarse de dolores articulares de tipo reumatoideo, que según Van Patter⁵ se presenta en el 4,5% de los casos.

La *sintomatología* puede también tener un comienzo agudo, que siempre es confundido con una apendicitis aguda, la cual en el acto quirúrgico no existe, sino que se encuentra una enteritis regional. La conducta seguida es siempre no reseca esa zona comprometida y en cuanto a la apendicectomía, muchos creen que es mejor efectuarla, puesto que si persistieran las molestias, no se sabría a qué atribuir, si a la apendicitis o a un recrudecimiento de la ileítis. El comienzo agudo generalmente no es precedido de otras molestias, salvo crisis de diarreas.

El *examen radiológico* de la fase crónica es siempre característico: muestra el signo del cordel, que es una delgada imagen de bario que une dos porciones de intestino de caracteres normales. Puede apreciarse también las imágenes de úlceras de la mucosa. En la fase de estenosis pueden verse los signos de dilatación del intestino por encima de la lesión. En general, la *sintomatología radiológica* se deriva del gran espesamiento de la pared y de la disminución del lumen del intestino. Kiefer y Ross¹² han realizado en 7 de 11 enfermos, exámenes radiológicos en el comienzo agudo de las ileítis, en los cuales los signos radiológicos pueden resumirse a 4: 1) Hipermotilidad del intestino delgado. 2) Asas bastante separadas, sugiriendo espesamiento de la pared del delgado. 3)

Largos segmentos de espasmos pronunciados; y 4) Irregularidades de las imágenes de la mucosa, sugiriendo edema por el aplanamiento de las vellosidades; en todos estos casos se comprobó el diagnóstico con laparotomía exploradora.

El tratamiento de la ileítis regional es médico en su gran parte. Consiste en reposo absoluto, régimen alimenticio severo, antibióticos y cortisona y ACTH, pero estos últimos han desilusionado en su actuación. El tratamiento quirúrgico debe efectuarse cuando sobrevenga una complicación como obstrucción intestinal, presencia de fistulas, perforación de la zona comprometida, o bien, cuando el tratamiento médico haya fracasado en aliviar al enfermo.

El tratamiento quirúrgico consiste en resección de la zona enferma u operaciones derivativas, como la ileotransversostomía, realizadas estas últimas al haberse comprobado recidivas con la resección, que según Kiefer⁶ llega hasta el 34% de los enfermos.

El tratamiento de las formas agudas, como ya lo hemos mencionado, es sólo médico, reponiendo en el interior del abdomen el intestino al hacerse un hallazgo de esta naturaleza. Respecto a la extirpación del apéndice existen criterios encontrados, puesto que unos dicen que esto pudiera significar el punto de partida de una fistula, por lo cual se abstienen, pero otros, como Eliason y Johnson, citados por Storrs y Hoekelman¹² insisten en que se debe extraer, porque puede desorientar en el futuro, al aparecer nuevas molestias de esta índole.

Evolución y Pronóstico: La evolución de los enfermos de ileítis es generalmente progresiva, llevando a la obstrucción intestinal, o bien a producir molestias de otra índole, como ser peritonitis, fistulas, gran compromiso del estado general, etc. Es por ésto que el pronóstico no puede ser sino reservado, lo que se justifica aún más si pensamos en el hecho que el tratamiento quirúrgico suele ser operante solamente por un tiempo, ya que las recidivas son frecuentes: las operaciones derivativas también tienen complicaciones, puesto que se ha visto que suele reproducirse a cierta distancia de la boca anastomótica; estas recidivas pueden ser varias y se describen muchos enfermos en que se han efectuado consecutivamente hasta que mueren de una complicación.

En las formas agudas de los niños se ha visto que generalmente la evolución es hacia la mejoría, no así en el adulto, donde Portis y Bockus^{4,7} describen siempre la progresión hacia la cronicidad. En los primeros, Storrs y Hoekelman llegan a concluir que Bargan (citado por Kiefer y Ross) tiene razón al sugerir que la ileítis regional aguda del niño es una entidad distinta a la del adulto.

Vayan ahora los puntos de contacto y las diferencias de nuestro enfermo con la enfermedad de Crohn.

Veamos primero las semejanzas:

1. Clínicamente hablando, la sintomatología de nuestro enfermo calza dentro del comienzo del período agudo de la ileítis regional, que siempre se ha confundido con una apendicitis aguda. Solamente hay ausencia de crisis diarreicas en nuestro enfermo.

2. El aspecto macroscópico, su ubicación y el carácter francamente segmentario está de acuerdo en nuestro enfermo con la Enfermedad de Crohn.

Fuera de estos dos hechos, no encontramos otros puntos de contacto.

Las diferencias entre ambos cuadros son las siguientes:

1. Las crisis de diarreas, típicas en el comienzo de la enfermedad de Crohn aguda, no existen en nuestro enfermo, sino más bien, ha presentado estitiquiez como síntoma predominante.

2. El segundo hecho divergente es la presencia de abundante líquido de reacción peritoneal, el que no se encuentra descrito en los casos agudos de la enfermedad de Crohn que figuran en la literatura.

3. El mesenterio es totalmente normal, sin presentar siquiera un ligero edema o infarto ganglionar, ni en la región correspondiente al segmento intestinal afectado ni en las partes vecinas o alejadas.

4. La mucosa también es normal, tanto en su aspecto macroscópico como en la estructura histológica. No existen ulceraciones ni secreciones, ni islotes hipertrofiados.

5. En el resto de las capas de la pared intestinal no hay hiperplasia de tejido conjuntivo, ni hay gránulos tuberculares con células epitelioides gigantes. Solamente hay edema, infiltración linfocitaria y sobre todo numerosos focos hemorrágicos.

Como se puede apreciar después de la descripción efectuada, nos encontramos ante una afección que podríamos colocar dentro del poco conocido cuadro del Crohn agudo. Sin embargo, nos deja perplejos el hecho de que todos los autores están conformes en asegurar que siempre hay un compromiso del mesenterio, y que en nuestro enfermo es totalmente inexistente. Además nuestra anamnesis habla de crisis de 3 meses de duración que se repetían continuamente desde hace 3 años, de modo que tendríamos entonces que pensar más bien en el desencadenamiento de una crisis aguda dentro de una afección de curso crónico.

Por esta duda, nosotros sólo hemos querido dar a la publicidad científica la descripción de un caso más, que posiblemente ayude a reforzar el cuadro de la ileitis, por el momento, no nos atrevemos a catalogar sino como "Enteritis hemorrágica segmentaria".

La falta de diarrea, que precede estas crisis, como de las lesiones típicas histopatológicas de la cronicidad, nos llenan nuevamente de incertidumbre.

Es precisamente esta incertidumbre, y la posibilidad que pudiera tratarse de una metaplasia con perforación microscópica de la pared intestinal, debido al líquido turbio de reacción peritoneal existente, que nos decidió a efectuar la resección del segmento. El examen histopatológico descartó después también esta posibilidad.

Posiblemente el futuro, al deparar nuevos casos en que se pueda efectuar estudios minuciosos, nos dé mayor luz y conocimientos sobre estos cuadros.

RESUMEN

Se describe un caso de Enteritis Hemorrágica Segmentaria, con manifestaciones clínicas y hallazgos anatómicos diferentes de la Ileitis Regional o Enfermedad de Crohn.

SUMMARY

HEMORRHAGIC SEGMENTAL ENTERITIS.

A description is made on a case of Hemorrhagic Segmental Enteritis, which clinical picture and pathological findings were different from Regional Ileitis or Crohn's disease.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—SADAO OTANI. — Pathology of Regional Enteritis. Journ. Mount Sinal Hosp. Vol. XXII, Nº 3. Pág. 146, 1955.
- 2.—MARSHAK R. — Roentgen Findings in Regional Enteritis. Amer. J. Roent. Vol. 74, Nº 6, Pág. 1000, 1955.
- 3.—ANFANGER H. — Regional Ileitis in Children. J. Mount Sinal Hosp. Vol. XXII, Nº 3. Pág. 187, 1955.
- 4.—PORTIS, S. A. — Diseases of the Digestive System. Lea y Febiger. Philadelphia, 1953.
- 5.—VAN PATTER y Col. — Regional Enteritis. Gastroenterology. Vol. 26. Pág. 347, 1952.
- 6.—KIEFER, E. C. — Recurrent Ileitis. Surg. Clin. N. Amer. Junio 1955. Pág. 801.
- 7.—BOCKUS, H. — Gastroenterology. W. C. Saunders Company. Philadelphia-London, 1943.
- 8.—RAMEY, P. y Col. — Lesions of Small Intestine. Surg. Clin. N. Amer. Oct. 1952. Pág. 1464.
- 9.—CORNELL, A. — The extraintestinal Manifestations of Regional Ileitis. J. Mount Sinal Hosp. Vol. XXII, Nº 3. Pág. 170, 1955.
- 10.—MADISON, T. G. y Col. — Chronic Regional Enteritis in Children Arch. Dis. Child. Vol. 30, Nº 153. Pág. 153, 1955.
- 11.—MAYO, C. W. — Surgery of the Small and Large Intestine. The Year Book Publishers. Chicago, 1954.
- 12.—STORRS, R. C. y HOEKELMAN, R. A. — Acute Regional Enteritis in Children. New England. J. Med. 248:321, 1953.
- 13.—KIEFER, E. C. and ROSS, J. R. — Criteria in Management of Chronic Ileitis. J. A. M. A. 129: 104, 1945.
- 14.—LAGOS GARCIA, A. y GARCIA DIAZ, C. — La ileitis regional aguda en el niño. Arch. Arg. Pediatr. 19: 289, 1943.
- 15.—CROHN. — Regional Ileitis. A pathologic and clinical Entity. J. A. M. A. Vol. 99, 16:1323, 1932.