

## Cartas al Director

### Hemorragia severa por enfermedad de Crohn complicada, tratada con infliximab

---

*Palabras clave: Enfermedad de Crohn. Curación mucosa. Sangrado gastrointestinal.*

*Key words: Crohn's disease. Mucosal healing. Gastrointestinal bleeding.*

---

*Sr. Director:*

La hemorragia gastrointestinal severa se considera una complicación infrecuente de la enfermedad de Crohn (EC) (1). La hemorragia se origina por lesiones graves de la mucosa, siendo por tanto su curación, el principal objetivo del tratamiento (1,2). Exponemos el caso de un paciente con EC, sometido a cuatro intervenciones quirúrgicas por mala evolución clínica, que es tratado posteriormente con infliximab por hemorragia severa.

#### Caso clínico

Varón de 44 años sin antecedentes de interés, diagnosticado de colitis ulcerosa e intervenido, con colectomía total e ileostomía terminal, por megacolon tóxico. Acude a Urgencias por dolor abdominal difuso de tipo cólico de 18 horas de evolución, con varias deposiciones líquidas inicialmente, y cierre intestinal en las últimas horas. A la exploración, abdomen distendido y doloroso, con ruidos hidroaéreos ausentes. Ileostomía terminal iliaca derecha con escaso débito y hernia paraileostómica no reductible. Analíticamente, presentaba hemograma normal y

bioquímica con glucosa 388 mg/dl, urea 98 mg/dl, GOT 50 U/l, GPT 52 U/l, LDH 556 U/l, GGT 159 U/l, CK 41 U/l, TG 358 mg/dl, PT 5,2 g/l y PCR 63 mg/l. La gasometría venosa, ionograma y coagulación eran normales con fibrinógeno de 891 mg/dl. La radiología simple y TAC abdominal eran compatibles con oclusión intestinal. Ante la falta de respuesta al tratamiento médico, se decide tratamiento quirúrgico de la hernia paraileostómica presentando posteriormente empeoramiento del estado general, signos de sepsis y celulitis de piel y tejido celular subcutáneo abdominal circundante al ostoma, reinterviéndose en otras 2 ocasiones, con resección de 50 cm de intestino delgado cada una, presentando ulceraciones profundas, perforaciones y pequeños abscesos adyacentes al ostoma. Durante el postoperatorio, el paciente comienza con sangrado difuso por el orificio de ileostomía y necrosis en los últimos centímetros de esta. La endoscopia alta, hasta segunda porción duodenal era normal. Ante estos hallazgos, se procede a la reapertura de la herida quirúrgica, apreciándose necrosis de los últimos centímetros del asa de ileostomía, sangrado activo de ulceraciones profundas de la mucosa y perforaciones cubiertas con coágulos intraluminales, reseccándose nuevamente 50 cm de intestino afectado. La anatomía patológica de la pieza resulta compatible con enfermedad de Crohn. El paciente continuó con hemorragia digestiva persistente y signos de inestabilidad hemodinámica, requiriendo transfusión de 10 concentrados de hematíes y 2 de fibrinógeno, sin respuesta a corticoterapia a dosis plenas, por lo que se inicia tratamiento con infliximab previa realización de placa de tórax, *mantoux* negativo y TAC toracoabdominal que descartó procesos infecciosos. Cinco días después de la primera dosis de infliximab, el sangrado remite y tres meses después se encuentra asintomático, con terapia de mantenimiento con infliximab y en la enteroscopia de control, se observa mucosa intestinal sin ulceraciones.

#### Discusión

El sangrado gastrointestinal severo constituye una complicación infrecuente de la EC (0,9 a 6%) (1), presentándose entonces, como debut de la misma, en casi la mitad de los casos (2).

La mayor parte de las hemorragias severas la presentan pacientes con una media de tiempo de evolución de la enfermedad baja y aunque el 50% de estos episodios pueden autolimitarse, la hemorragia puede recurrir hasta en el 35% (3). Ante una hemorragia en un paciente con EC hay que tener en cuenta que hasta en el 65% (2), puede ocurrir en enfermos sin síntomas relacionados con la actividad del proceso inflamatorio intestinal. Respecto a la localización más frecuente del sangrado existe controversia, reportándose, según los estudios la mucosa colónica (2) o la ileal (4). La combinación de la endoscopia y la arteriografía tiene un alto valor diagnóstico. El manejo de la hemorragia digestiva severa incluye resección quirúrgica, tratamiento médico específico (corticoides e inmunosupresores), endoscópico y radiología intervencionista (2). Debido a que la hemorragia es atribuible en la mayor parte de los casos a áreas ulceradas de la mucosa y la recurrencia es alta, alcanzar la curación mucosa, constituye actualmente el objetivo más importante (1,2). En los ensayos clínicos publicados hasta la fecha, los corticoides y derivados 5-ASA, no han demostrado eficacia en lograr la curación mucosa (5). D'Haens y cols. (6) reportaron que la terapia de mantenimiento con azatioprina puede lograr un grado significativo de curación mucosa con mejora histológica asociada, obteniendo la curación completa de la mucosa colónica en el 70% de los pacientes y de la mucosa ileal, en el 54%. Rutgeerts y cols. (7), en el subestudio endoscópico ACCENT I, observaron que el tratamiento de mantenimiento con infliximab ofrece mayor beneficio en relación a la curación mucosa de los pacientes con EC, con una mejora significativa de las áreas de ulceración y tasas más altas de curación mucosa.

En conclusión, dado que el infliximab puede inducir una rápida curación de la mucosa en pacientes con EC, debe ser con-

siderado en los casos de complicación por hemorragia gastrointestinal, a fin de intentar reducir la cirugía.

L. Julián-Gómez<sup>1</sup>, R. Atienza<sup>1</sup>, J. Barrio<sup>1</sup>, P. Gil<sup>1</sup>, S. Gómez de la Cuesta<sup>1</sup>, P. Pinto<sup>2</sup>, N. Alcaide<sup>1</sup> y A. Caro-Patón<sup>1</sup>

*Servicio de <sup>1</sup>Aparato Digestivo y <sup>2</sup>Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Río Hortega. Valladolid*

### Bibliografía

1. Papi C, Gili L, Tarquini M, Antonelli G, Capurso L. Infliximab for severe recurrent Crohn's disease presenting with massive gastrointestinal hemorrhage. *J Clin Gastroenterol* 2003; 36: 238-41.
2. Belaiche J, Eduard L, D'Haens G, Cabooter M, Naegels S, De Vos M, et al. Acute lower gastrointestinal bleeding in Crohn's disease: characteristics of a unique series of 34 patients. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 2177-81.
3. Robert JR, Sachar DB, Greenstein AJ. Severe gastrointestinal hemorrhage in Crohn's disease. *Ann Surg* 1991; 213: 207-11.
4. Barreiro de Acosta M, Seijo Ríos S, Domínguez Muñoz JE. Hemorragia digestiva baja masiva en pacientes con enfermedad de Crohn. *Rev Esp Enferm Dig* 2007; 99: 388-91.
5. Froslic KF, Jhansen J, Moum BA, Vatn MH. Mucosal healing in inflammatory bowel disease: results from a Norwegian population-based cohort. *Gastroenterology* 2007; 133: 412-22.
6. D'Haens G, Geboes K, Rutgeerts P. Endoscopic and histologic healing of Crohn's ileo-colitis with azathioprine. *Gastrointest Endosc* 1999; 50: 667-1.
7. Rutgeerts P, Diamond RH, Bala M, Olson A, Lichtenstein GR, Bao W, et al. Scheduled maintenance treatment with infliximab is superior to episodic treatment for the healing of mucosal ulceration associated with Crohn's disease. *Gastrointest Endosc* 2006; 63: 433-42.