

ILEITIS REGIONAL, ENFERMEDAD DE CROHN LIKE, INDUCIDAD POR AINES. INFORME DE UN CASO

Walter Marcial Martínez Rodríguez¹, Julio Jiménez Galainena², Rosa María Píera Rosillo³, Janet Lamadrid García².

1-Profesor Consultante y Auxiliar, especialista de I y II Grado, en Anatomía Patológica, investigador auxiliar, Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR).

2-Especialista de II Grado en Anatomía Patológica.iINOR

3-Doctora en Ciencias y Profesora Titular de Anatomía Patológica. FCMUH "Gral. Calixto García"

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN.

Recientes estudios han demostrado que en un 70% de los pacientes que toman por largos años AINES desarrollan ileitis crónica, pocos llegan a presentar complicaciones más graves, como mala absorción, perforación, hemorragia, u obstrucción intestinal, el cuadro clínico que presentan estos pacientes es muy semejante a la enfermedad de Crohn con la cual debe hacerse, el diagnóstico diferencial. Por el interés que reviste el tema presentamos un caso.

OBJETIVO

Presentar un nuevo caso de Ileitis regional, Enfermedad de Crohn like, inducida por AINES.

MATERIAL Y MÉTODO.

Se describe la clínica, diagnóstico y tratamiento de un caso de Enfermedad de Crohn like, inducida por AINES, con antecedentes de adenocarcinoma de pulmón.

PRESENTACIÓN

Paciente masculino, mestizo, tomador crónico de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), de 52 años de edad, con antecedentes, de un año de evolución, de adenocarcinoma de pulmón que recibió, quimioterapia y radioterapia; posteriormente se opera, realizándosele lobectomía superior derecha. Ahora, ingresa por cuadro de disnea y marcada distensión abdominal con íleo paralítico. Es intervenido quirúrgicamente y se encuentra una apendicitis aguda supurada. Evoluciona tórpidamente, cae en choque

séptico; posteriormente comienza con disnea, se le realiza un tórax que se interpreta como un síndrome de distress respiratorio del adulto, cae en una disfunción múltiple de órganos y fallece.

CONCLUSIONES.

Ante un cuadro clínico sospechoso de Enfermedad de Crohn en un tomador crónico de AINES, la posibilidad de que la enfermedad sea inducida por ellos debe ser tomada en cuenta. El diagnóstico temprano para una terapéutica temprana es mandatorio.

INTRODUCCIÓN.

Recientes estudios han demostrado que en un 70% de los pacientes que toman por largos años AINES desarrollan ileitis crónica, pocos llegan a presentar complicaciones más graves, como mala absorción, perforación, hemorragia, u obstrucción intestinal, el cuadro clínico que presentan estos pacientes es muy semejante a la enfermedad de Crohn con la cual debe hacerse, el diagnóstico diferencial. Por el interés que reviste el tema presentamos un caso.

OBJETIVO

Presentar un nuevo caso de Ileitis regional, Enfermedad de Crohn like, inducida por AINES.

MATERIAL Y MÉTODO.

Se describe la clínica, diagnóstico y tratamiento de un caso de Enfermedad de Crohn like, inducida por AINES, con antecedentes de adenocarcinoma de pulmón.

PRESENTACIÓN

Paciente masculino, mestizo, tomador crónico de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), de 52 años de edad, con antecedentes, de un año de evolución, de adenocarcinoma de pulmón que recibió, quimioterapia y radioterapia; posteriormente se opera, realizándosele lobectomía superior derecha. Ahora, ingresa por cuadro de disnea y marcada distensión abdominal con íleo paralítico. Es intervenido quirúrgicamente y se encuentra una apendicitis aguda supurada. Evoluciona tórpidamente, cae en choque séptico; posteriormente comienza con disnea, se le realiza un torax que se

interpreta como un síndrome de distress respiratorio del adulto, cae en una disfunción múltiple de órganos y fallece.

MACROSCOPIA.

B14-4551:

Rot como BSQ bronquial. No tumor en el fragmento examinado

B14-4552:

Rot como LSD se recibió:

LSD que midió 14x12x4 cm pleura pardo violácea, zonas de enfisema y bulas de enfisema. Hacia el apex y la base se observan zonas con depósitos fibrinosos, fibrosis y retracción pleural. A la apertura del árbol bronquial en relación con segmento terminal del bronquio se observa masa tumoral que mide 3.5x 3.3x 2 cm, que infiltra pleura, con extensas zonas de necrosis; y se encuentra a 1,5 cm del BSQ bronquial. Se disecan 4 ganglios peribronquiales.

B15-11636

Apéndice de 10x8 cm, de serosa deslustrada, congestiva granulosa, cubierta por escasa cantidad de fibrina en su tercio distal. Al examen de su luz se encontró, en su tercio proximal, un grano de trigo inflado y en el trayecto, muchos parásitos (*trichiuris trichiuris*); la mucosa presentaba aspecto adoquinado. Conjuntamente se observaron úlceras irregulares de las últimas asas ileales no confluentes, superficiales, no socavantes (Figura1).

MICROSCOPIA

B14-4552

Adenocarcinoma moderadamente diferenciado con áreas de hemorragia y necrosis extensa con infiltración pleural y permeación vascular. Se observan áreas de células claras con tendencia a formar células en anillo de sello. La lesión midió 3,5x3,3x2 cm y se encontraba a 1,5 cm del BSQ bronquial. Se disecaron 4 ganglios linfáticos peribronquiales con metástasis en uno de ellos (1/4)

B15-11636

Apendicitis aguda supurada con periapendicitis, marcada congestión vascular y presencia de células grasas de células mesoteliales reactivas.

En el ileon se encontraron úlceras con infiltrado inflamatorio crónico policlonal con fibrosis de la submucosa y transmural, hipertrofia del músculo liso (Figura2-3).

RESULTADOS DE AUTOPSIA.

CDM 7998a Fallo Multiorganico
CIM 7998d Daño Multiorganico
CIM 5550d Ileitis Regional Enfermedad de Crohn like
CBM 1623 Adenocarcinoma moderadamente diferenciado (lobulo superior)
pulmon derecho
CC 4293ca Hipertrofia y dilatacion biventricular a predominio izquierdo
CC a411 Antecedentes apendicectomia
4151ga Tromboembolismo pulmonar ramas gruesas bilateral
5679b Peritonitis fibrinosa difusa
5601a Ileo paralitico del intestino
5601b Ileo paralitico del colon
5361 Dilatacion aguda del estomago
5187mEdema pulmonar mixto (cardiogenico y de permeabilidad)
moderado
4645ba Traqueobronquitis aguda pseudomembranosa
7863cc Hemorragia peritraqueal
4140e Aterosclerosis coronaria grado iii(intensa)
4400e Aterosclerosis aorta y sus ramas grado iii(intensa)
4149b Cardiopatia isquemica cronica
5718an Esteatosis hepatica severa panlobulillar a gotas gruesas
5730 Congestion pasiva cronica hepatica
5351 Gastritis cronica
2895t Infarto esplenico reciente
5739 Hepatitis reactiva

DISCUSIÓN

En la actualidad los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) constituyen uno de los grupos farmacológicos de uso más frecuente, tanto por su acción frente a los mediadores de la inflamación, como por su efecto analgésico y antiagregante. Esta utilización no está exenta de efectos adversos y aunque el porcentaje de pacientes tratados con AINE y que desarrollan lesiones importantes es bajo (1%-2% anual), supone un importante problema de salud. El elevado consumo de antiinflamatorios, tanto por prescripción como por consumo libre, hace que en términos absolutos el número de pacientes con necesidad de hospitalización por estas complicaciones, el volumen de recursos sanitarios empleados y la mortalidad derivada sean enormemente elevados. En Estados Unidos se les considera responsables de más de 70.000 hospitalizaciones/año y de 10.000-20.000 muertes/año (1). Los pacientes mayores de 60 años, los pacientes con historia previa ulcerosa o

aquellos que consumen altas dosis de AINE o los que asocian AINE con corticoides, anticoagulantes o ASS a dosis bajas, presentan mayor riesgo para desarrollar lesiones y son la población que debe recibir gastroprotección, fundamentalmente con inhibidores de la bomba de protones o misoprostol. Actualmente una alternativa válida es la utilización de los inhibidores específicos de la ciclooxigenasa-2 o "COXIB", con similar efecto antiinflamatorio y una menor incidencia de complicaciones gastrointestinales, lo que puede suponer el no precisar gastroprotección concomitante en la mayor parte de las situaciones (2-4).

CONCLUSIONES.

Ante un cuadro clínico sospechoso de Enfermedad de Crohn en un tomador crónico de AINES, la posibilidad de que la enfermedad sea inducida por ellos debe ser tenida en cuenta. El diagnóstico temprano para una terapéutica temprana es mandatorio.

BIBLIORAFIA.

1-Fries JF. NSAID gastropathy: the second most deadly rheumatic disease? Epidemiologic and risk appraisal. J Rheumatol 1991; 18 Supl 28:6-10.

2-Lanas A, Piqué JM, Ponce J. Asociación Española de Gastroenterología. Estrategia clínica para el paciente que precisa antiinflamatorios no esteroideos. Papel de los inhibidores de la COX-2. Gastroenterol Hepatol 2001; 24(1):22-36.

3-Lanas A, Hirschowitz BI. Toxicity of NSAIDs in the stomach and duodenum. Eur J Gastroenterol Hepatol 1999; 11:375-81.

4-Singh G, Ramey DR, Morfeld D, Shi H, Hatoum HT, Fries JF. Gastrointestinal tract complications of nonsteroidal antiinflammatory drug treatment in rheumatoid arthritis. Arch Intern Med 1996; 156:1530-6.



Figura1. Ileón terminal con úlceras irregulares de bordes bien definidos, no confluentes, no socavantes, no perforadas, no fistulizadas.

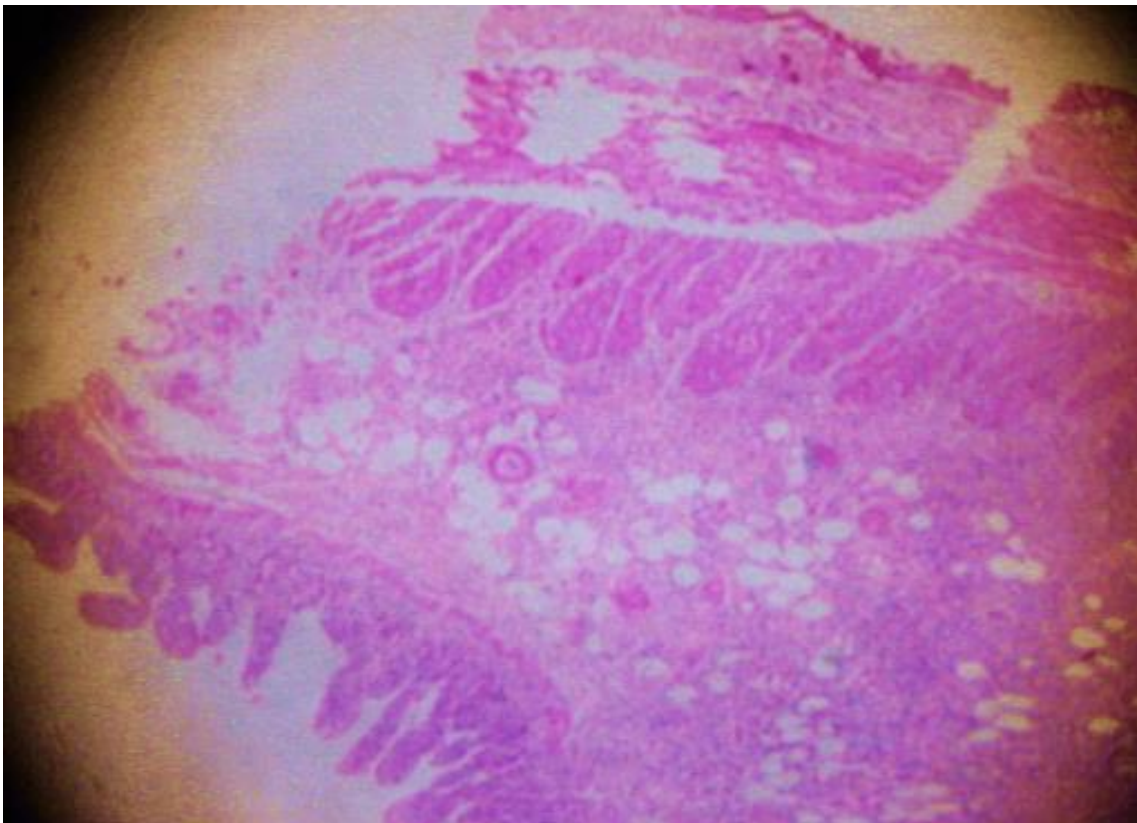


Figura2. Borde de una ulcera del ileon con infiltrado inflamatorio de todas las capas y fibrosis submucosa y transmural (Borde sperior derecho de la figura). HE 10x

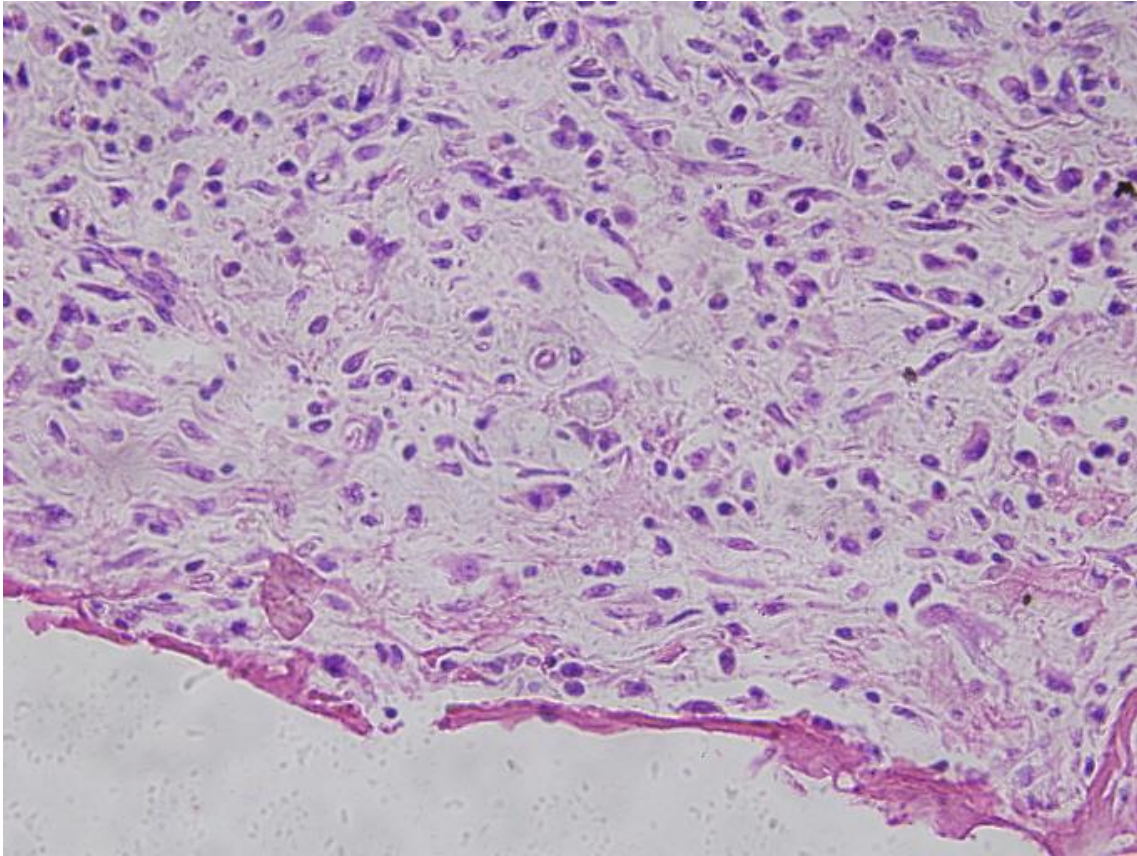


Figura3. HE INFILTRADO POLICLONAL EN LA PARED DE LAS ÚLCERAS EN ILEON.HE.20x