

# OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ENTEROLITO COMO PRIMERA MANIFESTACION DE ENFERMEDAD DE CROHN EN ANCIANO

L. Sánchez-Moreno, F. López-Bernal, Z. Valera-Sánchez, M. Flores-Cortés, F. Pareja-Ciuró, E. Prende-Sillero

Unidad de Cirugía de Urgencias. Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

## Introducción

Los enterolitos asociados a la enfermedad de Crohn son extremadamente raros, menos de 25 casos han sido descritos en la literatura. Suelen aparecer en pacientes con una larga historia de enfermedad de Crohn conocida (7 o más años).

Presentamos un caso de una paciente de 83 años de edad que presentó un cuadro de obstrucción intestinal debido a un enterolito impactado en una zona de intestino delgado estenosado, diagnosticándose de enfermedad de Crohn tras la cirugía.

## Caso Clínico

Enferma de 83 años de edad, que presentó un cuadro de dolor abdominal de cuatro días de evolución acompañado de estreñimiento y náuseas sin vómitos. Como antecedentes personales, hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina. A la exploración, el abdomen estaba distendido, timpánico, con dolor y defensa generalizada y aumento del peristaltismo. La analítica mostró una neutrofilia del 80% sin otras alteraciones y la radiografía de abdomen reveló una dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos (**Figura 1**).

Con impresión diagnóstica de obstrucción intestinal, se inicia tratamiento médico consistente en sueroterapia, reposo intestinal y descompresión gastrointestinal, sin obtenerse mejoría, por lo que la paciente es intervenida quirúrgicamente. La laparotomía reveló un segmento ileal estenosado, con engrosamiento de mesos a unos 10 cm de la válvula ileocecal, con un cálculo en su interior (**Figura 2**), por lo que se realiza resección segmentaria ileal y anastomosis latero-lateral mecánica. Es dada de alta en el 7º día del postoperatorio con evolución favorable. El estudio anatomopatológico macroscópico mostró un segmento de intestino delgado de 22 cm de longitud, tras su apertura se observaron dos áreas de estenosis situadas a 3 y 8 cm de uno de los bordes de resección, enterolito en su interior y engrosamiento de las paredes con estrechamiento de la luz en un 60% y aspecto congestivo de la mucosa con borrado de los pliegues. La microscopía mostró enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn) con afectación ileal y con signos de actividad moderada-severa, que no afectaban a bordes de resección.

## Discusión

La asociación íleo biliar y Crohn es extremadamente rara, siendo su diagnóstico preoperatorio muy difícil. En la literatura se han descrito obstrucciones intestinales por íleo biliar en pacientes con segmentos afectados por enfermedad de Crohn ya diagnosticada<sup>1, 2, 3</sup>. También se ha descrito el íleo biliar sin fístula bilioentérica<sup>4</sup>. En nuestro caso, describimos un íleo biliar sin fístula bilioentérica en enfermo sin diagnóstico previo de enfermedad de Crohn.

Los enterolitos en la enfermedad de Crohn suelen localizarse en el segmento intestinal afectado, fundamentalmente

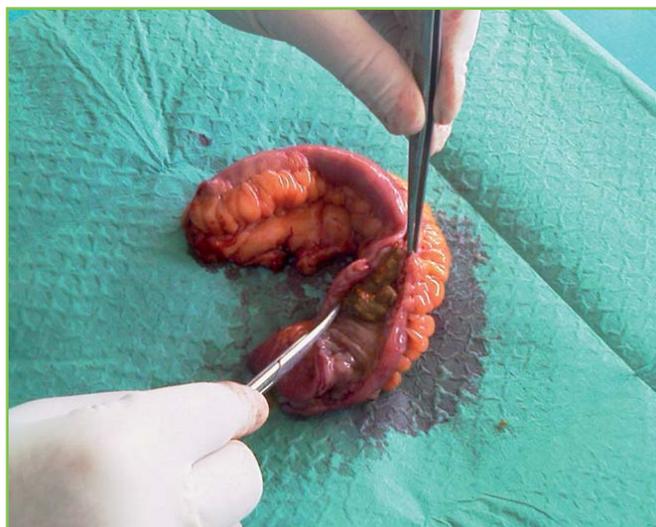
### CORRESPONDENCIA

Laura Sánchez Moreno  
Avda/ Dr Leal Castaño, 7, 3ºD  
41009 Sevilla

lsanchezm79@hotmail.com



**Figura 1**



**Figura 2**

en el ileon terminal, como ocurrió en nuestra paciente, pero pueden aparecer en cualquier zona del tracto gastrointestinal. Estos enterolitos pueden formarse por la presencia de sales de calcio (carbonato cálcico, oxalato cálcico y fosfato cálcico) en el ambiente alcalino que existe en el ileon distal de estos pacientes, debido a malabsorción de sales biliares por disfunción ileal<sup>5</sup>. La enfermedad de Crohn activa de más de 10 años de evolución incrementa el riesgo de cáncer gastrointestinal en estos pacientes. Varios casos han sido descritos en la literatura en los cuales se ha encontrado un adenocarcinoma sobre una estenosis intestinal con enterolito en paciente con enfermedad de Crohn. Por ello, el tratamiento definitivo, es la resección del segmento intestinal con extracción del cálculo. La laparoscopia puede ser factible como vía de abordaje<sup>6</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Basili G, Lorenzetti L, Celona G, Biondi G, Preziuso E, Angrisano C, Goletti O, Belcari C, Venturini G. Gallstone ileus in patient with Crohn's disease: report of a clinical observation. *Surg Endosc* 2006; 20:703-4.
2. La Meir M, Van Molhem Y. Recurrence of gallstone ileus with Crohn's disease. *Acta Chir Belg* 2001; 101:35-7.
3. Senofsky GM, Stabile BE. Gallstone ileus associated with Crohn's disease. *Surgery* 1990; 108:114-7.
4. Almogy G, Bauer JJ, Venturero M, Presen DH. Gallstone ileus and Crohn's disease without biliary-enteric fistula: report of a unique case. *Mt Sinai J Med* 2000; 67:159-62.
5. Lapidus A, Einarsson C. Bile composition in patients with ileal resection due to Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis* 1998; 4:89-94.
6. Jones MW, Koper B, Weatherhead WF. Crohn's disease with enterolith treated laparoscopically. *JSL* 2005; 9:339-41.