

APENDICITIS AGUDA COMO DEBUT DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

ACUTE APPENDICITIS AS A MANIFESTATION OF CROHN'S DISEASE

Gómez Sánchez J, Zurita Saavedra M, Cabello Calle G, Mirón Pozo B

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Resumen

La enfermedad de Crohn es una patología autoinmune incluida en las enfermedades inflamatorias intestinales. Su etiopatogenia es multifactorial, incluyendo factores genéticos, inmunitarios y ambientales. La localización más frecuente de su afectación es en íleon terminal y su clínica es inespecífica debido a su amplia variedad de signos y síntomas. En ocasiones el debut de esta enfermedad se produce cursando como una apendicitis aguda, con dolor en fosa iliaca derecha, leucocitosis con neutrofilia y ecografía compatible con apendicitis. Esta forma de presentación suele ser muy rara y cuando esto ocurre, su diagnóstico preoperatorio es muy difícil, siendo la pieza histológica la que confirma el debut de la enfermedad de Crohn.

Palabras clave: apendicitis, enfermedad de Crohn.

Abstract

Crohn's disease is an autoimmune pathology found within the so-called inflammatory bowel diseases. Its pathogenesis is not well clarified, including genetic, immune and environmental factors. The most frequent location is in the terminal ileum and its symptoms are nonspecific due to its wide variety of signs and symptoms. Sometimes the onset of this disease occurs with acute appendicitis, with pain in the right iliac fossa, leukocytosis with neutrophilia and ultrasound compatible with appendicitis. This form of presentation is very rare and when this occurs, the preoperative diagnosis is very difficult, being the histological specimen that confirms the debut of Crohn's disease.

Keywords: appendicitis, Crohn's disease.

Introducción

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica que puede afectar a cualquier localización digestiva, desde boca hasta ano. La enfermedad limitada al apéndice cecal es muy rara, con una incidencia de 0,2-0,55%¹ y suele manifestarse clínicamente como si se tratara de una apendicitis aguda.

El objetivo es describir el caso de una paciente que ingresó con diagnóstico de apendicitis aguda pero tanto los hallazgos

CORRESPONDENCIA

Javier Gómez Sánchez
Hospital Universitario San Cecilio
18016 Granada
javiergomezsanchez.jg@gmail.com

Fecha de envío: 26/01/2021

Fecha de aceptación: 27/09/2021

intraoperatorios como el resultado histopatológico demostraron enfermedad de Crohn apendicular y cecal.

Caso Clínico

Se presenta paciente de 18 años que consultó en urgencias por dolor en fosa iliaca derecha de cinco días de evolución y febrícula asociada. No presentaba cambios en el hábito deposicional, diarrea o estreñimiento previo. Negaba náuseas o vómitos así como probabilidad de embarazo. Sus constantes vitales eran de: Tensión arterial 135/69, frecuencia cardiaca 123 latidos/minutos. Temperatura 37,2 grados.

A la exploración destacaba un abdomen blando y depresible con dolor a la palpación en fosa iliaca derecha y signo de Blumberg positivo.

Análíticamente destacaba una leucocitosis de 15.260 cels/mL con 85,1% de neutrófilos, Proteína C reactiva de 120 mg/L y Procalcitonina de 0,06 ng/mL.

Se completó estudio mediante ecografía abdominal que informaba de un apéndice cecal de calibre aumentado hasta 8 mm, con aumento de vascularización y distorsión morfológica en la punta, donde se observaba una colección de unos 3 centímetros.

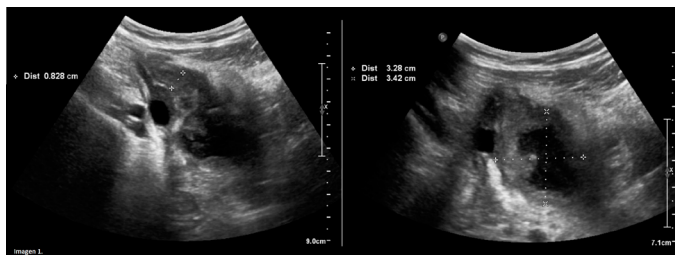


Figura 1

Ecografía abdominal en la que destaca un apéndice cecal de calibre aumentado hasta 8 mm con distorsión morfológica en la punta y colección de unos 3,3 x 3,4 cm.

Se acompañaba de cambios inflamatorios en la grasa adyacente, así como cambios inflamatorios por contigüidad en ciego e ileon (Figura 1).

Ante estos hallazgos se decidió cirugía. Intraoperatoriamente se evidenció un apéndice gangrenoso de gran tamaño, perforado en su tercio distal y muy engrosado hasta su base de implantación donde se palpaba una tumoración de unos 3 centímetros que no permitía determinar su etiología, si inflamatoria o tumoral (Figura 2). Dado el hallazgo intraoperatorio, se decidió la realización de una ileocequ Coastomía, confeccionándose una anastomosis ileocólica latero-lateral manual. La paciente presentó un postoperatorio satisfactorio, siendo alta hospitalaria a la semana de la intervención, asintomática con buena tolerancia oral y hábito deposicional.

La anatomía patológica de la pieza informó de enfermedad inflamatoria intestinal con afectación transmural de apéndice y base cecal, en presencia de abundantes granulomas epitelioides no necrotizantes con células gigantes tipo Langhans presentes también en ganglios linfáticos regionales. Los límites de la pieza distal y

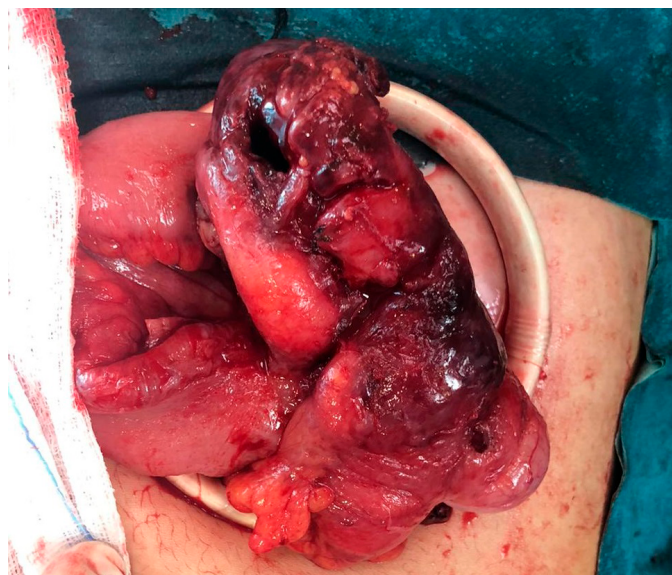


Figura 2

Pieza quirúrgica, en la que se observa plastrón inflamatorio que engloba un apéndice engrosado hasta su base, donde presenta tumoración, resultante por anatomía patológica de Enfermedad de Crohn.

proximal libres de enfermedad inflamatoria. Todo ello compatible con enfermedad de Crohn en fase aguda.

Discusión

La enfermedad de Crohn se trata de una patología inflamatoria intestinal que puede manifestarse con tres patrones definidos: inflamatorio, estenótico o penetrante², cursando frecuentemente a nivel del íleon terminal, transición ileocólica o gastrointestinal alta como localizaciones típica^{2,3}. Su clínica varía dependiendo del segmento afectado y de las características predominantes^{2,3} pudiendo presentarse dolor abdominal en fosa iliaca derecha⁴, malestar general, diarrea, pérdida de peso, anorexia y fiebre.

La manifestación inicial en el apéndice constituye una afectación muy rara^{1,5} donde el inicio suele ser súbito, con parámetros analíticos y clínicos que simulan una apendicitis aguda^{1,5,6}. El caso que describimos, solo presentó un episodio de dolor abdominal agudo, no cursando con sintomatología previa de enfermedad de Crohn.

Las pruebas complementarias ideales para el diagnóstico de enfermedad de Crohn son la endoscopia, la tomografía abdominal o la enterorresonancia, si bien los hallazgos ecográficos más comunes cuando hay afectación apendicular y cecal, son el engrosamiento de la pared apendicular o imagen en forma de diana^{7,8}.

El diagnóstico prequirúrgico de apendicitis secundaria a Crohn es difícil^{1,5,9} pero debe ser considerado en adolescentes y adultos jóvenes donde se alcanza una incidencia entre el 0,2 y 0,5%^{1,9}.

La anatomía patológica se caracteriza por una inflamación transmural con múltiples agregados linfoides en la submucosa, ulceración de la mucosa además de granulomas no caseificantes y

células de Langhans¹⁰. Estas últimas también pueden estar presentes en los ganglios colindantes, tal y como ocurre en nuestro caso. La base del diagnóstico en nuestro caso la constituye la anatomía patológica, ya que la similitud clínica inicial con apendicitis, y el posterior hallazgo intraoperatorio no permitieron establecer un diagnóstico definitivo.

La relación entre la enfermedad inflamatoria y la apendicectomía ha sido ampliamente estudiada. Múltiples meta-análisis han demostrado la relación inversa entre colitis ulcerosa y apendicetomía¹¹, sin embargo en la enfermedad de Crohn no está clara. Se ha apuntado a un mayor riesgo de padecer enfermedad de Crohn tras ser apendicetomizado y de que esta intervención puede empeorar el pronóstico de la enfermedad. La sintomatología inespecífica de la enfermedad de Crohn en su inicio puede confundirse con una apendicitis, efectuándose cirugía de la misma, y en muchos casos se diagnostica al año de esta cirugía la enfermedad inflamatoria. Es decir, en muchos casos las apendicetomías realizadas que posteriormente desarrollan enfermedad de Crohn presentan un sesgo diagnóstico de apendicitis aguda y la relación entre ambas puede limitarse a la falta de diagnóstico correcto de enfermedad de Crohn en el momento de la intervención¹². De ahí la importancia de una correcta anatomía patológica ya que en este caso un diagnóstico erróneo y un desarrollo posterior de enfermedad de Crohn podría interpretarse como un aumento del riesgo tras la apendicetomía. Además sería interesante con el avance de la cirugía laparoscópica, la visualización de forma rutinaria de la transición ileocecal en el caso de que no existiera una alteración apendicular en la cirugía.

En la enfermedad localizada al apéndice es difícil establecer el diagnóstico preoperatorio^{1,5,6} debido a que su clínica es similar a la apendicitis aguda, interviniéndose frecuentemente de urgencias^{1,5,6}, a diferencia de otras intervenciones programadas cuando la enfermedad está más evolucionada. Es común que se realice una resección del íleon terminal y del colon ascendente ante los hallazgos intraoperatorios, dada la similitud con una patología oncológica, y no con una apendicitis aguda característica⁶. Esta actitud fue la que se estableció en nuestra paciente, ya que presentaba una masa difícilmente distinguible de una patología oncológica.

El pronóstico de la enfermedad de Crohn apendicular parece ser favorable con una tasa de recurrencia muy baja en comparación con la enfermedad de Crohn que afecta a otras partes del colon⁵. Se recomienda un seguimiento a 10 años a los pacientes diagnosticados por apendicitis de Crohn^{1,5}, siendo la colonoscopia postoperatoria muy importante para excluir la enfermedad ileocolónica concomitante⁵ o bien la afectación en otro segmento intestinal.

Concluimos que el diagnóstico preoperatorio de enfermedad de Crohn es difícil de establecer, debido a la similitud con la apendicitis aguda, siendo indispensable el examen histopatológico de la pieza quirúrgica para confirmar o excluir el diagnóstico.

Bibliografía

- Prieto Nieto I, Perez Robledo JP, Hardisson D, Rodríguez Montes JA, Larrauri Martínez J, García-Sancho Martín L. Crohn's disease limited to the appendix. *Am J Surg*. 2001 Nov;182(5):531-3. doi: 10.1016/s0002-9610(01)00811-x. PMID: 11754865.
- Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T, Arnott ID, Bernstein CN, Brant SR et al. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Can J Gastroenterol*. 2005 Sep;19 Suppl A:5A-36A. doi: 10.1155/2005/269076. PMID: 16151544.
- Gomollón F, Dignass A, Annesse V, Tilg H, Van Assche G, Lindsay JO et al; ECCO. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 1: Diagnosis and Medical Management. *J Crohns Colitis*. 2017 Jan;11(1):3-25. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjw168. Epub 2016 Sep 22. PMID: 27660341.
- Shaoul R, Rimar Y, Toubi A, Mogilner J, Polak R, Jaffe M. Crohn's disease and recurrent appendicitis: a case report. *World J Gastroenterol*. 2005 Nov 21;11(43):6891-3. doi: 10.3748/wjg.v11.i43.6891. PMID: 16425405; PMCID: PMC4725046
- Gnanaselvam P, Weerakoon DN, Wijayasuriya WAM, Mohottala VS, Sinhakumara BMES, Jayarajah U et al. Isolated Crohn's Disease of the Appendix Presenting as Acute Appendicitis in a 60-Year-Old South Asian Female: A Case Report, Review of Literature, and Follow-Up Recommendations. *Case Rep Surg*. 2019 Oct 13;2019:5285417. doi: 10.1155/2019/5285417. PMID: 31737400; PMCID: PMC6815536.
- Gutiérrez Rohán E, Soto Pérez JA, Ledesma Briseño R, Estrada Hernández D, Martínez Rubio R, P, Durán Villegas F.I. Apendicitis de Crohn: Presentación de un nuevo caso. Leucocitos 9,900/ml neutrófilos es mm³. *Cir. gen*. 2012; 34(2): 134-137. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992012000200009&Ing=es.
- Agha FP, Ghahremani GG, Panella JS, Kaufman MW. Appendicitis as the initial manifestation of Crohn's disease: radiologic features and prognosis. *AJR Am J Roentgenol*. 1987 Sep;149(3):515-8. doi: 10.2214/ajr.149.3.515. PMID: 3497535.
- Masuo K, Yasui A, Nishida Y, Kumagai K. A case of Crohn's disease limited to the appendix, showing a portentous ultrasonographic finding. *J Gastroenterol*. 1994 Feb;29(1):76-9. doi: 10.1007/BF01229078. PMID: 8199699.
- Han H, Kim H, Rehman A, Jang SM, Paik SS. Appendiceal Crohn's disease clinically presenting as acute appendicitis. *World J Clin Cases*. 2014 Dec 16;2(12):888-92. doi: 10.12998/wjcc.v2.i12.888. PMID: 25516865; PMCID: PMC4266838
- Magro F, Langner C, Driessen A, Ensari A, Geboes K, Mantzaris GJ et al European Society of Pathology (ESP); European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO). European consensus on the histopathology of inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2013 Nov;7(10):827-51. doi: 10.1016/j.crohns.2013.06.001. Epub 2013 Jul 17. PMID: 23870728
- Kaplan GG, Jackson T, Sands BE, Frisch M, Andersson RE, Korzenik J. The risk of developing Crohn's disease after an appendectomy: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2008 Nov;103(11):2925-31. doi: 10.1111/j.1572-0241.2008.02118.x. Epub 2008 Sep 4. PMID: 18775018.
- Castillo Fernández AL, Paredes Esteban RM, Villar Pastor CM, Ruiz Hierro C, Lasso Betancor CE, Vargas Cruz V et al. Appendectomy and Crohn's disease. *Cir Pediatr*. 2013 Jan;26(1):5-8. Spanish. PMID: 23833919.