

## CAPÍTULO 3

# Enfermedad de Crohn gastroduodenal

La enfermedad de Crohn raramente produce lesiones proximales al ángulo de Treitz (2 - 4%),<sup>1</sup> siendo el compromiso sintomático gastroduodenal de entre el 0,1 y el 5%<sup>2-6</sup> por lo que infrecuentemente requiere cirugía, en nuestra experiencia esta localización fue de solo el 0,5%. Suele asociarse a otras localizaciones,<sup>2</sup> presentando en el 5 al 83% de los casos granulomas no caseosos.

Dentro de la afectación gastroduodenal la más frecuente es el bulbo duodenal. En esta última las estenosis suelen ser múltiples en el 12-30%, pudiendo ubicarse en todas sus porciones: en el duodeno proximal, usualmente como continuidad con lesiones antropilóricas; en la segunda o tercera porciones, como una única estenosis; y en el duodeno distal, generalmente en asociación con varias estenosis de las asas yeyunales proximales.<sup>7</sup>

Siendo para Tonelli y cols.<sup>7</sup> esta última la más frecuentemente afectada. En nuestra experiencia solo hemos observado 2 casos, uno presentaba una asociación a afectación colónica que desarrollo un cuadro séptico que lo llevo al óbito, siendo un hallazgo de necropsia y el segundo caso una enfermedad fistulizante que origino una fístula gastroyeyunocolica (Fotos 4, 5 y 6).

Las principales indicaciones de cirugía la obstrucción<sup>8,9</sup> y con menos frecuencia la perforación, la formación de fístulas<sup>9,10</sup> o el sangrado.<sup>4,9</sup> Tanto las fístulas gastrocólicas como las duodenocólicas, son muy poco frecuentes (< 1%), si bien suelen ser asintomáticas cuando los síntomas existen, estos se asocian a diarrea y síndrome de mala absorción por el segmento de intestino delgado excluido.<sup>11</sup> Existen reportes de fístula coledocoduodenales.<sup>12</sup>

En caso de obstrucción se prefieren los by pass (gastroyeyunales o duodenoyeyunales) a la resección y se indican inhibidores de la bomba de protones en lugar de asociar una vagotomía. En caso de estructuras no asociadas a fístulas o abscesos las dilataciones con balón o las estricturoplastias son una buena opción.<sup>3,10</sup> Yamamoto y cols.,<sup>13</sup> en 1999, en un trabajo sobre 13 pacientes con enfermedad de Crohn duodenal obstructiva a los cuales se les realizó estricturoplastias concluyen que estos pacientes requirieron una cirugía adicional ya sea por complicación o por reestenosis. Ese mismo año Worsey<sup>14</sup> y cols. realizan un trabajo comparativo sobre 34 pacientes, entre by

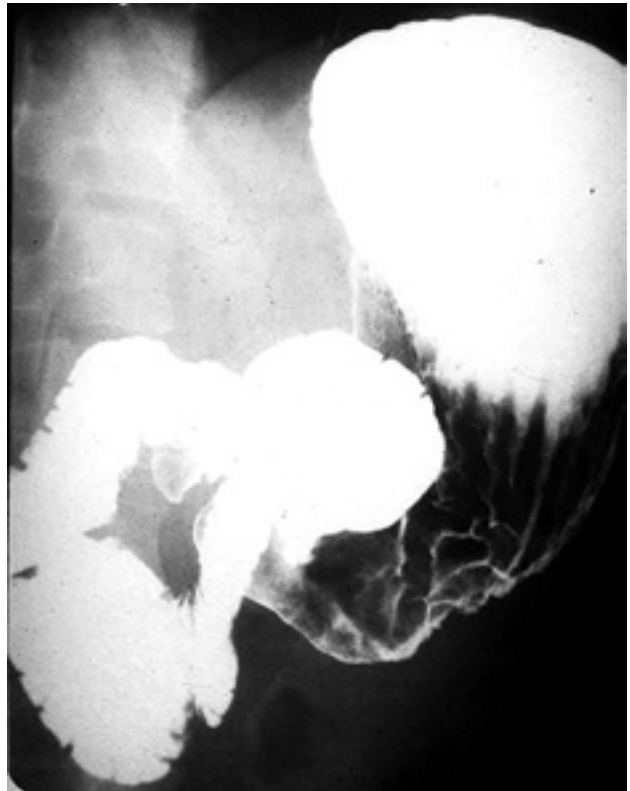


Foto 4: Estudio contrastado fístula gastroyeyunocolica.



Foto 5: Estudio contrastado de fístula gastroyeyunocolica.

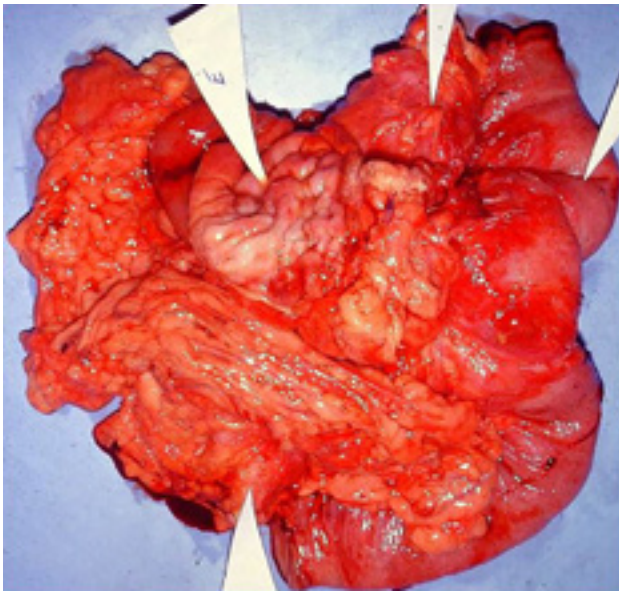


Foto 6: Pieza de resección de fistula gastroyeyunal.

pass (21 pacientes) y estricturoplastia<sup>13</sup> no encontrando diferencias entre los grupos concluyendo que la estricturoplastia es segura. Este estudio destaca como ventajas de la estricturoplastia: evitar el síndrome de asa ciega, ausencia de gastritis por reflujo biliar y de úlcera péptica.

Posteriormente Yamamoto y cols. realizan una revisión donde observan que son necesarios más trabajos para poder concluir sobre el lugar de la estricturoplastia en el Crohn duodenal.<sup>8,15</sup>

Tonelli y cols.<sup>7</sup> observaron, en un estudio realizado sobre 10 pacientes, que una movilización comple-

ta del duodeno es un paso importante del procedimiento, ya que permite suturas sin tensión. Ellos utilizaron estricturoplastia tipo Heinecke Mikulicz predominantemente y solo tuvieron re-estenosis en 2 pacientes; en aquellos que tenían 2 o más estenosis prefirieron la resección. Concluyendo que la estricturoplastia puede ser utilizada en presencia de menos de 2 estenosis preferentemente localizadas en la 2ª y 3ª parte del duodeno.

La estricturoplastia a lo Finney puede utilizarse para las estenosis que implican la cuarta porción duodenal, siendo necesario en algunas ocasiones liberar el ángulo duodeno yeyunal.<sup>16</sup>

Matsui y cols.<sup>17</sup> en una pequeña serie de 5 pacientes tratados con dilatación endoscópica con balón, observaron que si bien se necesitaron múltiples dilataciones todos los pacientes evitaron la cirugía durante un intervalo de seguimiento medio de 4 años con el uso concomitante de un inhibidores de la bomba de protones o un bloqueador de los receptores de la histamina-2.

Frente a las fistulas la resección del segmento afectado con anastomosis es la regla, cuando el duodeno se halla afectado algunos autores surgieron una duodenoyeyunostomía en Y de Roux.<sup>4</sup> Las fistulas duodenales más frecuentes son en general secundarias a una anastomosis ileocólica adyacente, siendo el tratamiento en este caso la resección del segmento fistulizado y el cierre del orificio duodenal con refuerzo de un parche.<sup>5</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Michelassi F, Balestracci T, Chappell R, Block GE (1991) Primary and recurrent Crohn's disease. Experience with 1379 patients. *Ann Surg* 214:230-238.
2. So H, Ye BD, Park YS, et al: Gastric lesions in patients with Crohn's disease in Korea a multicenter study. *Intest Res* 2016;14(1):60-68.
3. Strong S, Steele AR, Boutrous M, et al: Clinical practice guideline for the surgical management of Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 2015;58:1021-1036.
4. Gardiner KR, Bobby V.M. Dasari BVM: Operative Management of Small Bowel Crohn's Disease. *Surg Clin N Am* 87 (2007) 587-610.
5. Davis KG: Crohn's Disease of the Foregut. *Surg Clin N Am* 95 (2015) 1183-1193.
6. Yamamoto T, Watanabe T: Surgery for luminal Crohn's disease. *World J Gastroenterol* 2014 January 7; 20(1): 78-90.
7. Tonelli F, Alemanno G, Bellucci F, et al: Symptomatic duodenal Crohn's disease: Is stricturoplasty the right choice? *Journal of Crohn's and Colitis* (2013) 7, 791-796.
8. Yamamoto T: The role of stricturoplasty in the surgical management of duodenal Crohn's disease. *Journal of Crohn's and Colitis* (2013) 7, e237.
9. KEFALAS CH: Gastroduodenal Crohn's disease. *BUMC PROCEEDINGS* 2003;16:147-151.
10. Surlin V, Copaesu C, Saftoiu A: An Update to Surgical Management of Inflammatory Bowel Diseases, 2012 <http://dx.doi.org/10.5772/53057>.
11. Ballester MP, Marti D, Bosca Watts MM, et al: Coloduodenal and enterocutaneous fistula in twins with Crohn's disease. *Rev Esp Enferm Dig* 2017;109(4):291.
12. Knipping S, Rajpoot R, Houshyar R: Choledochoduodenal fistula in the setting of Crohn's disease. *Radiology case Report* 2016;11:309-312.
13. Yamamoto T, Bain IM, Connolly AB, et al: Outcome of stricturoplasty for duodenal Crohn's disease. *Br J Surg*. 1999 Feb;86(2):259-62.
14. Worsley MJ, Hull T, Ryland L, et al: Stricturoplasty is an effective option in the operative management of duodenal Crohn's disease. *Dis Colon Rectum*. 1999 May;42(5):596-600.
15. Yamamoto T, Fazio VW, Tekkis PP. Safety and efficacy of stricturoplasty for Crohn's disease: a systematic review and meta-analysis. *Dis Colon Rectum* 2007;50:1968-86.
16. Botti F, Caprioli F, Pettinari D, et al: Surgery and diagnostic imaging in abdominal Crohn's disease. *J Ultrasound* (2015) 18:3-17.
17. Matsui T, Hatakeyama S, Ikeda K, et al. Longterm outcome of endoscopic balloon dilation in obstructive gastroduodenal Crohn's disease. *Endoscopy* 1997;29:640-5.