

Manifestaciones cutáneas por Enfermedad de Crohn

A. Alberto León Martín^a, L. Roxana Tuesta Reina^b

^a Técnico de Salud Pública.
Unidad Docente de Medicina
Familiar y Comunitaria de
Ciudad Real.

^b Médico Residente de
Medicina Preventiva.
Hospital General de
Ciudad Real.

Correspondencia:
A. Alberto León Martín.
Gerencia de Atención
Primaria.
Avda. Pio XII s/n, 5ª Planta,
13002-Ciudad Real.
Telf.: 926214436.

Recibido el 14 de mayo de
2007.

Aceptado para su
publicación el 16 de
junio de 2007.

RESUMEN

La enfermedad de Crohn es una patología inflamatoria, la cual se presenta predominantemente en adolescentes y adultos jóvenes. Esta entidad causa síntomas digestivos pero también se pueden observar lesiones cutáneas.

Describimos el caso de un paciente de 21 años de edad, el cual presenta sintomatología compatible con apendicitis aguda, con apendicectomía en blanco y lesiones cutáneas con diagnóstico de pioderma gangrenoso, eritema nodoso y acropaquias. Tras realizarle pruebas complementarias, fue diagnosticado de Enfermedad de Crohn.

Palabras claves: Enfermedad de Crohn, Eritema nodoso. Pioderma gangrenoso.

ABSTRACT

Cutaneous lesions in Crohn's disease

Crohn's disease is an inflammatory disorder, which occurs frequently in teenagers and young adults. The symptoms of this disease are mainly gastrointestinal but cutaneous lesions may also occur.

We describe a case of a 21-year old patient presenting with symptoms compatible with acute appendicitis, with a negative appendectomy. In addition the patient has pyoderma gangrenosum and erythema nodosum lesions. After performing complementary tests, the definitive diagnosis was Crohn's disease.

Key words: Crohn's disease, Erythema nodosum, Pyoderma gangrenosum.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria aguda recurrente de carácter autoinmune, que afecta predominantemente al tracto gastrointestinal, pero adicionalmente puede tener manifestaciones cutáneas como eritema nodoso o pioderma gangrenoso¹. Esta entidad constituye un porcentaje importante de la patología intestinal y puede presentarse a cualquier edad, observándose una mayor incidencia entre los 15 y 35 años y afectando a ambos sexos por igual.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Paciente varón de 21 años que acude a un Centro de Salud por presentar dolor abdominal de moderada intensidad, localizado en fosa iliaca derecha, con sensación distérmica, sin náuseas, vómitos y/o alteraciones del tránsito intestinal. Al examen físico el paciente se encuentra febril (38°C), conciente, orientado y con buena coloración de piel y mucosas. En abdomen los ruidos hidroaéreos se encuentran aumentados, es doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha y no se evidencia visceromegalia. En extremidades se observan acropaquias en dedos de ambas manos (figura 1), lesiones nodulares, eritematosas y dolorosas en muñecas, piernas y tobillos compatibles con eritema nodoso (figura 2). Además, se observa una lesión ulcerada en zona posterior de pierna izquierda de aproximadamente 4 cm de diámetro, la cual presenta bordes necróticos y una zona central pustulosa (figura.3). En el resto de la exploración física no se observan alteraciones.

Ante la sospecha de abdomen agudo, en probable relación a una apendicitis aguda, es derivado al hospital. Al persistir la sintomatología y evidenciarse leucocitosis en los resultados de laboratorio, es sometido a una cirugía con resultado de una apendicectomía en blanco, por lo que se procede a realizar interconsulta a medicina interna y dermatología para determinar las probables causas de los síntomas (fiebre y dolor abdominal) y de las lesiones cutáneas observadas en el paciente. Se realizó una biopsia de piel para determinar la etiología de la lesión ulcerada, refiriendo el informe anatomopatológico que se trata de una lesión compatible con pioderma gangrenoso. Se repitió el análisis de laboratorio donde se observó: leucocitos 15.600 con

una fórmula normal, hemáties 4.850.000, Hb 13, plaquetas 435.000, VSG 33, LDL 232, proteínas totales 6,5, con discreta hipoalbuminemia y PCR 192. En los exámenes radiológicos: radiografías de tórax y de abdomen de características normales. Se realizó serología para VIH, enfermedad de Lyme, hepatitis, toxoplasmosis, citomegalovirus, yersinia, cuyos resultados fueron negativos, al igual que el Mantoux, rosa de bengala, hemocultivo y coprocultivo, alejando así la posibilidad de una causa infecciosa. Luego se procedió a realizar una tomografía computarizada y una prueba de tránsito intestinal, las cuales no mostraron alteraciones.

También se realizó una gammagrafía, obteniéndose imágenes que evidenciaron la presencia, en moderada intensidad, de leucocitos marcados en colon y región hipogástrica, patrón compatible con Enfermedad de Crohn. El diagnóstico fue confirmado tras realizar una endoscopia, en la que se evidenciaron zonas discontinuas de mucosa inflamadas. La clínica del paciente remitió tras recibir tratamiento con corticoides y fue necesaria la administración de ciclosporina en el tratamiento del pioderma gangrenoso para su resolución.

DISCUSIÓN

Síntomas como dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha y fiebre en un paciente adulto joven nos pueden hacer sospechar una amplia gamma de posibilidades diagnósticas, incluyendo entre ellas gastroenteritis, diverticulitis, úlcera péptica perforada, colecistitis aguda, pancreatitis, prostatitis, isquemia

mesentérica, torsión testicular, cálculos ureterales, traumatismos, mononucleosis, hepatitis, apendicitis aguda y enfermedad de Crohn². Si además de la sintomatología antes mencionada observamos lesiones compatibles con eritema nodoso, debemos pensar en enfermedad de Crohn, diverticulitis, hepatitis o gastroenteritis aguda^{3,4,5}. Ante la presencia de lesiones ulceradas sospechosas de pioderma gangrenoso debemos considerar la enfermedad de Crohn, diverticulitis, gastritis, úlcera gastroduodenal, pólipo intestinal, hepatitis, cirrosis biliar primaria y colangitis esclerosante^{6,7,8,9}. Así, el diagnóstico diferencial de un cuadro clínicamente compatible con apendicitis aguda debe abarcar un amplio abanico de entidades clínicas y no considerar sólo la patología quirúrgica.

Si bien es cierto que hay que proceder de forma inmediata ante la sospecha de un abdomen agudo, no se puede dejar de valorar la presencia de lesiones cutáneas como parte integral de una misma patología. Por tanto, en la aproximación diagnóstica de un paciente con "probable" abdomen agudo se debe considerar toda la gamma de posibilidades diagnósticas a descartar, orientando así a un diagnóstico y tratamiento certeros. Esto podría evitar medidas cruentas que conduzcan a alargar los días de estancia hospitalaria, así como al incremento del riesgo de complicaciones en los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ortigosa L. Concepto actual y aspectos clínicos de la Enfermedad de Crohn y la Colitis ulcerosa. *Colomb Med.* 2005; 36 supl 1:16-24.
- 2 Sabiston, DC. Tratado de patología quirúrgica. 14ª ed. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1995.
- 3 Atanes A, Gomez N, Aspe B, de Toro J, Grana J, Sanchez JM. Erythema nodosum: a study of 160 cases. *Med Clin (Barc).* 1991; 96(5):169-72.
- 4 Bohn S, Buchner S, Itin P. Erythema nodosum: 112 cases. *Epidemiology, clinical aspects and histopathology.* *Schweiz Med Wochenschr.* 1997; 127(27-28):1168-76.

- 5 White JM Jr. Erythema nodosum. *Dermatol Clin.* 1985; 3(1):119-27.
- 6 Donaldo López de Maturana L, Patricio Amaro B, Ligia Aranibar D, Laura Segovia G. Pioderma gangrenoso: experiencia clínica en 11 pacientes. *Rev Méd Chile.* 2001; 129 (9):1044-50.
- 7 Freeman HJ. Erythema nodosum and pyoderma gangrenosum in 50 patients with Crohn's disease. *Can J Gastroenterol.* 2005; 19(10):603-6.
- 8 Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG. *Text book of dermatology.* 5ª ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1992.
- 9 Von den Driesch P. Pyoderma gangrenosum: a report of 44 cases with follow-up. *Br J Dermatol.* 1997; 137(6):1000-5.



Figura 1. Acropaquias en ambas manos.



Figura 2. Lesiones de eritema nodoso.

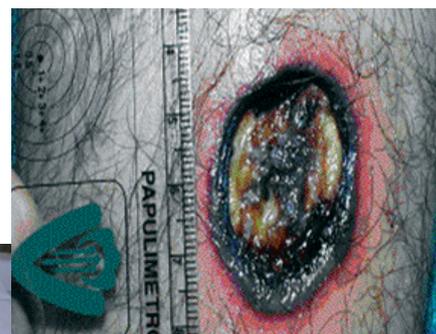


Figura 3. Lesión ulcerada de pioderma gangrenoso.