



OBSERVACIÓN CLÍNICA

Utilidad del tratamiento con infliximab en la enterorragia severa asociada a la enfermedad de Crohn. Experiencia de tres casos

Alfonso Alcalde Vargas*, José Manuel Herrera Justiniano, Eduardo Leo Carnerero, Claudio Trigo Salado, Ignacio Gutiérrez Domingo y José Luis Márquez Galán

Departamento de Gastroenterología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Recibido el 11 de junio de 2010; aceptado el 8 de septiembre de 2010

Disponible en Internet el 17 de diciembre de 2010

PALABRAS CLAVE

Enfermedad de Crohn;
Hemorragia digestiva baja;
Fármacos biológicos

KEYWORDS

Crohn's disease;
Lower gastrointestinal hemorrhage;
Biological agents

Resumen La hemorragia digestiva baja severa es una complicación poco frecuente en la enfermedad de Crohn.

Presentamos 3 pacientes con enfermedad de Crohn, de diferente localización que desarrollaron una enterorragia severa, con necesidad transfusional múltiple y que respondieron favorablemente a la administración de infliximab, consiguiendo el cese de la hemorragia que comprometía la vida del paciente y evitando una resección quirúrgica de urgencia que parecía inevitable para la resolución del episodio hemorrágico.

Sobre la base de esta experiencia clínica y tras revisar la literatura comparando infliximab con otras opciones farmacológicas, consideramos este fármaco, como primera opción terapéutica a emplear en pacientes con enfermedad de Crohn, que presenten una hemorragia digestiva severa, evitando la cirugía en algunos casos, si conseguimos que la hemorragia ceda por rápida cicatrización de las profundas ulceraciones mucosas, responsables del cuadro hemorrágico.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Utility of infliximab therapy in severe enterorrhagia associated with Crohn's disease. Report of three cases

Abstract Severe lower gastrointestinal (GI) bleeding is an infrequent complication in Crohn's disease.

We report the cases of three patients with Crohn's disease, localized in distinct areas, who developed severe enterorrhagia requiring multiple transfusions. All three patients responded favorably to infliximab administration, which resolved the life-threatening hemorrhages and avoided emergency surgical resection, which had seemed inevitable.

Based on this clinical experience and a review of the literature comparing infliximab with other pharmacological options, we believe that this drug should be the treatment of choice in

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alfonavsc@hotmail.com (A. Alcalde Vargas).

patients with Crohn's disease who develop severe lower gastrointestinal bleeding. This strategy can, in some cases, avoid surgery if the bleeding stops due to rapid healing of the deep mucosal lesions causing the hemorrhagic episode.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En la enfermedad de Crohn (EC), la hemorragia digestiva baja severa es una complicación poco frecuente, pero cuando ocurre, puede poner en peligro la vida del paciente. Este tipo de hemorragia está en relación con profundas úlceras, que erosionan vasos de grueso calibre, y en menor medida con el déficit de factor XIII, secundario a la depleción proteica que presentan estos pacientes.

Presentamos 3 casos de hemorragia digestiva baja severa en pacientes con enfermedad de Crohn, de diferente localización que evolucionaron favorablemente tras la administración de infliximab evitando una resección quirúrgica de urgencia y previniendo un nuevo episodio de sangrado.

Observación clínica

Caso 1

Paciente varón de 27 años, diagnosticado de EC de localización ileocólica de tipo inflamatorio dos años antes tras la realización de colonoscopia con toma de biopsias, en tratamiento de mantenimiento con mesalazina y que hasta entonces no había presentado ningún brote de actividad de la enfermedad. No fumador. Su madre presenta enfermedad de Crohn colónica. Acude en diciembre de 2001 por un cuadro de un mes de evolución de 6 deposiciones líquidas diarias mezcladas con sangre, fiebre, dolor abdominal, pérdida de 5 kg. de peso (previo al ingreso pesaba 66 kg), astenia y anorexia, e ingresa debido a la ausencia de respuesta a corticoides a dosis altas durante 15 días (deflazacort 75 mg/día) y aminosalicilatos (mesalazina 1 g/8h). En la analítica inicial solo destaca una hipoalbuminemia (3,8 g/dl), una hemoglobina (Hb) de 14 mg/dl. Los reactantes de fase aguda muestran una velocidad de sedimentación globular (VSG): 17 mm/h, proteína C reactiva (PCR): 56,9 mg/dl y alfa-1-glucoproteína ácida: 273. Se inicia tratamiento con metilprednisolona 60 mg/día iv y se le realizan diferentes pruebas como TAC abdominal, tránsito intestinal y ecografía abdominal donde se objetiva afectación inflamatoria a nivel de ileon distal.

En el séptimo día del ingreso, presenta cinco deposiciones con abundante contenido hemático, con repercusión hemodinámica, detectándose Hb de 6,6 mg/dl, por lo que se transfundió 3 concentrados de hematíes (CH). Se realiza colonoscopia total hallando lesiones aftosas aisladas desde recto y a lo largo de todo el colon, que son biopsiadas, con abundantes restos de sangre roja oscura cuyo aspecto sugiere origen proximal a la válvula ileocecal siendo imposible la ileoscopia. Se inicia tratamiento con nutrición parenteral y en el noveno día, tras realizar el estudio previo para la introducción de un fármaco biológico, se realiza perfusión de infliximab (5 mg/kg.) al no estar contraindicado.

Al día siguiente presenta importante rectorragia con anemia (Hb de 7,2 mg/dl) por lo que se vuelven a transfundir 3 CH y se contacta con el servicio de cirugía por si fuera necesaria la intervención quirúrgica. Durante tres días mantiene dos deposiciones con menor cantidad de sangre, pero la Hb vuelve a caer a 7,9 mg/dl transfundiéndose de nuevo dos CH. Al cuarto día de la administración de infliximab ya no aparece sangre en las deposiciones. Se realiza la reintroducción progresiva de la dieta oral continuando la corticoterapia por vía oral. Posteriormente el paciente ha seguido un comportamiento corticodependiente iniciando tratamiento con azatioprina que ha conseguido el control de los síntomas, no habiéndose producido recidiva hemorrágica, ni se le ha administrado ninguna dosis posterior de infliximab.

Caso 2

Mujer de 36 años, sin antecedentes familiares de EC. No fumadora. Acude al servicio de urgencias en junio de 2002 por presentar dolor a nivel perianal con drenaje de contenido purulento. La semana previa se había realizado dilatación anal por fisura. Es valorada bajo anestesia general observando gran absceso perianal y una mucosa anal tosca con apéndices edematosos que impresionan de enfermedad de Crohn. Además refiere presentar desde hace mes y medio una deposición diaria líquida, sin productos patológicos ni dolor abdominal ni síndrome constitucional. Se lleva a cabo el drenaje del absceso, se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico y metronidazol, y se ingresa para estudio. Presenta en la analítica: leucocitosis de 12.300/mm³, Hb 10,3 mg/dl, plaquetas 548.000/mm³ y coagulación normal con fibrinógeno de 5,7 g/l. Albúmina: 3,2 g/dl; GGT: 194 U/l; FA: 473 U/l y PCR: 182 mg/l. Dos días más tarde sufre rectorragia de sangre oscura con coágulos acompañado de descenso de la Hb hasta 8,7 mg/dl. Se decide la transfusión de dos CH y la realización de una colonoscopia limitada. En esta se observa una fisura anal profunda y otras dos más pequeñas sin signos de sangrado ni hemostasia reciente. Los primeros 10 cm de recto tienen un aspecto endoscópico normal. Desde aquí y hasta los 60 cm existen lesiones aftosas aisladas que van haciéndose úlceras profundas en sentido proximal con mucosa adyacente normal, hallazgos sugestivos de EC. Se inicia tratamiento con metilprednisolona 60 mg/iv/24h y se realiza serología para VIH, VHC, VHB y ANA que resultan negativos, así como la prueba de Mantoux, también negativa. El TAC abdominal descartó una posible complicación infecciosa intrabdominal. Para descartar que el origen del sangrado fuese el absceso perianal, se explora bajo anestesia observando que éste drena pus achocolatado y que la sangre procede de tramos altos.

Durante los días siguientes sigue presentando de dos a tres deposiciones diarias, con sangre y sin repercusión hemodinámica, pero con anemia (Hb de 6,9 mg/dl) que

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3288565>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3288565>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)