



**Mi Universidad**

**Caso clínico**

*Nombre del Alumno: Dana Paola Vazquez Samayoa.*

*Nombre del tema: Caso clínico.*

*Parcial: 2° Unidad.*

*Nombre de la Materia: Clínica quirúrgicas complementarias.*

*Nombre del profesor: Dr. Guillermo Del Solar Villarreal.*

*Nombre de la Licenciatura: Medicina humana.*

*Semestre: 7mo.*

Se presenta el caso de un paciente, de sexo masculino, 15 años de edad, que ingresa al Servicio de Gastroenterología del hospital en noviembre de 2012.

Refiere un tiempo de enfermedad de 2 años con 10 meses. Presenta dolor abdominal difuso con episodios sugestivos de oclusión intestinal parcial, diarrea recurrente, disminución de peso no cuantificada y periodos de alza térmica. Al examen físico se observa paciente adelgazado con un peso de 25 kg y con talla disminuida con respecto a la edad. Los exámenes de laboratorio muestran datos positivos: PCR 92,17 (Nov. 2012); albúmina 3,2 gr/dL. Anemia microcítica hipocrómica (10 gr%). Serie blanca normal, perfil hepático normal. PPD (-). Estudios de imágenes: Rx de tórax (-); ecografía abdominal: hepatoesplenomegalia; TAC abdominal: engrosamiento de íleon distal y colon derecho con líquido libre laminar en cavidad abdominal. Rx de tránsito intestinal: estenosis en íleon distal. La colonoscopia mostró el colon derecho con úlceras y áreas de mucosa infiltrada. Se toman biopsias: sugestivas de enfermedad de Crohn. BAAR (-).

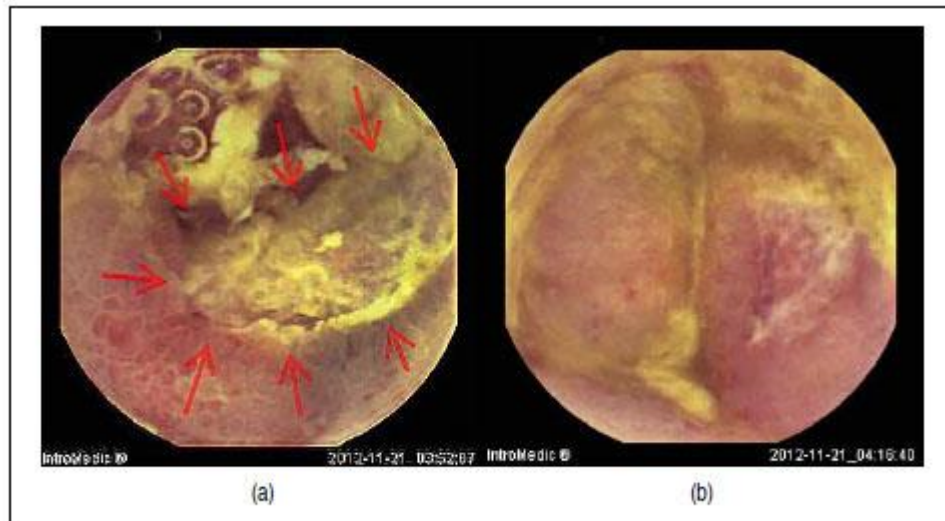


Figura 1. (a) En íleon distal se aprecia úlcera superficial con edema de mucosa circundante.  
(b) Úlcera y estenosis de lumen de íleon.

El paciente es dado de alta con tratamiento de prednisona y azatioprina. Ante persistencia de cuadros de dolor abdominal y episodios de oclusión intestinal, reingresa en febrero de 2013. En reunión con el Servicio de Coloproctología del hospital, se decide conducta quirúrgica; fue operado en febrero de 2013. Debido a la localización de la enfermedad, en región ileocecal y colon derecho, se plantea como procedimiento la colectomía derecha laparoscópica con anastomosis ileotransversa. Como es costumbre en el Servicio de Coloproctología, se inicia el procedimiento como cualquier cirugía reglada para anestesia general, antibióticoprofilaxis y posición del paciente para colectomía derecha laparoscópica.

Durante el primer paso del diagnóstico laparoscópico se notó gran cantidad de bridas y adherencias; avanzado proceso inflamatorio de asas ileales y colon derecho que impedía la movilización y liberación, el mesocolon inflamado y engrosado que impedía la identificación de los vasos ileocólicos por lo que se decidió la inmediata conversión a cirugía convencional con una incisión mediana supra- infraumbilical, realizándose una colectomía derecha convencional clásica; se extrae el órgano respectivo: colon derecho e íleon terminal enfermo. El resultado del examen anatomopatológico de la pieza operatoria revela: enfermedad de Crohn. BAAR (-).

La evolución clínica del paciente fue favorable y salió de alta de cirugía con un peso de 40 kg. En agosto de 2013 se inicia terapia de inducción con Infliximab (Remicade ®), 5 mg por kilo de peso corporal con esquema 0 – 2 – 6 semanas. Posteriormente, se indica el tratamiento cada 8 semanas después de la tercera dosis, como dosis de mantenimiento. El paciente muestra ganancia progresiva de peso corporal y se evidencia aumento de estatura



**Figura 3.** (a) Pretratamiento. (b) Postcirugía y con terapia.