



ENFERMEDAD DE CROHN METASTÁSICA: REPORTE DE 2 CASOS DE PRESENTACIÓN INUSUAL

Micheletti ME, Weyersberg C, Bocian M, Buján M, Contreras M
Hospital "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"

Introducción

La Enfermedad de Crohn metastásica es una manifestación extraintestinal rara de la Enfermedad de Crohn (EC), y más aún en edad pediátrica.

Debido a lo inusual de este cuadro, son escasos los trabajos publicados en la literatura, siendo su mayoría casos aislados en adultos, lo que hace difícil obtener datos en cuanto a la epidemiología (prevalencia, predictores, etc.), patogenia, relación con la actividad y la localización de la enfermedad intestinal, y sobre el manejo terapéutico.

Su diagnóstico y abordaje implica un desafío.

Objetivo

Describir la experiencia en el Hospital "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" en Enfermedad de Crohn metastásica.

Pacientes

Se describen 2 casos clínicos de pacientes adolescentes con EC metastásica.

1) Varón de 15 años trasplantado hepático (Cirrosis Autoinmune) y EC colónico presenta placa violácea edematosa ulcerada en sacabocado en tibia luego de abandono de tratamiento. Biopsia estéril conformando granulomas. Revaloración endoscópica: colitis derecha leve. *Figura 1.*

2) Mujer de 16 años con antecedente de Colitis Ulcerosa colectomizada e ileostomizada por megacolon tóxico, recategorizada a EC. Inicia tratamiento antiTNF y discontinúa por infecciones profundas. Presenta lesión cervical ulcerada, bordes definidos base eritematosa y fondo purulento. Biopsia estéril con úlcera crónica granulomatosa inespecífica. Revaloración endoscópica: rectitis severa. *Figura 2.*

En los 2 pacientes la biopsia fue confirmatoria mostrando granuloma y en ambos se reindujo el tratamiento antiTNF.

Discusión

La EC puede asociarse con manifestaciones extraintestinales. Dentro de las cutáneas, el crohn metastásico es una de las menos frecuentes, con una prevalencia alrededor del 1%. Más frecuente en adultos aunque existen casos reportados en niños con comportamiento más agresivo y generalmente precediendo al diagnóstico (50-86% de los casos).

Su patogenia se desconoce, con teorías relacionadas al depósito de inmunocomplejos circulantes o a una reacción mediada por linfocitos T.

Se caracteriza por lesiones polimórficas (placas, nódulos, ulceraciones), únicas o múltiples, de localización genital frecuente (25%), de pliegues cutáneos o miembros inferiores, siendo la biopsia confirmatoria (lesión granulomatosa no caseificante en un sitio extraintestinal).

No hay consenso respecto al abordaje terapéutico, y sin tratamiento tiende a recurrir. Los corticoides orales y tópicos son considerados de primera línea, seguido de los antiTNF (Adalimumab e Infliximab); y en los casos refractarios la exéresis es una opción.

El diagnóstico implica un desafío, especialmente en aquellos pacientes en remisión ya que no existe correlación entre las lesiones cutáneas y la actividad intestinal.

Figura1. EMC en región tibial posterior



Figura2. EMC en región occipital

