



# 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

