

## ENFERMEDAD DE CROHN EN ADOLESCENTE CON PÉRDIDA DE PESO. FORMA INUSUAL DE PRESENTACIÓN.

Concepción Grossocordone C (1), Daniel Gómez Sánchez (2),  
Alejandro Fernández Calatayud (2), Nelson Orta Sibú (3)

Recibido: 05/06/2020  
Aceptado: 01/08/2020

### **RESUMEN**

La enfermedad de Crohn (EC) es una de las formas clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal que puede afectar a cualquier segmento del tracto digestivo. Clásicamente se ha descrito asociada a manifestaciones como dolor abdominal, alteraciones del ritmo intestinal, presencia de productos patológicos en las deposiciones y lesiones perianales; pero, esta forma típica de la entidad no siempre es la que se manifiesta y, en ocasiones, puede presentarse con alteraciones inespecíficas poco frecuentes, como es el caso motivo de esta presentación, donde la única manifestación inicial fue la pérdida de peso del paciente. Por lo tanto, es muy importante tener en cuenta estas formas de presentación atípica de enfermedad inflamatoria intestinal, como son las alteraciones en el desarrollo o el síndrome constitucional con alteración del peso corporal, lo cual conlleva a incluir a la EC dentro de las posibilidades diagnósticas en pacientes con esta última manifestación, teniendo en cuenta, además, que es una patología cada vez más frecuente. En el presente caso clínico los estudios realizados para diagnosticar la causa de la pérdida de peso corporal y los exámenes específicos incluyendo biopsia intestinal llevaron al diagnóstico final de la enfermedad

**Palabras clave:** Crohn, Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Pérdida de peso

**Crohn disease in an adolescent with weight loss. An unusual form of presentation**

### **SUMMARY**

Crohn disease (CD) is one of the clinical forms of inflammatory bowel disease, which could affect any segment of the digestive tract. Clinical manifestations usually are: abdominal pain, alterations of the intestinal habits, perianal lesions and pathological products in the stools; but some patients could not show this typical form of presentation and can have unspecific manifestations, as the present case, who had weight loss for several months as the only manifestation. It is important to have into consideration this atypical form of presentation of CD. The multiple tests performed to disclose the cause of weight loss, including bowel biopsy, lead to the final diagnosis

**Key words:** Crohn Disease, Inflammatory bowel disease, Weight loss

## **INTRODUCCIÓN**

La enfermedad de Crohn (EC) es una de las formas clínicas de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), que puede afectar de forma segmentaria y transmural a cualquier segmento del tubo digestivo (1-3). Su incidencia ha ido en aumento en las últimas décadas en la población general, observándose incremento paralelo a nivel pediátrico. Actualmente, la incidencia global se sitúa en 5-10 casos nuevos por cada 100.000 habitantes y aproximadamente un 25-30% de los casos nuevos se diagnostican en pacientes menores de 18 años (4-6). Según el estudio SPIRIT realizado retrospectivamente en hospitales españoles, la incidencia de EC entre 1996 y 2009 en menores de 18 años se ha triplicado, pasando de 0,5 a 1,7 casos por cada 100.000 habitantes (4). Solamente el 25% de los casos presentan la tríada clásica

de dolor abdominal, pérdida de peso y diarrea, y las presentaciones más insidiosas y con síntomas inespecíficos son las que conllevan a retraso diagnóstico y terapéutica tardía (4,7). La presentación de este caso tiene como objetivo dar a conocer una de las presentaciones atípicas de la enfermedad de Crohn, ya que el diagnóstico precoz mejorará el pronóstico del paciente a corto, medio y largo plazo.

## **CASO CLÍNICO**

Adolescente de 14 años ingresado para estudio por pérdida significativa de peso, astenia y anorexia de 3 meses de evolución. Presenta rechazo de la ingesta y refiere disfagia intermitente, asociándose ánimo depresivo; no presenta vómitos, alteración de las deposiciones, ni dolor abdominal. No se identifican problemas sociofamiliares. A la exploración física destaca una somatometría con un peso de 38 Kgs (por debajo del percentil 3) y talla 158 cms (percentil 25), hábito asténico, Índice de Masa Corporal 15,2, aspecto desnutrido sin objetivarse otras alteraciones. En controles analíticos se observa anemia ferropénica y elevación de reactantes de fase aguda (proteína C reactiva, velocidad de sedimentación globular, ferritina y trombocitosis). Se realiza estudio de autoinmunidad, para descartar origen tumoral y otras causas de malnutrición, celiaquía, función hepática, función tiroidea,

(1) Médico residente de Pediatría. Hospital Universitario “Francisco de Borja”. Gandia. Valencia. España.

(2) Pediatra Adjunto. Hospital Universitario “Francisco de Borja”. Gandia. Valencia. España

(3) Profesor Visitante. Asesor en Investigación y Publicaciones. Hospital Universitario “Francisco de Borja”. Gandia. Valencia. España

Autor de Correspondencia: Dr. Nelson Orta Sibú  
Correo electrónico: nelson.orta@gmail.com

función renal, marcadores tumorales, estudio infeccioso con serologías, estudio microbiológico en heces y prueba de tuberculina, radiografía de tórax y ecografía abdominal, sin detectarse ninguna alteración. Se consulta a psiquiatría Infanto-juvenil, descartándose posible trastorno de conducta relacionado con hábitos alimentarios.

Durante su estancia hospitalaria la paciente presenta algún vómito esporádico, sensación de plenitud precoz y ocasional dolor abdominal tipo cólico leve. Se obtiene resultado positivo para sangre oculta en heces y niveles de calprotectina fecal elevada. Ante sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal, se inicia tratamiento con budesonida rectal, ciprofloxacino y metronidazol vía oral y se realiza nueva ecografía abdominal, en la que se observan cambios inflamatorios a nivel ileocólico. Se practica Enteroresonancia magnética nuclear la cual aporta datos de ileocolitis aguda; por lo cual se cambia budesonida por metilprednisolona intravenosa. Se realiza endoscopia digestiva alta, en la que no se encuentran alteraciones, con test de ureasa negativo. Se practica colonoscopia y se observan macroscópicamente en ciego y colon ascendente úlceras serpiginosas profundas y pseudopolipos alternando con criptas normales. Se recogen muestras para biopsia y en informe histopatológico se describe: Distorsión arquitectural, criptitis neutrofilica, microabscesos de cripta, edema y aumento de células inflamatorias crónicas en lámina propia, compatible con Enfermedad de Crohn con actividad severa (Figura 1). Se inicia tratamiento biológico con Anticuerpo Monoclonal Químérico (Infliximab) con pauta 0-2-6 semanas, con buena evolución posterior del paciente, egresando con tratamiento ambulatorio y controles

posteriores por consulta externa, donde se constata buena evolución y ganancia progresiva de peso.

## DISCUSIÓN

La EC es una entidad relativamente frecuente, con incidencia creciente en nuestro medio (1,4). Las manifestaciones más frecuentes son de naturaleza digestiva: dolor abdominal y trastornos del hábito intestinal, siendo la forma de presentación con pérdida de peso -como manifestación mono-sintomática-, muy poco frecuente, como es el caso del paciente motivo de esta presentación, lo cual constituye un reto médico para el estudio y diagnóstico del paciente (5,6,9).

En la edad pediátrica, las comorbilidades más frecuentes de la EC son: la osteoporosis y la malnutrición con retraso en el crecimiento y en el desarrollo de la maduración sexual (6,7). El fallo de crecimiento se observa en 10 a 30% de los pacientes con EC, siendo el hecho diferencial más importante frente al diagnóstico en adultos (4,5,7,9) donde no vemos alteraciones del crecimiento y/o del desarrollo sexual. Hay estudios con pacientes pediátricos que concluyen que puede existir una media de retraso en el diagnóstico de EC de aproximadamente un año, habiéndose observado una relación inversa entre el retraso diagnóstico y la talla final alcanzada (1,5). También se ha reportado de forma retrospectiva que un 85% de los pacientes con EC tenían historia previa de pérdida de peso (5) como es el caso del paciente objeto de esta presentación. El retraso en el crecimiento o desarrollo puberal puede ser la única manifestación (8), sin embargo, no se ha encontrado descrito el síndrome constitucional o la pérdida

de peso como manifestación única en la EC, que es el único hallazgo clínico que presentaba este paciente a su ingreso en la unidad. Lo que sí está definido es que pacientes pediátricos de menor edad tienen más probabilidades de sufrir enfermedad grave o refractaria (1,5,7,9), que se vería agravada considerablemente por el retraso en el diagnóstico.

En conclusión, la EC determina un deterioro importante de la calidad de vida de los pacientes que la sufren y, aunque la clínica más conocida y típica suele asociarse a síntomas o signos digestivos, en algunos pacientes pediátricos la clínica puede ser inespecífica, tal como es el retraso de crecimiento, lo que puede conducir a diagnóstico tardío y mayor morbilidad. Esto, asociado al incremento en la incidencia a nivel global, hace que sea de vital importancia conocer presentaciones atípicas de la enfermedad,

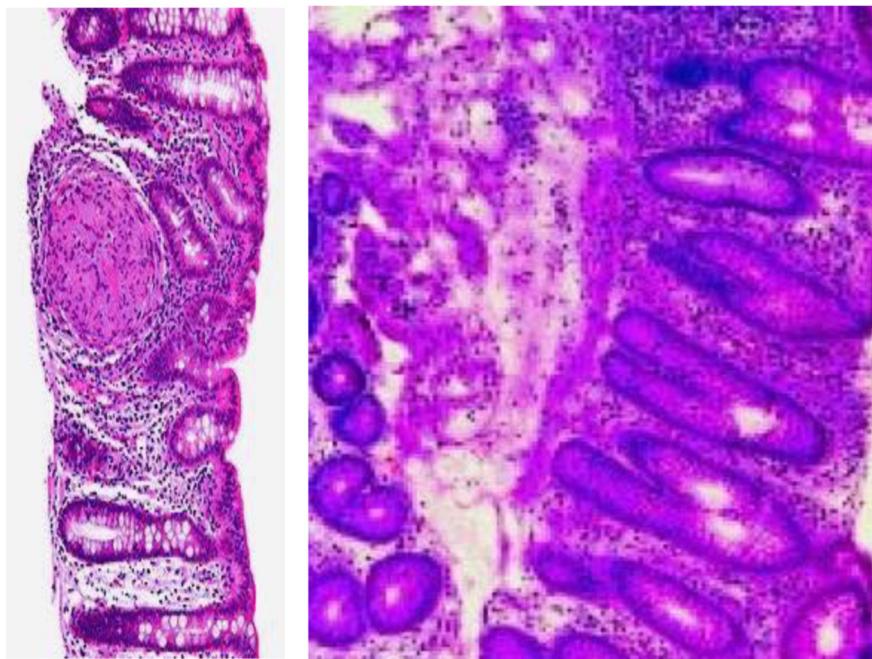


Figura 1. Enfermedad de Crohn. Hitopatología

como lo es la pérdida de peso aislada, para tener una sospecha clínica y diagnóstico precoz. Es importante el control exhaustivo del crecimiento, maduración ósea y sexual, así como el seguimiento del impacto psicológico y la repercusión familiar y escolar en todo paciente con EC (7-10).

Responsabilidades éticas: Los procedimientos seguidos se conformaron de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki; se obtuvo el consentimiento informado del representante del paciente. Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## REFERENCIAS

1. Martín de Carpi J, Pujol Muncunill G, Navas López VN. Enfermedad de Crohn. Tratamiento. En: Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. SEGHNP, 4ta Ed 2016, Editorial Ergon Majadahonda. España pp 287-302.
2. Medina E. Enfermedad inflamatoria intestinal: diagnóstico y tratamiento. Ann Pediatr 2013;11:68-78
3. Rosen MJ, Dhawan A, Saeed SA. Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents JAMA Pediatr 2015; 169(11):1053–1060.
4. Martín-de-Carpi J, Rodríguez A, Ramos E, Jiménez S, Martínez-Gómez M, Medina E et al. Increasing incidence of pediatric inflammatory bowel disease in Spain (1996-2009): The SPIRIT Registry. Inflamm Bowel Dis 2013; 19:73-80.
5. Sánchez Sánchez C, Álvarez Calatayud G, Tolín Hernani M. Manual práctico de Enfermedad Inflamatoria Intestinal pediátrica. 2015. Editorial Ergon. Majadahonda. pp 395-99.
6. Bousvaros A, Antonioli DA, Colletti RB, Dubinsky MC, Glickman JN, Gold BD, et al. Differentiating ulcerative colitis from Crohn disease in children and young adults: Report of a working group of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the Crohn's and Colitis Foundation of America. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2007; 44:653-674.
7. Medina E, Fuentes D, Suárez L, Prieto G. Enfermedad inflamatoria intestinal. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP. 2º Edición. Editorial Ergon Majadahonda. España. 2010 pp151-161.
8. Vavricka SR, Spigaglia SM , Rogler G , Pittet V , Michetti P , Felley C et al. Systematic evaluation of risk factors for diagnostic delay in inflammatory bowel disease. Inflamm Bowel Dis 2012;18:496-505.
9. Hidalgo Montes I, Magallares García L. Enfermedad inflamatoria intestinal. En: Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. Guerrero Fernández J y col Editores. 6ta Ed. Editorial Panamericana. Madrid 2017, pp 416-20.
10. Ferreras Antolín L, Moreno Pérez D. Vacunación en enfermedades crónicas, inmunodeprimidos y trasplantes. Pediatr Integral 2015; XIX (10):703-716.