

Bibliografía

1. Luo Y, Li L, Kong R, et al. Acute necrotizing pancreatitis: Challenges and interventions — a narrative review. *J Pancreatol.* 2022;5:164–73, <http://dx.doi.org/10.1097/JP9.000000000000103>.
2. Leppäniemi A, Tolonen M, Tarasconi A, et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World J Emerg Surg.* 2019;156:1016–26, <http://dx.doi.org/10.1186/s13017-019-0247-0>.
3. Hollemans RA, Bakker OJ, Boermeester MA, et al. Superiority of step-up approach vs open necrosectomy in long-term follow-up of patients with necrotizing pancreatitis. *Gastroenterology.* 2019;156:1016–26, <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2018.10.045>.
4. Martin MJ, Brown CVR. Video-assisted retroperitoneal pancreatic debridement. *J Trauma Acute Care Surg.* 2017;83:200–3, <http://dx.doi.org/10.1097/TA.0000000000001464>.
5. Morales-Conde S, Licardie E, Alarcón I, et al. Indocyanine green (ICG) fluorescence guide for the use and indications in general surgery: recommendations based on the descriptive review of the literature and the analysis of experience. *Cir Esp (Engl Ed).* 2022;100:534–54, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cireng.2022.06.023>.
6. Asbun D, Kunzler F, Marin R, et al. Pancreatic fluorescence using continuous indocyanine green infusion. *J Surg Oncol.* 2022;126:1215–8, <http://dx.doi.org/10.1002/jso.27055>.
7. Xiang C, Chen Y, Lui X, et al. Prevention and treatment of grade C postoperative pancreatic fistula. *J Clin Med.* 2022;11:7516, <http://dx.doi.org/10.3390/jcm11247516>.
8. Brito-Carmona RD, Cuendis-Velázquez A, Chávez-Hernández AF, et al. Tratamiento laparoendoscópico de necrosis pancreática encapsulada, guiado con verde de indocianina. *Rev Gastroenterol Mex.* 2022;87:388–90, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgm.2021.10.005>.
9. Zhang J-B, Sun B. Comparison between video-assisted retroperitoneal debridement and small incision pancreatic necrosectomy in infected pancreatic necrosis. *ANZ J Surg.* 2020;90:2020–5, <http://dx.doi.org/10.1111/ans.16181>.
10. Huang L, Chen W, Chen J, et al. Indocyanine green-guided intraoperative imaging to facilitate video-assisted retroperitoneal debridement for treating acute necrotizing pancreatitis. *J Vis Exp.* 2022, <http://dx.doi.org/10.3791/63236>.

A. Armendáriz-Núñez*,
I. González-Acosta y E.L. Maldonado-García

Beneficencia Española de la Laguna, Torreón, Coahuila, México

* Autor para correspondencia. Dirección: Francisco I. Madero 59 Sur, Col. Centro C.P. 27000. Torreón, Coahuila México. Teléfono: +(871) 1096961. Correo electrónico: andree.armendariz@gmail.com (A. Armendáriz-Núñez).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2024.06.002>
0375-0906/ © 2024 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Enfermedad de Crohn estenosante y endometriosis intestinal: coexistencia inusual



Strictureing Crohn's disease and intestinal endometriosis: An unusual coexistence

La enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) caracterizada por la inflamación transmural, segmentaria y discontinua que puede afectar cualquier parte del tracto gastrointestinal, desde la boca hasta la región anal. Debido al compromiso transmural, pueden surgir complicaciones, como fistulas, abscesos y/o estenosis¹. Se estima que alrededor del 50% de los pacientes con EC desarrollarán un fenotipo estenótico y aproximadamente el 75% requerirán cirugía en algún momento durante el curso de la enfermedad².

La estenosis colónica afecta aproximadamente al 10% de los pacientes con EC³, pudiendo presentarse con síntomas obstructivos o ser asintomática. Es importante considerar el riesgo de desarrollo de una neoplasia como posible causa de estenosis en pacientes con EII⁴, ya que estas no siempre pueden descartarse mediante biopsias durante la endoscopia. En este contexto, la cirugía sigue siendo el estándar de oro tanto para el tratamiento como para el diagnóstico definitivo.

A continuación presentamos el caso de una paciente con EC de colon, con fenotipo estenosante, que fue sometida a

resección quirúrgica, con estudio histopatológico compatible con endometriosis en el área de la estenosis.

Mujer de 44 años, con antecedente de EC de colon diagnosticada en 2013, caracterizada por múltiples hospitalizaciones, dependencia de corticoides e inmunorrefractoriedad a tiopurínicos. En 2022 inicia terapia biológica con infliximab debido a enfermedad perianal, con posterior falla inmunológica a esta terapia, cambiando a adalimumab. A pesar de la mejoría sintomática, persiste con biomarcadores elevados (calprotectina fecal), con estudio endoscópico que evidencia EC activa en rectosigmoideas con una estenosis infranqueable en colon sigmoideas (fig. 1A,B). La enterorM de abdomen-pelvis muestra un engrosamiento inflamatorio de las paredes del colon descendente en su tercio distal, sigmoideas y recto, con pequeñas adenopatías perirectales y presacras (fig. 1C). Se opta por tratamiento quirúrgico, que confirma la estenosis y la actividad inflamatoria de la mucosa vecina (fig. 1D). El estudio histopatológico revela actividad de la EC con infiltrado inflamatorio transmural (fig. 2A,B), focos de endometriosis en la estenosis (fig. 2C,D) con la tinción inmunohistoquímica PAX 8 positiva (fig. 2E,F) y la presencia de receptores de estrógenos (fig. 2G). La paciente evoluciona satisfactoriamente, reiniciando la terapia biológica 4 semanas después de la cirugía.

La endometriosis es una condición caracterizada por la presencia de tejido endometrial y estroma dependiente de estrógeno localizado fuera de la cavidad uterina⁵, con una prevalencia del 7-10% en mujeres, y se presenta principalmente por dolor abdominal⁵. En el 5-12% de los casos puede

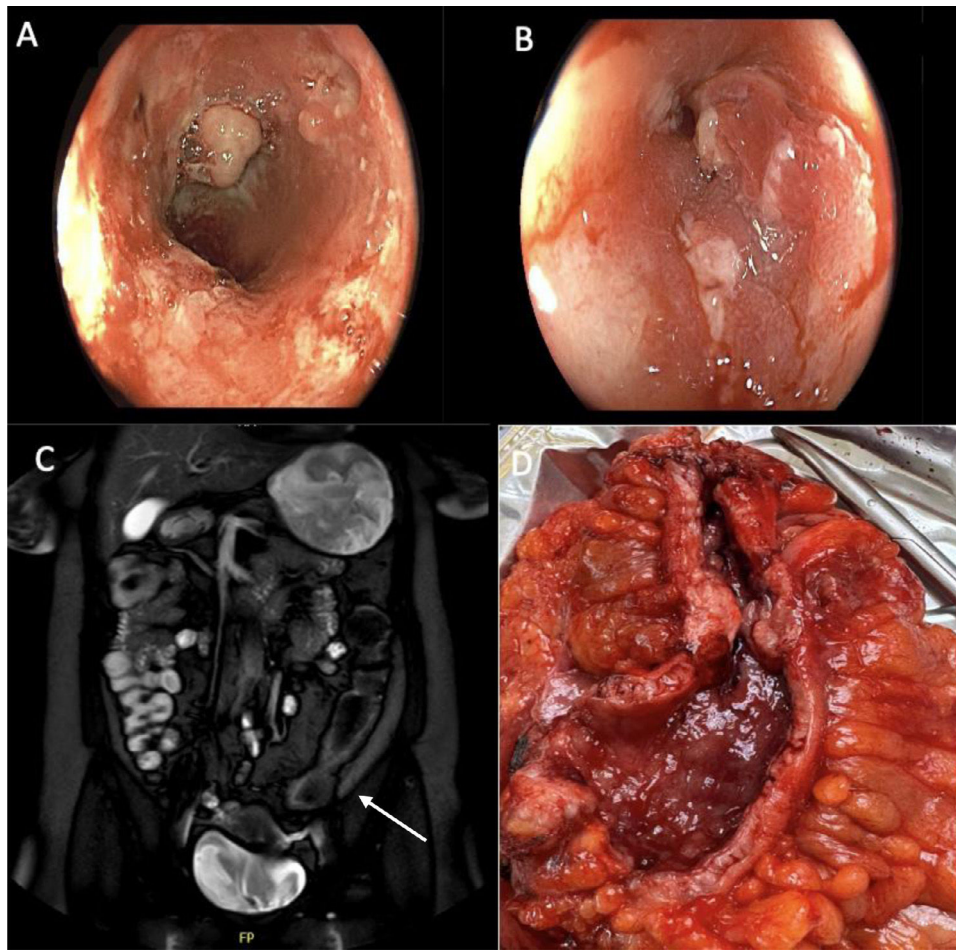


Figura 1 A-B) Estudio endoscópico realizado previo a la cirugía. Se observa mucosa eritematosa y friable con múltiples úlceras, junto con una estenosis no franqueable en el colon sigmoideos. C) La enteroRMN mostró un área de estenosis en el mismo lugar (flecha blanca). D) Pieza quirúrgica posterior a la resección: se observó un área de estenosis con compromiso de la mucosa y extensión transmural.

estar presente a nivel intestinal, siendo más frecuente a nivel rectosigmoideo en el 75% de los casos⁶. Desde el punto de vista endoscópico, se puede manifestar como pólipos pediculados de tamaños variables, mucosa edematosa con superficie erosiva, pudiendo provocar estenosis intestinal en casos severos. La presencia de síntomas, como dolor abdominal, alteración del hábito intestinal y sangrado rectal, hace que el diagnóstico de esta patología sea un desafío en pacientes con EII y estenosis colónica, especialmente dada la asociación con un mayor riesgo de neoplasia.

Un estudio de cohorte que incluyó 492,000 pacientes reveló que la frecuencia de EII en pacientes con endometriosis es casi el doble en comparación con la población general, principalmente en mujeres jóvenes, con una proporción de 2 al 3%⁷. Una revisión que incluyó 23 artículos confirmó una asociación positiva entre ambas patologías⁸. Esta posible asociación podría explicarse en parte por un mecanismo de disregulación autoinmune que involucra la elevación de citoquinas proinflamatorias, la disminución de la apoptosis celular y anomalías en los macrófagos, procesos que estarían presentes en ambas condiciones⁸. Además, también debe considerarse el uso de anticonceptivos orales y antiinflamatorios no esteroidales en el manejo de la endo-

metriosis debido a la posibilidad de desencadenar un brote de actividad de la EII⁹. En nuestro caso no se registraron antecedentes de uso de antiinflamatorios no esteroidales ni anticonceptivos orales.

Como hemos mencionado, la distinción preoperatoria entre ambas patologías puede ser difícil por la superposición clínica, radiológica y características patológicas entre ellas, lo que puede generar un diagnóstico erróneo o tardío, con un promedio de 7 años para establecer un diagnóstico preciso. Además, no se ha podido determinar la secuencia en el desarrollo de ambas patologías, por lo que una asociación de causa y efecto aún debe ser dilucidada⁹. Esta situación ocurrió en nuestra paciente, donde el diagnóstico de endometriosis no se pudo realizar hasta obtener las biopsias de la pieza quirúrgica.

Finalmente, los pacientes con EII y endometriosis tienen más probabilidades de presentar un fenotipo fibroestenotante^{7,9}. Esta evolución más grave se puede explicar por la inflamación crónica y la presencia de síntomas atípicos y cíclicos, como fue el caso de nuestra paciente.

Aunque la estenosis en pacientes con EII suele atribuirse principalmente a la progresión de la enfermedad o al des-

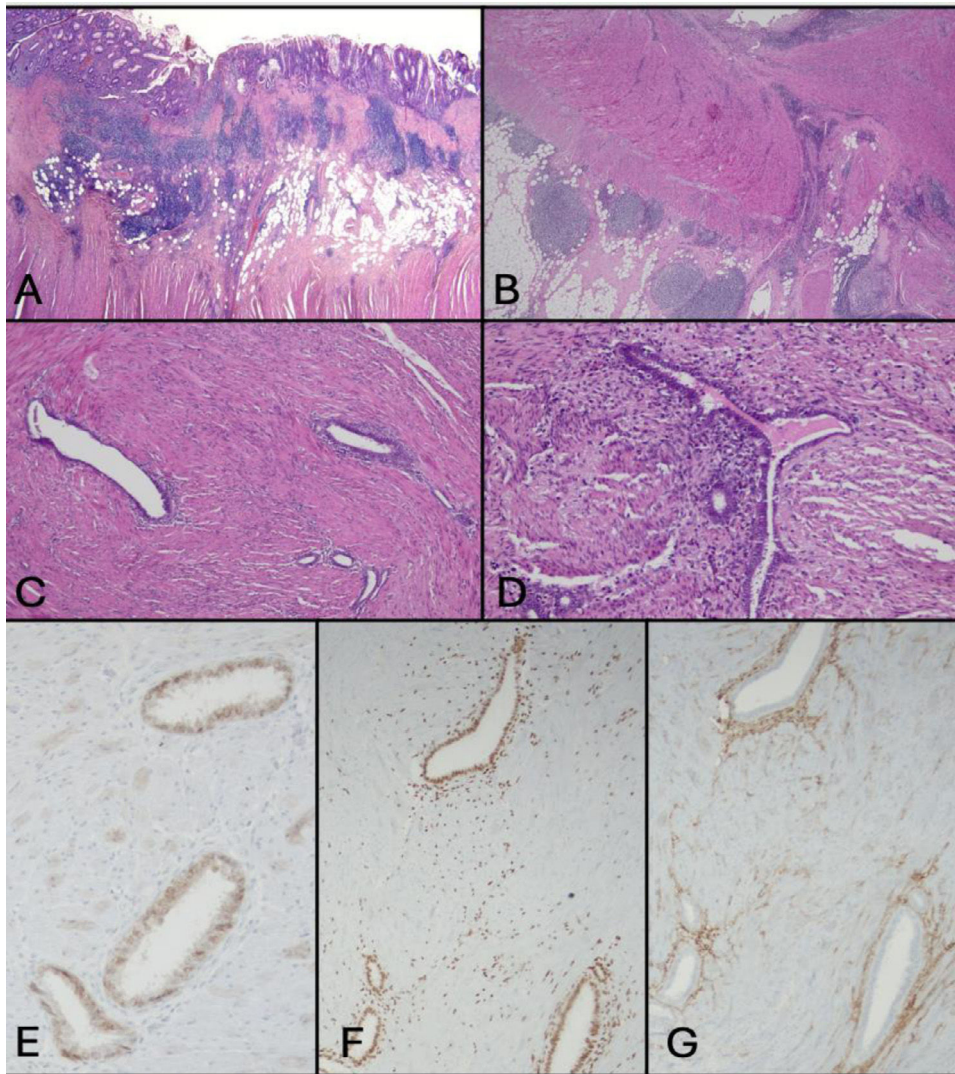


Figura 2 Anatomía patológica del caso clínico. A,B (HE 100×): se observa infiltrado inflamatorio linfocitario transmural en la mucosa intestinal. C,D (HE 200×): zona de estenosis; se identifican glándulas y estroma de tipo endometrial. E,F) corresponde a las tinciones de inmunohistoquímica para PAX 8 y receptores de estrógenos. G) corresponde a la tinción para CD20.

arrollo de un cáncer como complicación, es importante considerar otras posibles etiologías, como la presencia de endometriosis en el sitio de la estenosis.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

No se recibió financiamiento de ningún tipo para elaboración de este artículo.

Consideraciones éticas

Se solicitó previamente el consentimiento informado a la paciente para participar en el caso clínico y para la publicación de imágenes sin sus datos personales.

Este trabajo cumple la normativa vigente en investigación bioética, y se obtuvo autorización del comité ética del centro Clínica Universidad de los Andes.

Referencias

1. Dolinger M, Torres J, Vermeire S. Crohn's disease. *Lancet*. 2024;403:1177–91, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02586-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02586-2).
2. Yoo JH, Holubar S, Rieder F. Fibrostenotic strictures in Crohn's disease. *Intest Res*. 2020;18:379–401, <http://dx.doi.org/10.5217/ir.2019.09148>.
3. Cosnes J, Cattan S, Blain A, et al. Long-term evolution of disease behavior of Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2002;8:244–50, <http://dx.doi.org/10.1097/00054725-200207000-00002>.
4. Kristo I, Riss S, Argeny S, et al. Incidental adenocarcinoma in patients undergoing surgery for stricturing Crohn's disease. *World J Gastroenterol*. 2017;23:472–7, <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v23.i3.472>.

5. Kvaskoff M, Mu F, Terry KL, et al. Endometriosis: A high-risk population for major chronic diseases? Hum Reprod Update. 2015;21:500–16, <http://dx.doi.org/10.1093/humupd/dmv013>.
6. Jiang W, Roma AA, Lai K, et al. Endometriosis involving the mucosa of the intestinal tract: A clinicopathologic study of 15 cases. Mod Pathol. 2013;26:1270–8, <http://dx.doi.org/10.1038/modpathol.2013.51>.
7. Jess T, Frisch M, Jørgensen KT, et al. Increased risk of inflammatory bowel disease in women with endometriosis: A nationwide Danish cohort study. Gut. 2012;61:1279–83, <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2011-301095>.
8. Greenbaum H, Weil C, Chodick G, et al. Evidence for an association between endometriosis, fibromyalgia, and autoimmune diseases. Am J Reprod Immunol. 2019;81:e13095, <http://dx.doi.org/10.1111/aji.13095>.
9. Chiaffarino F, Cipriani S, Ricci E, et al. Endometriosis and inflammatory bowel disease: A systematic review of the literature. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2020;252:246–51, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.06.051>.

F. Carvajal^a, F. López^{b,c}, P. Núñez^{b,d,e}, L. Contreras^f
y R. Quera^{b,*}

^a *Clínica Universidad de los Andes, Residente de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Programa de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Universidad de los Andes, Santiago, Chile*

^b *Universidad de los Andes, Programa de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile*

^c *Universidad de los Andes, Sección de Coloproctología, Departamento de Cirugía, Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile*

^d *Programa de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile*

^e *Facultad Medicina Occidente Universidad de Chile, Santiago, Chile*

^f *Universidad de los Andes, Departamento de Anatomía Patológica, Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rquera@clinicauandes.cl (R. Quera).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2024.07.002>

0375-0906/ © 2024 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).