

## ¿LITIASIS BILIAR EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN? NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE

### ¿BILIARY LITHIASIS IN A PATIENT WITH CROHN'S DISEASE? NOT ALWAYS AS IT SEEMS

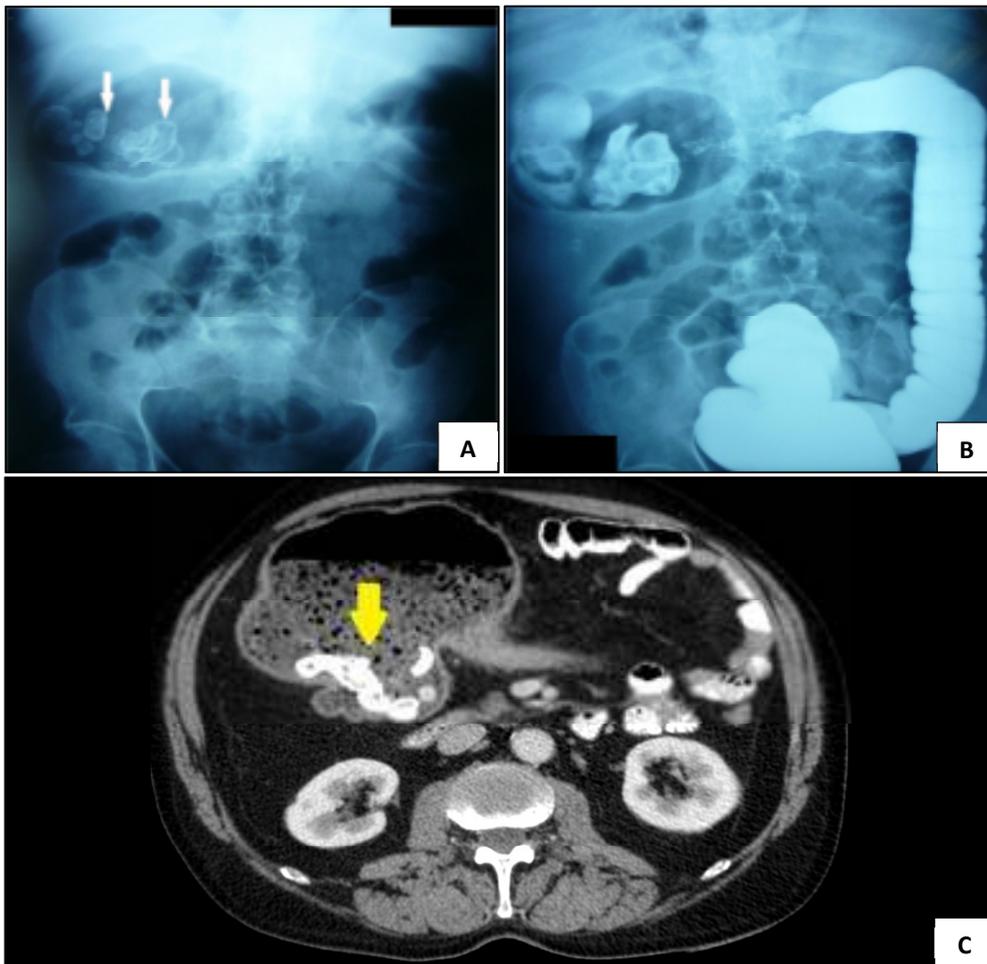
Duarte-Chang, Calixto\*

\*Médico Residente de tercer año del servicio de Aparato Digestivo.  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, España.

Recibido: 28 de abril de 2013.

Aceptado: 15 de junio de 2013.

Duarte-Chang C. ¿Litiasis Biliar en un Paciente con Enfermedad de Crohn? No siempre es lo que parece. Rev méd cient. 2013; 26(1): 3-4.



**Figura 1.** A) Radiografía de abdomen simple que muestra múltiples imágenes radiopacas a nivel de hipocondrio derecho. B) Imagen de estudio baritado con cambio de calibre a nivel de colon transverso, con múltiples imágenes radiopacas en zona preestenótica. C) Tomografía abdominal que muestra reducción considerable del calibre de la luz de aspecto filiforme asociado a una distensión proyectada sobre hipocondrio derecho. Esto corresponde a colon proximal dilatado, con múltiples imágenes de alta densidad en su interior que corresponden a fecalitos.

¿Litiasis Biliar en un Paciente con Enfermedad de Crohn? No siempre es lo que parece by Calixto Duarte-Chang is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/). Permissions beyond the scope of this license may be available at [www.revistamedicocientifica.org](http://www.revistamedicocientifica.org).



Se trata de un varón de 64 años de edad, sin antecedentes quirúrgicos, diagnosticado de enfermedad de Crohn colónica hace 15 años. Es atendido periódicamente en consultas de la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal de nuestro hospital, donde es tratado con azatioprina, manteniendo la enfermedad en remisión. Se realizó una colonoscopia de control observándose una estenosis situada en colon transversal a 90cm del margen anal, la cual impedía el paso del colonoscopio. Las biopsias tomadas fueron informadas como colitis crónica focal con mínimos signos de actividad. La radiografía de abdomen simple mostraba múltiples imágenes a nivel del hipocondrio derecho (ver figura 1A) y el enema opaco reveló una disminución parcial de la luz a nivel del colon transversal, aunque permitía el paso del contraste. (ver figura 1B)

En ese momento el paciente continuaba asintomático y sin elevación de reactantes de fase aguda, por lo que se manejó de manera conservadora con nuevo control en su siguiente cita (debido a la presencia de una estenosis fibrótica que no condicionaba en ese momento una clínica obstructiva y los riesgos que suponen este tipo de cirugía en nuestro paciente).<sup>1-3</sup>

La tomografía abdominal contrastada mostró una reducción considerable del calibre de la luz de aspecto filiforme asociado a una distensión proyectada sobre hipocondrio derecho, la cual correspondía al colon proximal dilatado. Además se observaron múltiples imágenes de alta densidad en su interior que corresponden a fecalitos, y no a litiasis biliar como en una primera impresión podría sospecharse al ver la radiografía de abdomen simple. (ver figura 1A y 1C)

Se aportan las imágenes de este caso, que consideramos muy llamativas. En un primer momento, y al ver la radiología simple de abdomen, se consideró como primera posibilidad litiasis biliar, la cual se logra observar en casi un 15% de los casos.<sup>4</sup> Sin embargo, tras realizar el enema opaco y comprobar la estenosis en la tomografía abdominal, se consideró que dichas imágenes correspondían a restos en colon (fecalitos) más que a litiasis biliar. El tránsito enlentecido y la dificultad de paso a través del colon transversal han hecho que las heces se solidifiquen y se visualicen de esta manera en las imágenes radiológicas.

Actualmente el paciente se encuentra asintomático, con control de su enfermedad, en tratamiento inmunosupresor, sin necesidad de cirugía y en seguimiento periódico en las consultas de enfermedad inflamatoria intestinal.

## REFERENCIAS

1. Spinelli A, Correale C, Szabo H, Montorsi M. Intestinal fibrosis in Crohn's disease: medical treatment or surgery? *Curr Drug Targets*. 2010 Feb; 11(2): 242-8.
2. Samimi R, Flasar MH, Kavic S, Tracy K, Cross RK. Outcome of medical treatment of structuring and penetrating Crohn's disease: a retrospective study. *Inflamm Bowel Dis*. 2010 Jul; 16(7): 1187-94.
3. Fornaro R, Secco GB, Picori E, Stabilini C, Frascio M, Ricci B, Mandolino F, De Salvo L, Gianetta E. Surgical treatment of Crohn's disease complications. Our experience. *G Chir*. 2006 Jan-Feb; 27(1-2): 21-6.
4. Johnston DE, Kaplan MM. Pathogenesis and treatment of gallstones. *N Engl J Med*. 1993; 328: 412-21.