

Reporte de caso

Enfermedad de Crohn en adolescente de 13 años. Reporte de caso.

Crohn's disease in a 13-year-old adolescent. Case report.

Julián Ricardo González-Enríquez^{1,a}, Constanza Beatriz Camargo-Santacruz^{2,b}, Dianna Ramírez-Prada^{3,b}

1. Médico.
2. Médica, Especialista en Gastroenterología Pediátrica.
3. Nutricionista, Magíster en Soporte Nutricional y Metabólico.

- a. Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia).
- b. Hospital Infantil Los Angeles Pasto (Colombia).

CORRESPONDENCIA

Constanza Beatriz Camargo Santacruz
ORCID ID <https://orcid.org/>
Universidad El Bosque (Colombia).
E-mail: gastropediatracamargo@gmail.com

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores del artículo hacen constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 11 de agosto de 2023.
ACEPTADO: 17 de diciembre de 2024.

RESUMEN

El dolor abdominal es un motivo de consulta frecuente en pediatría y comprende un amplio espectro diagnóstico, dentro del cual la enfermedad inflamatoria intestinal debe ser considerada. Los subtipos más comunes son la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU). En los últimos años, la incidencia de la enfermedad de Crohn ha aumentado, especialmente en la población adolescente, a pesar de que continúa siendo una patología subdiagnosticada y que, en nuestro medio, suele considerarse con mayor frecuencia durante la segunda o tercera década de la vida. Los síntomas asociados a esta enfermedad incluyen dolor abdominal, pérdida de peso, diarrea, vómito, anemia en algunos casos y la presencia de una masa abdominal palpable. El diagnóstico debe apoyarse en estudios paraclínicos y endoscópicos. Aunque su tratamiento no es curativo, contribuye de manera significativa a mejorar la calidad de vida de los pacientes, quienes requieren un seguimiento clínico periódico. Se describe el caso de una paciente adolescente de 13 años, procedente de un área rural, con sintomatología clásica de larga evolución, sin un diagnóstico oportuno y con múltiples tratamientos previos sin lograr mejoría clínica. Con el apoyo de un equipo multidisciplinario y mediante el uso de ayudas diagnósticas, se confirmó el diagnóstico de enfermedad de Crohn, reconociendo que el dolor abdominal constituye el síntoma cardinal más frecuente en la mayoría de los casos.

Palabras clave: Dolor abdominal, adolescente, Enfermedad de Crohn, malnutrición.

ABSTRACT

Abdominal pain is a frequent reason for consultation in pediatrics and encompasses a wide range of diagnostic possibilities, among which inflammatory bowel disease should be considered. The most common subtypes are Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC). In recent years, the incidence of Crohn's disease has increased, particularly among adolescents, despite the fact that it remains an underdiagnosed condition and, in our setting, is more often considered during the second or third decade of life. Symptoms associated with this disease include abdominal pain, weight loss, diarrhea, vomiting, anemia in some cases, and the presence of a palpable abdominal mass. Diagnosis should be supported by paraclinical and endoscopic studies. Although treatment is not curative, it contributes significantly to improving patients' quality of life and requires regular clinical follow-up. We describe the case of a 13-year-old adolescent patient from a rural area, with long-standing classical symptoms, without timely diagnosis and with multiple previous treatments that failed to achieve clinical improvement. With the support of a multidisciplinary team and diagnostic tools, the diagnosis of Crohn's disease was confirmed, recognizing abdominal pain as the most frequent cardinal symptom in the majority of cases.

Key words: Abdominal pain, adolescent, Crohn's disease, malnutrition.

González-Enríquez JR, Camargo-Santacruz CB, Ramírez-Prada D. Enfermedad de Crohn en adolescente de 13 años. Reporte de caso. *Salutem Scientia Spiritus* 2025; 11(3):77-82.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución - No comercial - Sin derivar.

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Crohn es una patología inflamatoria crónica de etiología multifactorial que puede afectar cualquier segmento del tubo digestivo.^{1,2} La incidencia es de 1,5 a 10 casos por 100 000 habitantes y la prevalencia es de 30 por cada 100 000 nacidos vivos, según la epidemiología a nivel mundial.^{3,4}

Generalmente se presenta antes de los 10 años en la población pediátrica; sin embargo, existe un retraso en su diagnóstico que obedece a la falta de objetividad clínica y al seguimiento nutricional insuficiente en pacientes que consultan de forma rutinaria a los servicios hospitalarios. Lo anterior puede conllevar a complicaciones y retraso en el inicio del tratamiento.^{5,6} Sus manifestaciones clínicas incluyen diarrea con o sin sangre, dolor abdominal, pérdida de peso, alteración del crecimiento y, en ocasiones, masa abdominal palpable.⁷

El dolor abdominal está presente en el 70 % de los pacientes con Enfermedad de Crohn, siendo un motivo frecuente de consulta en niños y adolescentes, por lo que requiere una anamnesis minuciosa y un examen físico completo. La literatura y la práctica médica describen un marcador eficaz denominado calprotectina, que se adiciona a los paraclínicos tradicionales y rutinarios como hemograma, PCR, VSG, enzimas hepáticas y albúmina.⁸ La calprotectina fecal, proteína que se expresa principalmente en leucocitos polimorfonucleares neutrófilos, monocitos y macrófagos reactivos ante procesos inflamatorios e infecciosos, puede incrementarse de 8 a 40 veces, con mayor elevación en muestras fecales que en muestras sanguíneas.⁸ El abordaje diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal permite seleccionar qué pacientes se beneficiarán de procedimientos invasivos como la colonoscopia (*gold standard* para el diagnóstico), ya que esta brinda la oportunidad de visualizar la mucosa intestinal y tomar biopsias, facilitando su estudio histológico. Una vez realizado el diagnóstico previo y con todos los parámetros anteriormente mencionados, se debe iniciar el tratamiento de esta enfermedad, el cual consiste en restaurar la calidad de vida, disminuyendo la sintomatología y las posibles hospitalizaciones,⁹ contribuir al crecimiento normal y evitar las complicaciones.^{10,11}

El diagnóstico oportuno es clave en esta patología, ya que se relaciona con un bajo estímulo antigénico, la regulación de la respuesta inflamatoria e inmunológica y la estimulación del trofismo de la mucosa intestinal, aspectos ampliamente demostrados.¹²

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se describe un caso clínico de enfermedad inflamatoria intestinal en una paciente adolescente, poco frecuente en nuestra población, con respuesta positiva a la intervención terapéutica, logrando establecer un diagnóstico que debe ser considerado en pediatría.

Es fundamental reconocer los signos de alarma, permitiendo un tratamiento médico y nutricional temprano, evitando posibles complicaciones y mejorando la calidad de vida del paciente. Así mismo, se da a conocer y se propone una escala de valoración de severidad de la actividad: Índice de Actividad Pediátrica para Enfermedad de Crohn (PCDAI), abreviado y simplificado.

Paciente femenina de 13 años, proveniente de zona rural del departamento de Nariño, sin antecedentes de importancia, quien niega planificación familiar. Consulta al Hospital Infantil Los Ángeles de Pasto por cuadro clínico inespecífico de más de seis meses de evolución, consistente en dolor abdominal tipo cólico intermitente en epigastrio, sin irradiación. Refiere pérdida de peso de 14 kilogramos, asociada a deposiciones diarreicas predominantemente líquidas, sin moco ni evidencia macroscópica de sangre, con cinco episodios al día, asociados a emesis alimentaria de características biliosas. Todo lo anterior se acompañaba de astenia, adinamia, hiporexia e hipersomnia.

Al ingreso, se realiza manejo inicial con líquidos endovenosos, analgesia, antieméticos y protección gástrica. Se evidencia desnutrición aguda severa, por lo que se brinda soporte nutricional mixto, vía parenteral y enteral, de acuerdo con las recomendaciones de las guías *European Crohn's and Colitis Organisation* (ECCO) y *The European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition* (ESPGHAN),¹³ con buena respuesta (Tabla 1).

Por los hallazgos en el coproscópico y coprocultivo, se inicia manejo con Ivermectina a dosis de 200 mcg/kg/día vía oral por dos días, con dosis posterior a los 14 días. Los niveles de calprotectina fecal fueron de 134,75, indeterminados; sin embargo, desde el criterio médico y clínico, se decidió avanzar a procedimientos endoscópicos invasivos.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Se realizó endoscopia de vías digestivas altas, identificando pangastropatía nodular, gastritis crónica atrófica y duodenitis aguda con presencia de abundantes pseudopólipos de predominio en la segunda porción del duodeno; y colonoscopia, cuyo reporte patológico fue consecuente con alteración de la arquitectura de la mucosa colónica, predominio de infiltrado inflamatorio mononuclear y aumento del número de eosinófilos, sugestivo de enfermedad inflamatoria intestinal, confirmando el diagnóstico de Enfermedad de Crohn.

Al recibir el reporte de patología, se considera Enfermedad de Crohn y se calcula el Índice de Actividad Pediátrica para Enfermedad de Crohn (PCDAI), estándar utilizado en las últimas décadas para la evaluación clínica de la enfermedad. Se obtuvo una puntuación inicial de 46, correspondiente a actividad severa, y

Tabla 1. Paraclínicos intrainstitucionales paciente con enfermedad inflamatoria intestinal.

Paraclínico	Valor	Interpretación
Cuadro hemático	<ul style="list-style-type: none"> Hemoglobina 14,9 Hematocrito 45% Leucocitos 7.300 Neutrófilos 55% Linfocitos 27,3% Eosinófilos 11% 	Hemograma, sin anemia, sin trombocitopenia, sin leucocitosis, con eosinofilia.
Electrolitos	<ul style="list-style-type: none"> Cloro 103 Calcio 7,9 Potasio 3,9 Sodio 131 Fosforo 4,0 Magnesio 1,8 	Sin déficit electrolítico.
Enzimas hepáticas y pancreáticas	<ul style="list-style-type: none"> Amilasa 58 Lipasa 14 Transaminasas TGO 22/ TGP 23 Fosfatasa Alcalina 96 Bilirrubinas totales 0,8 	Sin compromiso paraclínico.
Gonadotropina coriónica humana	<ul style="list-style-type: none"> Unidad beta Negativa 	Se descarta posible embarazo como causa del dolor.
Cultivos	<ul style="list-style-type: none"> Urocultivo negativo Coprocultivo Sangre positiva Larvas de <i>Strongyloides stercoralis</i> 	Parasitosis intestinal.
Perfil nutricional	<ul style="list-style-type: none"> Proteínas totales 3,5 Albumina 1,5 	Hipoalbuminemia severa.
VIH	<ul style="list-style-type: none"> No reactivo 	No reactivo.
Calprotectina fecal	<ul style="list-style-type: none"> 134,5 	Indeterminada.

posterior al tratamiento se recalculó el PCDAI con una puntuación de 5, indicando remisión de la actividad.

El manejo farmacológico inicial se realizó con Prednisolona 40 mg vía oral cada 24 horas por dos semanas, con reducción progresiva, soporte nutricional exclusivo con fórmulas oligoméricas de acuerdo con lo recomendado en las guías ECCO y ESPGHAN para el egreso hospitalario, Vitamina B12 intramuscular cada 15 días y seguimiento por las especialidades tratantes, previo a verificar ganancia de peso adecuada, tolerancia a la vía oral y estabilidad médica (Tablas 2 y 3).

DISCUSIÓN

El caso descrito pone de manifiesto que el dolor abdominal en un paciente pediátrico debe ser estudiado y manejado de forma interdisciplinaria, liderada por gastroenterología pediátrica. Dentro de las impresiones diagnósticas se debe considerar la sospecha clínica de una enfermedad inflamatoria intestinal como etiología ante cuadros de larga evolución.

El enfoque diagnóstico de esta enfermedad tiene tres fases. Inicialmente, una adecuada historia clínica acompañada de un examen físico completo y un diagnóstico nutricional. En una segunda instancia, la solicitud de paraclínicos que permitan discernir una enfermedad inflamatoria intestinal de otras patologías, resaltando la calprotectina fecal como proteína eficaz en esta diferenciación, la cual se encuentra limitada en algunos laboratorios. Por ello, ante la sospecha clínica y paraclínica, se debe acompañar de confirmación endoscópica, como en el caso descrito, considerando que el valor de calprotectina fecal fue indeterminado. En este caso, se logró realizar colonoscopia como tercera fase del abordaje. En el enfoque de la Enfermedad de Crohn fue clave considerar que la paciente presentaba contaminación por larvas de *Strongyloides stercoralis*, lo cual podría solapar el diagnóstico al atribuir la sintomatología a esta parasitosis. No obstante, al encontrarse hospitalizada y contar con estudios anatomopatológicos, fue posible confirmar el diagnóstico y dirigir adecuadamente el tratamiento.

La clasificación de la Enfermedad de Crohn depende de la distribución anatómica, la extensión de la enfermedad, el com-

Tabla 2. Índice de actividad pediátrica para Enfermedad de Crohn (PCDAI).⁴

Parámetro	Clasificación	Puntaje
Historia (durante 7 días)		
Dolor abdominal	0 Ausente.	
	5 Leve (No interfiere con actividades).	
	10 Moderado/severo (Diario, mayor duración, compromete actividades, interferencia nocturna).	
Actividad, estado general	0 Sin limitación.	
	5 Ocasional (Dificultad en mantener actividades acorde edad, menor que sus pares).	
	10 Frecuente (Limitación actividad considerable en relación con personas de su misma edad).	
Deposiciones (por día)	0 (0-1) deposición líquidas (y) sin sangre.	
	5 (hasta 2) semiformada (y/o) (2-5) líquidas.	
	10 Abundante sangre (y/o) (2-6) líquidas (y/o) diarrea nocturna.	
Examen		
Abdomen	0 Sin dolor. (y/o) sin masa.	
	5 Dolor (y/o) masa sin dolor.	
	10 Dolor involuntario (y/o) masa definitiva	
Enfermedad perirrectal	0 Ausente.	
	5 (1-2) fístulas indoloras (y/o) escaso drenaje.	
	10 Fístula activa dolor de absceso (y/o) drenaje.	
Peso	0 Sin compromiso de peso.	
	5 (1-9%) pérdida de peso.	
	10 ($\geq 10\%$) pérdida de peso.	
Manifestaciones extraintestinales: 1. Fiebre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ por 3 días en semana previa. 2. Artritis. 3. Uveítis. 4. Eritema nodoso 5. Pioderma gangrenoso.	0 Ausentes.	
	5 (1) una manifestación extraintestinal.	
	10 (≥ 2) dos o más, manifestaciones extraintestinales.	
Puntaje total		
Interpretación actividad de la enfermedad: (<10) remisión. (10- 27,5) leve. (30-37,5) moderada. (>40) severa.		

portamiento biológico y la presencia de marcadores,³ los cuales, considerados como un solo componente, permiten realizar un tratamiento correcto y un seguimiento adecuado de la patología.

El índice de actividad se estandariza mediante el PCDAI; sin embargo, debido a las limitaciones en la incorporación de datos de laboratorio, velocidad de crecimiento y examen perianal, se ha intentado facilitar y simplificar este índice mediante una

abreviación de autoría propia. De esta manera, se busca un seguimiento adecuado de la respuesta del paciente a las intervenciones terapéuticas.

Un paciente con manejo adecuado puede permanecer asintomático; no obstante, su seguimiento multidisciplinario, encabezado por gastroenterología pediátrica, debe ser continuo, ya que se trata de una patología crónica sin tratamiento curativo definitivo. El

Tabla 3. Propuesta de clasificación de severidad, índice de actividad pediátrica para Enfermedad de Crohn (PCDAI) abreviado y simplificado.*

Parámetro	Clasificación	Puntaje
Historia (durante 7 días)		
Dolor abdominal	0 Ausente.	
	1 Presente.	
Actividad, estado general	0 Sin limitación.	
	1 Con limitación.	
Deposiciones (por día)	0 Hasta 2 deposiciones líquida con sangre.	
	1 Más de 2 deposiciones líquidas, sangre o diarrea nocturna.	
Examen		
Abdomen	0 Sin dolor (y/o) sin masa.	
	1 Dolor (y/o) masa	
Enfermedad perirrectal	0 Ausente.	
	1 Presencia de fístulas.	
Peso	0 Sin compromiso de peso.	
	1 Con pérdida de peso.	
Manifestaciones extraintestinales: 1. Fiebre $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ por 3 días en semana previa. 2. Artritis. 3. Uveítis. 4. Eritema nodoso 5. Pioderma gangrenoso.	0 Ausentes.	
	1 Asociado a manifestación extraintestinal.	
Laboratorio		
Calprotectina	0 Negativa.	
	1 Elevada	
Eosinofilia	0 Negativa.	
	1 Eosinofilia presente.	
Reactantes de fase aguda	0 Sin elevación PCR / VSG.	
	1 PCR elevada / VSG elevada.	
Puntaje total		
Interpretación actividad de la enfermedad (<2) remisión. (2-4) leve. (5-7) moderada. (>8) severa.		
*Elaborada por los autores.		

objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente, minimizar el retraso en las intervenciones, evitar las posibles complicaciones y reducir la estancia hospitalaria.

La descripción de la presentación clínica de la Enfermedad de Crohn contribuye a contrarrestar el subdiagnóstico del dolor abdominal e incluye, dentro de las posibilidades diagnósticas, un nuevo pilar en el razonamiento clínico del médico.

CONCLUSIONES

Los signos de alarma que orientan a sospechar una posible enfermedad inflamatoria intestinal son cinco: Dolor abdominal, pérdida de peso, diarrea, vómito y, en ocasiones, anemia, los cuales suelen corresponder a cuadros clínicos de larga evolución. En este sentido:

- Los desórdenes hematopoyéticos en esta enfermedad responden a deficiencias de hierro, vitamina B12 y ácido fólico, lo que amplía la posibilidad de caracterización mediante los volúmenes corpusculares de la anemia.

- El diagnóstico de esta enfermedad requiere tres componentes: La sospecha clínica, la interpretación paraclínica y el estudio endoscópico con su respectivo análisis anatomopatológico.
- Los tratamientos realizados, ya sean médicos o quirúrgicos, no son curativos; aun en ausencia de sintomatología, los pacientes pueden persistir con lesiones microscópicas que requieren seguimiento.
- El abordaje sistemático es fundamental en el diagnóstico de esta enfermedad, permitiendo intervenciones oportunas, evitando complicaciones y mejorando la calidad de vida del paciente.
- A pesar de que a nivel mundial la enfermedad inflamatoria intestinal es frecuente en niños y adolescentes, en nuestro país y específicamente en nuestra región, son escasos los pacientes diagnosticados con estas patologías.
- Se propone una clasificación de severidad simplificada del PCDAI en código binario (Tabla 3), con un total de 10 puntos, para ser valorada y patentada inicialmente a nivel nacional, en búsqueda de una estandarización internacional.

REFERENCIAS

1. Fuller MK. Pediatric Inflammatory Bowel Disease: Special Considerations. *Surgical Clinics*. 2019; 99(6):1177-1183. DOI: 10.1016/j.suc.2019.08.008
2. Ortigosa L. Concepto actual y aspectos clínicos de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. *Colombia Médica*. 2005; 36(2):16-24. DOI: 10.25100/cm.v36i.2.Supl.1.347
3. Alvarado-García R, Uribe-Ramos DG, Benavides JA, Gallego-Grijalva JE. Enfermedad de Crohn. Informe de un caso pediátrico. *Cirugía y Cirujanos*. 2001; 69(6):313-315.
4. Grez C, Ossa JC. Enfermedad inflamatoria intestinal en pediatría, una revisión. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2019; 30(5):372-382.
5. Andrews AR, Putra J. Special Considerations in Pediatric Inflammatory Bowel Disease Pathology. *Diagnostics (Basel)*. 2025; 15(7):831. DOI: 10.3390/diagnostics15070831.
6. Arcos-Machancoses JV, Donat-Aliaga E, Polo-Miquel B, Masip-Simó E, Ribes-Koninckx, C, Pereda-Pérez A. Retraso diagnóstico en la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica. Descripción y estudio de los factores de riesgo. *Anales de Pediatría*. 2015; 82(4):247-254.
7. Baar Z, Harris D, García C, García B. Talla baja e ileítis persistente en enfermedad de Crohn. *Revista Chilena de Pediatría*. 2000; 71(2):128-135.
8. Angulo MEL, de las Heras-Gómez I, Villanueva MM, Velasco JAN, Plaza FA. Calprotectina fecal, marcador eficaz en la diferenciación de enfermedades inflamatorias intestinales y trastornos funcionales gastrointestinales. *Gastroenterología y Hepatología*. 2017; 40(3):125-131.
9. Hill RJ, Lewindon PJ, Muir R, Grangé I, Connor FL, Davies PSW. Calidad de vida en niños con enfermedad de Crohn. *Revista de Gastroenterología y Nutrición Pediátricas*. 2010; 51(1):35-40.
10. Day AS, Ledder O, Leach ST, Lemberg DA. Crohn's and colitis in children and adolescents. *World journal of gastroenterology: WJG*. 2012; 18(41):5862.
11. Kugathasan S, Denson LA, Walters TD, Kim MO, Marigorta UM, Schirmer M, Crandall WV, *et al*. Prediction of complicated disease course for children newly diagnosed with Crohn's disease: a multicentre inception cohort study. *The Lancet*. 2017; 389(10080):1710-1718. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)30317-3
12. López VN, Alonso JB, Salinas CS, Gálvez AB, Recio MV. Eficacia del tratamiento nutricional primario en la enfermedad de Crohn pediátrica. *Anales de Pediatría*. 2008; 69(6):506-514.
13. van Rheenen PF, *et al*. The medical management of paediatric Crohn's disease: an ECCO-ESPGHAN Guideline update. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2021; 15(2):171-194. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjaa161)
14. González YM, Ossa JC, Alliende F, Canales P, Cofré C, Faúndez R, Delgado L. Enfermedad Inflamatoria Intestinal en pediatría (EII): revisión. Grupo de trabajo de la sociedad Latinoamericana de gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SLAGHNP). *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2018; 48(3):226-241.