



## IMAGEN DEL MES

### Enfisema subcutáneo secundario a perforación intestinal en paciente con enfermedad de Crohn

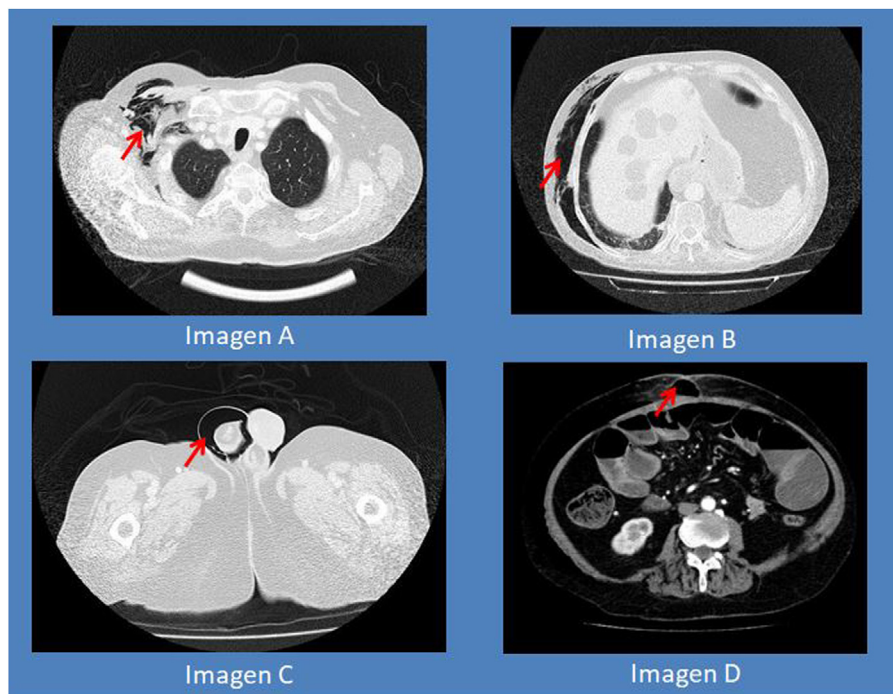
### Subcutaneous emphysema secondary to intestinal perforation in a patient with Crohn's disease

Diego Casas Deza<sup>a,\*</sup>, Marta Gascón Ruiz<sup>b</sup>, Rosa García Fenoll<sup>c</sup> y Santiago García López<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

<sup>b</sup> Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

<sup>c</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España



**Figura 1** En las imágenes A, B y C se observa el enfisema subcutáneo que alcanza desde el hueco axilar (A) hasta el testículo derecho (C). En la imagen D se visualiza el asa eviscerada donde se produjo la perforación que originó dicho enfisema.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [diegocasas8@gmail.com](mailto:diegocasas8@gmail.com) (D. Casas Deza).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2019.07.004>

0210-5705/© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

11 Q3 Presentamos el caso de un varón de 71 años con enferme- 31  
12 dad de Crohn de larga evolución (A2B2L3), con estenosis de 32  
13 íleon distal que condiciona dilatación de intestino delgado. 33  
14 En tratamiento con golimumab, azatioprina y prednisona. 34  
15 Ingresó por un cuadro de oclusión parcial con evolución len-  
16 tamente favorable. De manera súbita el paciente presentó  
17 mal estado general y dolor abdominal, objetivándose en la  
18 exploración crepitación del tejido subcutáneo. Se realizó un  
19 escáner urgente que mostró los hallazgos que se presentan  
20 a continuación (fig. 1).

21 En las imágenes se observa un enfisema subcutáneo que  
22 se extiende desde la región axilar derecha hasta el testículo  
23 ipsilateral, procedente de una perforación espontánea ori-  
24 ginada en un asa eviscerada. Dicha perforación se objetivó  
25 en quirófano y se corrigió mediante sutura simple.

26 La perforación intestinal es una complicación rara  
27 (1,5%)<sup>1</sup>, incluso durante la realización de colonoscopias<sup>2</sup>,  
28 pero grave de la enfermedad de Crohn, siendo la prueba más  
29 sensible para su diagnóstico la tomografía computarizada<sup>3,4</sup>.  
30 Como en nuestro paciente, suele ser única y en pacien-  
tes con patrón estenosante/fistulizante. El tratamiento de

esta complicación es quirúrgico, habitualmente de urgen- 31  
cia. Concomitantemente debe optimizarse el tratamiento 32  
médico mediante cobertura antibiótica de amplio espectro 33  
y soporte nutricional<sup>5</sup>. 34

## Bibliografía 35

1. Kim JW, Lee HS, Ye BD, Yang SK, Hwang SW, Park SH, et al. Inci- 36  
dence of and Risk Factors for Free Bowel Perforation in Patients 37  
with Crohn's Disease. *Dig Dis Sci.* 2017;62:1607-14. 38
2. Makkar R, Bo S. Colonoscopic perforation in inflammatory bowel 39  
disease. *Gastroenterol Hepatol (N Y).* 2013;9:573-83. 40
3. Griffey RT, Fowler KJ, Theilen A, Gutierrez A. Considerations in 41  
Imaging Among Emergency Department Patients With Inflamma- 42  
tory Bowel Disease. *Ann Emerg Med.* 2017;69:587-99. 43
4. Bagga B, Kumar A, Chahal A, Gamanagatti S, Kumar S. Traumatic 44  
Airway Injuries: Role of Imaging. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2018, 45  
<http://dx.doi.org/10.1067/j.cpradiol.2018.10.005>. 46
5. Patil SA, Cross RK. Medical versus surgical management of 47  
penetrating Crohn's disease: The current situation and future 48  
perspectives. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2017;11: 49  
843-8. 50