
ENFERMEDAD DE CROHN PERIANAL FISTULIZANTE REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

CROHN'S DISEASE CLINICAL CASE REPORT AND BIBLIOGRAPHIC REVIEW

¹Siguencia Muñoz, Jhonatan Miguel. ²Acosta Mayorga, Carlos Gonzalo. ³Pérez Quiroga, Fausto Daniel. ⁴Vásquez de la Bandera Gonzenbach, Paula Doménica.

¹Médico Especialista en Cirugía General y Subespecialidad en Coloproctología. Hospital Indígena-Atocha. Ambato. Tungurahua. Ecuador. E-mail: ua.jhonatansiguencia@uniandes.edu.ec ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3965-1279>

²Docente de Medicina UNIANDES Ambato y Médico Especialista en Cirugía General. Hospital Indígena-Atocha. Ambato. Tungurahua. Ecuador. E-mail: ua.carlosacosta@uniandes.edu.ec ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0943-5687>

³Médico Residente. Hospital Indígena-Atocha. Ambato. Tungurahua. Ecuador. E-mail: faustodaniel18@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2802-4672>

⁴Médico Residente. Hospital Indígena-Atocha. Ambato. Tungurahua. Ecuador. E-mail: d0me_19@hotmail.es ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3319-8848>

Siguencia Muñoz, Jhonatan Miguel. Acosta Mayorga, Carlos Gonzalo. Pérez Quiroga, Fausto Daniel. Vásquez de la Bandera Gonzenbach, Paula Doménica. **ENFERMEDAD DE CROHN PERIANAL FISTULIZANTE REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.** Rev UNIANDES Ciencias de la Salud 2023 sept-dic; 6(3): 1414 – 1424.

<https://doi.org/10.61154/rucs.v6i3.2740>

Recibido: **16/07/2022**

Aprobado: **16/09/2022**

RESUMEN

Introducción: La enfermedad de Crohn es una inflamación crónica que resulta de una combinación de interacciones entre la microbiota intestinal, genotipo del huésped y factores ambientales que se caracteriza por tener episodios de actividad y remisión de la inflamación con un curso progresivo que puede avanzar y presentar complicaciones como la estenosis y formación de fístulas.

Presentación de caso: Paciente de 38 años de edad, de aspecto caquético ingresa con dolor abdominal difuso, deposiciones diarreicas con moco y sangre, pérdida de peso, y fístula anal tranesfinterica complicada y abscedada, en tratamiento con otros facultativos sin mejora de cuadro clínico.

Conclusión: La identificación de signos clínicos, de laboratorio y de imagen fueron fundamentales para el diagnóstico y diferenciarlo de las otras enfermedades inflamatorias, así mismo destacamos el manejo que se dio a la enfermedad de Crohn perianal puesto que es una variante que predice mal pronóstico y de difícil tratamiento.

Palabras clave: enfermedad de Crohn, fístulas, complicaciones, perianal.

ABSTRACT

Introduction: Crohn's disease is a chronic inflammation resulting from a combination of interactions between the intestinal microbiota, host genotype, and environmental factors that is characterized by episodes of activity and remission of inflammation with a progressive course that can progress and present complications such as stricture and fistula formation.

Case presentation: 38-year-old female patient of cachectic appearance is admitted with diffuse abdominal pain, diarrheal stools with mucus and blood, weight loss, and complicated and abscessed transsphincteric anal fistula, under treatment with other physicians without improvement of the clinical picture.

Conclusion: The identification of clinical, laboratory and imaging signs were fundamental for the diagnosis and to differentiate it from other inflammatory diseases. We also

highlight the management given to perianal Crohn's disease since it is a variant that predicts poor prognosis and is difficult to treat.

Key words: Crohn's disease, fistulas, complications, perianal.

INTRODUCCION

La Enfermedad de Crohn es una inflamación crónica que forma parte de la enfermedad inflamatoria intestinal que afecta principalmente al colon y al intestino delgado, su etiología es desconocida, pero resulta de la combinación de interacciones entre la microbiota intestinal, genotipo del huésped y los factores ambientales que desencadenan una respuesta inflamatoria. (1,4)

La enfermedad de Crohn se caracteriza por tener episodios de actividad y remisión de la inflamación y el curso progresivo de la enfermedad puede avanzar y presentar complicaciones como la estenosis y formación de fístulas. La patología perianal se puede presentar hasta un 92% cuando es afectación rectal mientras que en la ileocecal se presenta en un 15% de los pacientes. (5,6)

Se utilizan varias clasificaciones anatómicas de las fístulas perianales que son: la clasificación de Parks que proporciona una descripción detallada del trayecto de la fístula pero no aporta información de la complejidad y presencia de proctitis, además la clasifica de acuerdo a su origen anatómico, por tal motivo se utiliza más la clasificación del Colegio Estadounidense de Gastroenterología (AGA) que tiene mayor relevancia pronóstica para la cicatrización de la fístula, la clasifica como simples o complejas. (6) El índice de actividad de la enfermedad de Crohn perianal (PDAI) también se debe tomar encuentra dentro de las clasificaciones porque toma en cuenta la parte funcional, los pacientes con enfermedad de Crohn es más común que desarrollen fístulas complejas (5).

En la etiología de la enfermedad perianal existen investigaciones en donde se cree que un proceso auto inmunitario basado en la predisposición genética y la microbiota son en sí los responsables. Se han relacionado las complicaciones con variantes genéticas que pueden producir defectos en la destrucción de los patógenos y defectos en el transporte de toxinas lo que provoca la inflamación. (11)

El absceso perianal se presenta en el 80% de los pacientes con enfermedad de Crohn, los

cuales se pueden desarrollar en perianal, isquiorrectal, interesfinteriano y supraelevador, claro la presentación más común es la perianal, la fistula anal está presente en el 43% de los pacientes, a mayor tiempo que presente la enfermedad mayor posibilidad de padecer complicaciones perianales. (11)

Solo en algunos pacientes la primera manifestación clínica es la sintomatología perianal que sugiere una presentación más agresiva mientras que en la mayoría de los pacientes se presentan manifestaciones intestinales que preceden a las lesiones perianales. (11)

Las manifestaciones incluyen tres categorías que son la destrucción del tejido, fístulas y abscesos y la estenosis rectal; su forma de presentación es variable que puede ser desde un cuadro leve a una enfermedad grave donde puede presentar infecciones recurrentes y sepsis.

En el diagnóstico es muy importante la valoración clínica, examen físico y también mediante imágenes como la tomografía, eco y resonancia magnética, el examen guiado bajo anestesia tiene un 90% de precisión para detectar y clasificar correctamente las fístulas y abscesos mientras que la resonancia magnética pélvica es el gold standard para detectar anatomía, complejidad y la actividad de las fístulas. (6)

No existe una cura establecida para la enfermedad de Crohn, todo tratamiento está enfocado a mejorar la calidad de vida del paciente. Prácticamente se centra en evitar complicaciones, así como procedimientos quirúrgicos. (11)

En el manejo, las fístulas simples solo necesitan un tratamiento médico con antibióticos, antimoduladores o terapia biológica o el uso en conjunto de los mismos que mejoran los tiempos de curación, los antibióticos de elección son el metronidazol y ciprofloxacino usados en terapias prolongadas de 8 a 12 semanas, o tratamiento quirúrgico que debe ser individualizado, con el objetivo de controlar la sepsis perianal, se basa en una exploración bajo anestesia y la colocación adecuada de un seton de drenaje, el objetivo del tratamiento es cerrar la fístula para evitar recurrencia y evitar la continencia. (11)

En los abscesos el tratamiento más adecuado siempre será el drenaje. El tratamiento quirúrgico para los abscesos depende del tamaño, en los superficiales se realiza una incisión en forma de cruz cerca del ano, de esta manera se evita que se cierre la herida y permite que se drene su contenido al exterior; en los isquiorrectales el sitio para realizar la herida es fuera del complejo esfinterico generalmente desarrollan fistula por lo que se

debe realizar lo mas próximo a la región anal para disminuir el riesgo. (11)

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 38 años de edad, nacida y residente en Píllaro, soltera, con antecedentes patológicos personales de infección por SARS Cov 2 hace 1 año, en sus antecedentes patológicos quirúrgicos presenta colecistectomía laparoscópica hace 6 meses, no refiere alergias ni antecedentes patológicos familiares. Presenta cuadro de dolor abdominal de un mes de evolución como fecha aparente y mayor a 6 meses como fecha real, acompañado de deposiciones diarreicas, al inicio líquidas con moco, además de náuseas que no llegan al vómito, pérdida de peso más del 20% en los últimos 6 meses, ha realizado tratamiento que no especifica en otros facultativos, los cuales por cuadro asociado a estrés, acude a valoración por psiquiatría, siendo tratada con multivitamínico, pantoprazol (20mg), Clonazepam 2mg, Además de Psicoanalépticos y Antidepresivos, sin mejoría del cuadro, por lo que acude con cuadro de dolor abdominal difuso acompañado de deposiciones diarreicas por 7 ocasiones por día con moco, sangre, además de llanto fácil, labilidad emocional.

Al examen físico presenta los siguientes signos vitales, Temperatura: 36.7°C, Tensión Arterial: 120/80 mmHg, Frecuencia Cardíaca: 120 lpm, Frecuencia Respiratoria: 22 rpm, Peso: 40.3 kg

Paciente consciente, orientada, afebril, aspecto caquéctico. Cabeza normocefalica, boca: mucosas orales semi húmedas, Tórax: simétrico, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos, corazón rítmico, no soplos, Abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación en toda su extensión, ruidos hidroaéreos aumentados, no signos de irritación peritoneal, extremidades simétricas, no edema, Región anal: se evidencia múltiples orificios secundarios de fistula anal compleja abscedada. Tacto rectal de tono y calibre normal, se palpan múltiples trayectos fistulosos transesfintericos posterior y lateral izquierdo, se palpa absceso postanal profundo de gran tamaño. Anoscopia: Se evidencia paquetes hemorroidales principales grado II y múltiples orificios primarios y purulentos. (Figura 1).

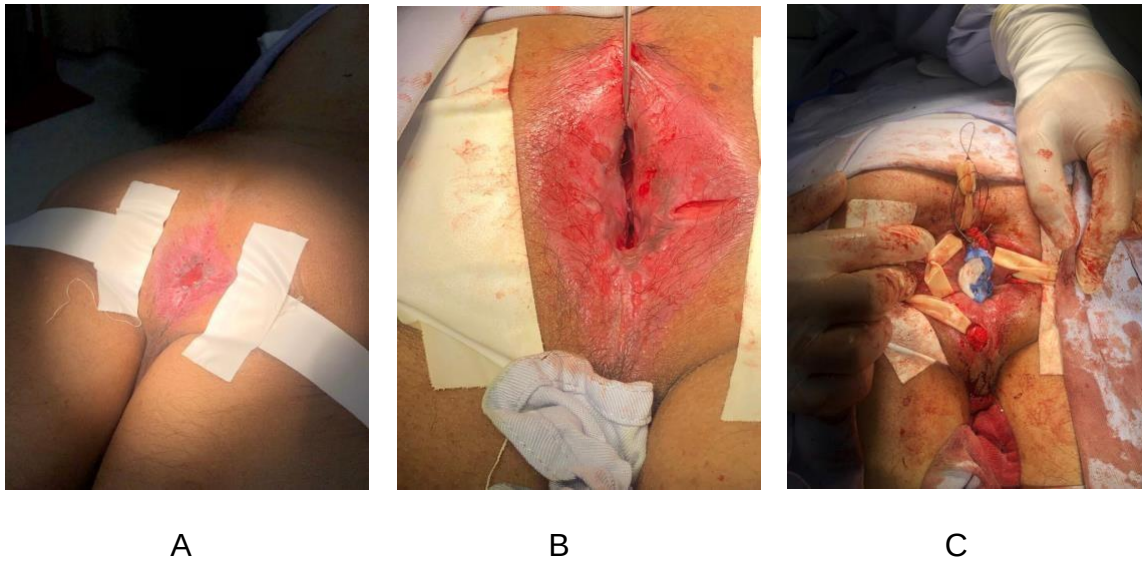


Figura 1. A) absceso postanal profundo, B) Fístula compleja en herradura con múltiples orificios secundarios, C) Cirugía en la que se realiza drenaje de absceso más colocación de setones de drenaje.

En exámenes de laboratorio se reporta en tabla 1.

Tabla 1 Resultados de exámenes de laboratorio

Biometría Hemática	Química sanguínea
Leucocitos 11890	Creatinina 1.2
Segmentados 81.9%	Urea 22
Hematocrito: 31.7%	Electrolitos
Hemoglobina: 10.4 gr /dl	Na: 134.1
PCR 96	K: 3.8
VSG: 80	Cl: 109.1

Elaborado por: Autores

Se investigó: HIV. negativo, VDRL: No Reactivo, Hepatitis A y B: Negativo. En hormonas tiroideas TSH, T3 y T4: dentro de parámetros normales, proteínas totales: 5.7, albúmina: 2.3.

Coproparasitario: Moco: XXX, Sangre oculta: Positivo, polimorfonucleares: 100%, trofozoito de ameba histolítica: X, Hematíes: 20-25 por campo.

Coprocultivo: Germen aislado *ESCHERICHIA COLI*.

Eco abdominal: reporta esteatosis hepática difusa resto dentro de parámetros normales.

Se realiza endoscopia digestiva baja con toma de biopsia se observa una mucosa lacerada, sangrante fácilmente, nodular, ulceraciones irregulares mal definidas, congestiva patología que se extiende hasta el colon transverso (Figura 2).

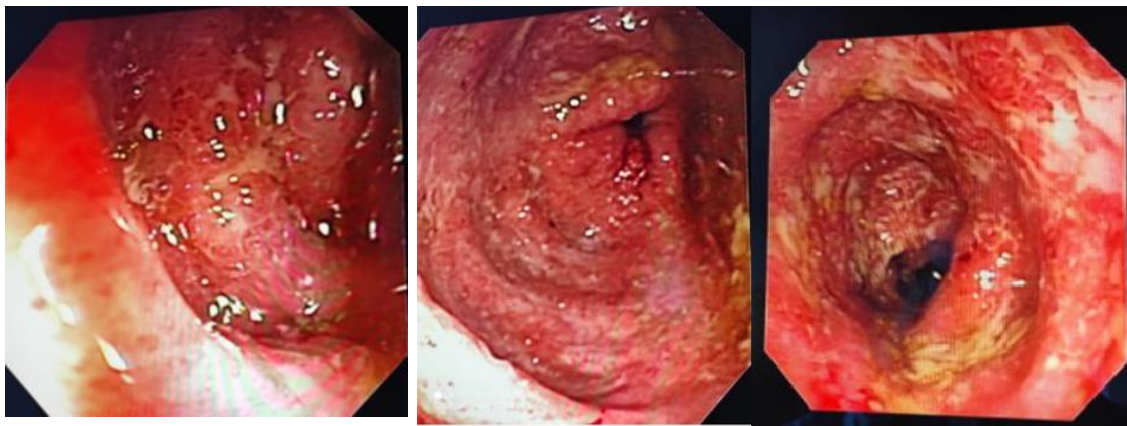


Figura 2. Endoscopia Digestiva baja. Mucosa lacerante, sangrante con ulceraciones irregulares.

Estudio Histopatológico: Con resultado de Imagen histológica compatible con enfermedad de Crohn.

Se realizó el cálculo para el índice de actividad de la enfermedad de Crohn en adultos (CDAI) (10), obteniendo en la paciente una puntuación de 334 puntos, por lo que se categorizó como una enfermedad de Crohn activa de moderada a grave.

Ingresa a cargo del servicio de Cirugía Colorrectal, se procede a prescribir metilprednisolona, antibioticoterapia con metronidazol y ciprofloxacina, se inicia dieta hiperproteica e hidratación, se valora evolución con radiografía seriada de abdomen, biometría, PCR, VSG.

Al tercer día de tratamiento la paciente presenta mejoría clínica del cuadro abdominal, persiste la leucocitosis y dolor anal por lo que se decide tratamiento quirúrgico de fistula

compleja anal.

Hallazgos postquirúrgicos: fistula transesfintérica alta en herradura con múltiples orificios primarios y secundarios, que atraviesa el espacio interesfintérico a través del esfínter anal externo, absceso postanal profundo. Se procede a realizar destechamiento de absceso y drenaje del mismo mediante sección del ligamento anococcígeo. Se obtiene 20 cc de líquido purulento, se coloca seton de drenaje en fístula transesfinterica en orificio lateral izquierdo y derecho hacia orificio posanal profundo.

Paciente posterior a procedimiento quirúrgico sin complicaciones presenta mejoría clínica y de laboratorio.

DISCUSION

La enfermedad de Crohn es una inflamación crónica en la que se comprometen el íleo terminal y el ciego, esta enfermedad se caracteriza por presentar un curso progresivo que puede avanzar en formación de fístulas; existen varios tipos de fístulas perianales complejas entre ellas: interesfinteriana, transesfinteriana alta, supraesfinteriana, extraesfinteriana. (8)

Un paciente durante su vida puede desarrollar fístulas perianales en un 23-38% y un 21% lo puede desarrollar antes de los 10 años de enfermedad con una alta incidencia de recurrencias al tratamiento. (5) En estudios previos se pudo reportar al año un 12%, a los 5 años un 15% y a los 20 años un 26%. (6)

La inflamación puede afectar todo el tubo digestivo desde la boca hasta el ano, siendo su principal característica histológica la afectación transmural de la mucosa. En Ecuador su prevalencia es baja solo se han reportado que 1,5/100000 habitantes que padecen de enfermedad de Crohn (9).

La etiología puede deberse a factores genéticos o ambientales, entre los ambientales se tiene principalmente en una inadecuada dieta del paciente o hábitos como fumar.

La presentación clínica es variable, desde casos asintomáticos hasta la presentación de complicaciones agudas o crónicas, en este estudio se presentó como un caso de dolor abdominal con deposiciones diarreicas, náuseas, pérdida de peso, con visitas a varios facultativos no logrando encontrar un diagnóstico adecuado, al examen físico se detecta dolor a la palpación en forma difusa, aspecto caquéctico, se evidencia múltiples orificios

secundarios de fistula anal compleja abscedada. Tacto rectal de tono y calibre normal, se palpan múltiples trayectos fistulosos transesfintericos posterior y lateral izquierdo, se palpa absceso postanal profundo de gran tamaño, se realiza exámenes complementarios, como es la endoscopia digestiva baja es un pilar en la identificación de la patología así como para realizar un diagnóstico diferencial, en estudio de laboratorio se pudo detectar elevación de reactantes de fase aguda, así como leucocitosis, en coproparasitario se detecta la presencia de sangre oculta con moco y polimorfonucleares con los que se llega al diagnóstico clínico.

Cuando se sospecha de una enfermedad de Crohn con fístula perianal se debe realizar un examen físico detallado, estudio con resonancia magnética de pelvis y definir si existe la necesidad de la exploración bajo anestesia para confirmar el diagnóstico. (2)

El tratamiento quirúrgico fue favorable sin complicaciones, con una evolución adecuada, sin signos de infección, el tratamiento farmacológico se cumplió a base de antibióticos de metronidazol y ciprofloxacino, y corticoides con metilprednisolona a una dosis de 0,75 mg/kg/día. Al tercer día de hospitalización presenta disminución en sus deposiciones diarias a 2 de características blandas, con tolerancia oral adecuada.

Existen varios tratamientos, pero se debe valorar la situación de cada paciente y se debe elegir el mejor que cumpla con los objetivos del mismo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Debido a la baja incidencia en nuestro país y por falta de estudios muchas veces no es diagnosticado adecuadamente como nuestro caso, además de la sospecha clínica fue necesario la realización de estudios complementarios para llegar al diagnóstico, el tratamiento establecido tanto farmacológico y quirúrgico fueron adecuados ante la sospecha, muchos de los pacientes presentan complicaciones en algún momento de su vida, por lo que es necesario la intervención quirúrgica.

En general se sugiere el diagnóstico oportuno con la realización de endoscopia digestiva ante la sospecha clínica como es el cambio en el hábito de defecación o la disminución progresiva del peso.

BIBLIOGRAFIA

1. Sicilia B, Vicente R, Gomollón F. Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa: discusión de la epidemiología clásica. Sociedad Argentina de Gastroenterología. 2009;39(2):135-45.
2. Ibáñez P, Quera R, Lubascher J, Figueroa C, Pizarro G, Kronberg U, et al. Algoritmos de tratamiento de la enfermedad de Crohn desde una experiencia local. Rev médica Clín Las Condes. 2018;29(6):663-77.
3. Da Silva Marlon K. López Chinga FECRVL. Enfermedad de Crohn. Dominio de las Ciencias. 2017;3(3):246-58.
4. Juliao-Baños F, Grillo A CF, Pineda Ovalle LF, Otero Regino. W, Galiano de Sánchez. MT, García Duperly. R, et al. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la enfermedad de Crohn en población adulta. Rev Colomb Gastroenterol. 2020;35(Supl. 2):63-200.
5. Duperly RG. Enfermedad de Crohn perianal fistulizante compleja: ¿Antibióticos, setones o terapia biológica? Revista Colombiana de Gastroenterología/Guías de manejo en urgencias de Gastroenterología. 2018;33.
6. Panés J, Rimola J. Perianal fistulizing Crohn's disease: pathogenesis, diagnosis and therapy. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2017;14(11):652-64.
7. Schwartz DA, Ghazi LJ, Regueiro M, Fichera A, Zoccali M, Ong EMW, et al. Guidelines for the multidisciplinary management of Crohn's perianal fistulas: summary statement. Inflamm Bowel Dis. 2015;21(4):723-30. de Chile M de SG. Tratamiento con Infliximab o Adalimumab en la enfermedad de Crohn grave o enfermedad de Crohn con fistulas perianales complejas. 2016.
8. Mayorga Garcés, A., Rodríguez Vélez, V., Dávila Bedoya, S., Andrade Zamora, D., Carrillo Ubidia, J., & Ordoñez Arce, M. (2020). Epidemiología y comportamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal en la población ecuatoriana. *Acta gastroenterologica Latinoamericana*, 50 (1). doi: 10.52787 /smti9811
9. Calculator: Crohn's Disease Activity Index (CDAI) in adults [Internet]. Uptodate.com. [citado 26 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/calculator-crohns-disease-activity-index-cdai-in-adults>
10. de Jesús Rodríguez Wong Juan Miguel Abdo Francis LCGU. Coloproctología. Editorial

Alfil, S. A. de C. V.;