

## IMÁGENES EN PATOLOGÍA DIGESTIVA

# Enfermedad de Crohn fistulizante

E. Ulloa Márquez, M. L. Manzano Alonso, P. Martínez Montiel y J. A. Solís Herruzo

*Servicio de Medicina del Aparato Digestivo. Hospital 12 de Octubre. Madrid*

Mujer de 56 años diagnosticada de artritis reumatoide juvenil y tratada con ciclos de esteroides desde la infancia. Portadora de prótesis de cadera bilateral por artrosis con varios recambios, el último de ellos en la cadera derecha hace 3 años. En 1987 fue diagnosticada de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tipo enfermedad de Crohn (EC) fistulizante con afectación ileocolónica (A<sub>2</sub>, L<sub>3</sub>, B<sub>3</sub> según la clasificación de Viena) y enfermedad perianal (EPA). Había realizado tratamiento con esteroides, 5-ASA, azatioprina y finalmente anti-TNF, con respuesta parcial, suspendiendo todo el tratamiento, excepto 5-ASA, por decisión propia hace tres años.

Ingresa por cuadro de deterioro del estado general observándose una úlcera necrótica en región trocantérea derecha (Fig. 1) con salida de material fecaloideo y múltiples orificios fistulosos en región sacra, perianales y vaginales. El escáner abdominal mostró la existencia de varios trayectos fistulosos desde el íleon hasta el músculo psoas derecho con gas ectópico en el tejido celular subcutáneo y muscular del miembro inferior derecho, así como engrosamiento mural concéntrico del colon y del íleon terminal. Se procedió a la intervención quirúrgica urgente realizándose una ileostomía lateral de descarga y desbridamiento quirúrgico de la úlcera, dejando expuesta la prótesis de cadera derecha. Además, recibió antibioterapia de amplio espectro, corticoides sistémicos, nutrición parenteral y, una vez superada la fase aguda, se introdujo azatioprina. Posteriormente en un segundo acto se realizó limpieza quirúrgica de la prótesis de cadera y cierre primario de la úlcera trocantérea. Valorada por psiquiatría, fue diagnosticada de trastorno depresivo mayor.

## COMENTARIO

Debido al carácter transmural de la EC, los pacientes pueden desarrollar fístulas. Los trayectos fistulosos pueden avanzar hasta las asas intestinales vecinas, dando lugar a fístulas enteroentéricas, de las cuales las más frecuentes son las ileoileales, ileocecales o ileosigmoideas; en ocasiones terminan en un fondo de saco ciego, provocando abscesos abdominales; más raramente el origen de la fístula está en el colon y se dirige a otros tramos del tubo digestivo, como es el caso de las fístulas cologástricas o coloduodenales, provocando síndrome de malabsorción por exclusión de amplios tramos de intestino y por favorecer el sobrecrecimiento bacteriano. Además, las fístulas pueden penetrar en órganos pelvianos adyacentes como la vejiga y la vagina. Por último, pueden aparecer fístulas enterocutáneas, las cuales en su trayecto hacia la piel aprovechan los planos de menor resistencia, por lo que es frecuente que surjan en áreas de cicatrices quirúrgicas (1,2).

Cuando la enfermedad sigue un patrón fistulizante el abordaje suele ser multidisciplinario. El tratamiento específico incluye el metronidazol (500 mg/8 h) y, en general, es indicación de tratamiento inmunomodulador (azatioprina/6-mercaptopurina, metrotexato, anti-TNF). En ocasiones, ante la falta de respuesta al tratamiento médico se indica la cirugía (3,4).

Presentamos un caso de EC fistulizante con EPA grave que requirió tratamiento inmunosupresor y terapia biológica para su control. En la evolución, la paciente



Fig. 1.

abandonó el tratamiento. Desde ese momento la enfermedad evolucionó siguiendo su curso natural hacia un cuadro grave fistulizante, afectando incluso al paquete muscular anterior del muslo derecho, que precisó un tratamiento quirúrgico agresivo, así como un tratamiento médico intensivo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Stange EF, Travis SP, Vermeire S, et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis. *Gut* 2006; 55: 1-15.
2. Caprilli R, Gassull MA, Escher JC, et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Special situations. *Gut* 2006; 55: 38-58.
3. Travis SPL, Stange EF, Lémann M, et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Current management. *Gut* 2006; 55: 16-35.
4. Doménech E, Esteve-Comas M, Gomollón F, et al. Recomendaciones para el uso de infliximab en la enfermedad de Crohn. *Gastroenterol Hepatol* 2002; 25: 162-9.