

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Sección coordinada por:

V. F. Moreira y A. López San Román

Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Enfermedad de Crohn perianal

¿QUÉ ES?

Consiste en la aparición de lesiones en la zona del ano y del recto tales como repliegues cutáneos, fisuras, fístulas y abscesos. La frecuencia con la que aparecen en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) es de alrededor del 15-45%, siendo mayor cuando la enfermedad afecta al colon que al intestino delgado. No es raro que estas lesiones precedan o aparezcan simultáneamente con los síntomas intestinales. El repliegue cutáneo es la manifestación más frecuente y consiste en el agrandamiento, congestión y desplazamiento hacia el exterior del revestimiento interno del canal anal. La fístula, es la segunda anomalía en frecuencia y se trata de un trayecto que comunica el ano o el recto con la piel de la zona perianal y, en ocasiones, con los glúteos, los muslos o los genitales. Con frecuencia son simples, es decir, tienen un único trayecto, aunque hay una proporción relativamente alta de fístulas complejas con varios orificios fistulosos externos. La fisura es un desgarramiento lineal del canal anal, y el absceso, la formación de una cavidad rellena de pus que aparece como consecuencia de la infección de una glándula anal.

¿QUÉ SÍNTOMAS PRODUCE?

En la mayoría de los pacientes con EC, las lesiones anales producen pocos síntomas a no ser que se compliquen con infecciones. Así, las fisuras y las fístulas son indoloras en la mayoría de los casos. El absceso es la principal causa de dolor anal en los pacientes con enfermedad perianal (EPA).

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

El diagnóstico de la EPA es fácil en un paciente con EC conocida. Sin embargo, si las manifestaciones anales son los primeros síntomas de la enfermedad, el diagnóstico puede ser difícil o pasar desapercibido. La multiplicidad de las lesiones, su localización atípica (a distancia del ano) y el ser poco sintomáticas pueden sugerir su diagnóstico.

Dado que el tratamiento de la EPA difiere en función del tipo de lesiones, es imprescindible una buena evaluación inicial. Para ello comenzaremos explorando la región anal y perianal conjuntamente con un cirujano experto. En la mayoría de las ocasiones, esta exploración no es suficiente y precisamos realizar técnicas complementarias como la ecografía endoanal/endorrectal (EEA) o la resonancia nuclear magnética de la pelvis. Ambas técnicas, juntas o por separado, nos van a identificar mejor todas las lesiones. La EEA consiste en la introducción de un tubo similar al endoscopio en el canal anal-recto inferior y nos permitirá no solo valorar su existencia sino en ocasiones tratarlas. En algunas circunstancias, la exploración bajo anestesia del canal anal se considera la mejor opción ya que permite identificar de forma más precisa lesiones complejas y actuar sobre ellas en el mismo acto quirúrgico.

A todos los pacientes se les debe realizar un examen endoscópico del recto si es posible (dado que en ocasiones el ano puede estar estenosado o es doloroso). La endoscopia nos permitirá valorar la existencia de inflamación rectal que también será de ayuda para decidir la estrategia de tratamiento más adecuada.

Otro aspecto importante, sobre todo para monitorizar la eficacia al tratamiento, es medir la actividad de las lesiones. Se utilizan índices que no sólo valoran aspectos relacionados con la actividad de las lesiones (supuración, dolor perianal), sino su repercusión en aspectos personales como la actividad sexual y la restricción de actividades (calidad de vida).

¿CUÁL ES SU TRATAMIENTO?

El tratamiento de la EPA debe ser individualizado en función del tipo de lesiones y la existencia de inflamación intestinal, siendo fundamental la colaboración entre el gastroenterólogo y el cirujano. Desde un punto de vista práctico, se puede resumir que la cirugía en la EPA puede ser de dos tipos: cirugía local, más o menos complicada para el tratamiento espe-

cífico de las lesiones perianales como el drenaje de abscesos, fistulectomía y colocación de sedales y, cirugía mayor o radical, mucho menos frecuente y reservada para casos graves de EPA, como la ileostomía derivativa temporal (abocar el intestino a la pared abdominal de forma provisional) o proctotomía (extirpación del recto) e ileostomía definitiva.

El tratamiento quirúrgico local será siempre necesario, asociado al tratamiento médico, ante una EPA compleja y, en algunas ocasiones ante la presencia de fístulas simples que no responden a una terapia médica adecuada. El drenaje de los abscesos consiste en una incisión de la zona tumefacta que permitirá limpiar la cavidad llena de pus y colocar un drenaje (gasas u otros materiales), procediendo a repetir las curas diarias con lavado y reposición del drenaje hasta la curación completa de la lesión. La fistulectomía es la escisión de la fístula con el objeto de ponerla a plano y que pueda cicatrizar libremente. Y por último, la colocación de sedales consiste en la introducción de hilos de seda u otros materiales en el trayecto de la fístula (desde el orificio interno al externo) con el fin de que controlemos su drenaje y limpieza mientras el tratamiento médico permite el cierre de la misma. La decisión para realizar una fistulectomía o colocación de sedales se basará fundamentalmente en la presencia o ausencia de inflamación rectal.

En cuanto al tratamiento médico asociado, los aminosalicilatos y los corticoides son eficaces para controlar la actividad inflamatoria intestinal pero no la EPA en sí misma. Los antibióticos como el metronidazol y el ciprofloxacino, solos o en combinación, son la primera opción de tratamiento sobre todo en pacientes con fístulas simples. En aquellos que presentan recidivas frecuentes o precoces o en pacientes con fístulas complejas, se deben utilizar fármacos inmunosupresores tales como la azatioprina o 6-mercaptopurina. Estos medicamentos actúan intentando poner en orden la respuesta inmunológica o defensiva del organismo que está alterada y favorece la aparición de estas lesiones. Aunque estos fármacos han demostrado cerrar y mantener el cierre de los orificios fistulosos, tienen el inconveniente de que su acción es lenta y que a veces son ineficaces. Por ello, en algunos pacientes está indicado utilizar otro inmunomodulador de acción más rápida y específica como es infliximab. Este fármaco ha supuesto un avance importante en el tratamiento de la EPA compleja consiguiendo cerrar y mantener el cierre de los orificios fistulosos en un porcentaje importante de pacientes. La dosis recomendada es de 5 mg/kg (perfusión endovenosa) administradas inicialmente y a las 2 y 6 semanas y posteriormente a intervalos de 8 semanas para prevenir su reaparición.

Otros tratamientos tales como la ciclosporina y el tacrolimus podrían tener cabida en circunstancias especiales y otros como la nutrición enteral o parenteral, micofenolato, metotrexato, talidomida y oxígeno hiperbárico, no se recomiendan en la práctica habitual.

La cirugía mayor o radical puede estar indicada en algunos pacientes con la finalidad de mantener el recto aislado de las heces y facilitar la cicatrización de las lesiones perianales como sería el caso de la ileostomía derivativa. Sólo el 9-18% de los pacientes con EPA precisarán una proctotomía e ileostomía definitiva por falta de respuesta a las anteriores estrategias terapéuticas.

PUNTOS PRINCIPALES

1. Ante la aparición de dolor o supuración en el ano o región perianal deberá consultar con su médico especialista.
2. La buena clasificación de las lesiones perianales mediante los procedimientos diagnósticos necesarios es la clave para el éxito terapéutico.
3. El tratamiento de la EPA debe individualizarse para cada paciente siendo una combinación del tratamiento médico y de la cirugía la mejor aproximación a su manejo.

V. García Sánchez y E. Iglesias Flores

Unidad Clínica de Aparato Digestivo.
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

