

# Enfermedad de Crohn con afectación perianal: reporte de caso

## Crohn's disease with perianal affectation: Case report

María Vanessa Rocano Cueva<sup>1</sup>, Luis Gabriel Tigsi Mendoza<sup>2</sup>, Paola Verónica Orellana Bernal<sup>3</sup>

### RESUMEN

*La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), comprende la enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU). La enfermedad de Crohn (EC), se caracteriza por afectación transmural y granulomatosa en cualquier parte del tubo digestivo, presenta periodos de actividad y remisión, su manejo clínico debe ser multidisciplinario, debido a varias manifestaciones heterogéneas o extraintestinales, que se podrían simular otro tipo de trastorno inflamatorio, por lo tanto, un diagnóstico acertado, representa un desafío en atención primaria. El desarrollo de fístulas perianales, se presentan entre el 20 % y 30 % de los pacientes, al menos una vez en el transcurso de su vida, sin embargo, el 70 % son asintomáticos.*

**Palabras clave:** Enfermedad de Crohn, Enfermedades gastrointestinales, enfermedades inflamatorias del intestino, fístula.

### SUMMARY

*Inflammatory bowel disease (IBD) includes Crohn's disease (CD) and Ulcerative Colitis (UC). Crohn's disease (CD) is characterized by transmural and granulomatous involvement in any part of the digestive tract and presents periods of activity and remission, its clinical management must be multidisciplinary, due to various heterogeneous or extraintestinal manifestations, which could simulate another type of inflammatory disorder, therefore, an accurate diagnosis represents a challenge in primary care. The development of perianal fistulas occurs between 20 % and 30 % of patients, at least once in the course of their lives, however, 70 % are asymptomatic.*

**Keywords:** Crohn's disease, gastrointestinal diseases, inflammatory bowel diseases, fistula.

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende principalmente la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) o colitis ulcerosa (CU), la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis indeterminada o inclasificable (CI) (1). La EC, se caracteriza por

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2023.131.2.20>

ORCID: 0009-0009-8885-8004<sup>1</sup>

ORCID: 0000-0002-7166-8986<sup>2</sup>

ORCID: 0009-0008-8126-824X<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidad Católica de Cuenca. Cuenca, Ecuador. E-mail: maria.rocano@ucacue.edu.ec; mvrc181199@outlook.com

<sup>2</sup>Departamento de Gastroenterología, Hospital Vicente Corral Moscoso, Hospital del Río. Cuenca, Ecuador. E-mail: gabo9002@hotmail.es

**Recibido: 29 de mayo 2023**

**Aceptado: 6 de junio 2023**

<sup>3</sup>Departamento de Docencia, Universidad Católica de Cuenca. E-mail: paola.orellana@ucacue.edu.ec

Autor responsable de la correspondencia: María Vanessa Rocano Cueva. E-mail: maria.rocano@ucacue.edu.ec.; mvrc181199@outlook.com

presentar alteración en la respuesta inmunológica, con etiología desconocida (2) y presenta fases de actividad y remisión (3); el manejo clínico es considerado como un desafío, debe ser multidisciplinario, por la presencia de varias manifestaciones heterogéneas o extraintestinales, que se podrían simular otro tipo de trastorno inflamatorio (4). Las lesiones características de la EC se presentan de forma asimétrica, en parches, son transmurales y granulomatosas afectando a cualquier parte del tubo digestivo (1,3); se localizan con mayor frecuencia en el segmento ileocolónico y en el intestino delgado y en menor frecuencia en el tubo digestivo superior (4). El diagnóstico se realiza evaluando las diferentes manifestaciones clínicas, exámenes de imagen, endoscópicos e histológicos (1). El desarrollo de fístulas perianales, se presentan entre el 20 % y 30 % de los pacientes, al menos una vez en el transcurso de su vida, sin embargo, el 70 % son asintomáticos (5).

**Presentación del caso**

Paciente masculino de 32 años de edad, diagnosticado de CU, presentó absceso en región perianal hace un año y le realizaron toma de muestra para biopsia, recibió tratamiento, el cual no recuerda. Luego de tres meses, presenta diversos abscesos y fístulas perianales, con hematoquecia, debido a la exacerbación del cuadro, acude al uso de plantas medicinales, guiado por un curandero. Cuatro meses después, acude al servicio de emergencias, es valorado por coloproctología, se colocan tres drenajes en el sitio de la lesión e interconsulta para gastroenterología. Paciente, al examen físico presenta palidez, signos vitales estables, índice de masa corporal de 22,5 kg/m<sup>2</sup>,

abdomen blando y doloroso, con ruidos hidroaéreos aumentados en flanco izquierdo, en región perianal presenta úlcera anal grado 3, con secreción amarillenta y presencia de drenes, con líquido purulento fétido en gran cantidad (Figura 1).

Es hospitalizado para valoración interdisciplinaria. En los resultados de laboratorio (Cuadro 1), se identifica leucocitosis, neutrofilia, linfopenia, monocitopenia, trombocitosis, anemia hiposideremia, saturación de transferrina disminuida, hipoalbuminemia y Proteína C Reactiva (PCR) elevada.

Se solicita, tomografía trifásica abdomino pélvica y de zona perianal (Figura 2), en la que se evidencia afectación perianal y presencia de cálculos renales.



Figura 1. Lesiones y drenes en región perianal. Recopilación de datos de la historia clínica del paciente. Fuente: Recopilación de datos de la historia clínica del paciente.

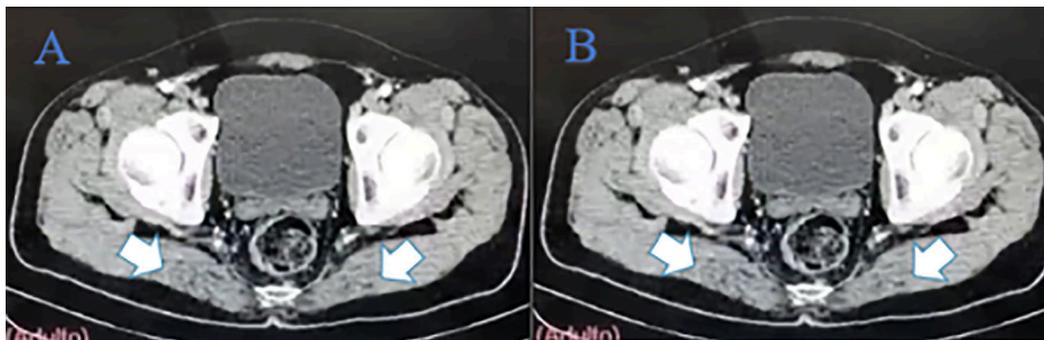


Figura 2. Tomografía axial computarizada. A. Afectación perianal. B. Cálculos renales. Fuente: Recopilación de datos de la historia clínica del paciente.

Cuadro 1. Resultados de laboratorio

PARÁMETROS	RESULTADOS
Glóbulos blancos	12,9/mm <sup>3</sup>
Neutrófilos	84,40 %
Linfocitos	12,40 %
Monocitos	2,30 %
Eosinófilos	0,50 %
Basófilos	0,40 %
Neutrófilos	10,90 %
Linfocitos	1,60 %
Monocitos	0,30 %
Eosinófilos	0,06 %
Basófilos	0,05 %
Recuento de plaquetas	533,0 /mm <sup>3</sup>
MPV	9,3 fL
Glóbulos rojos	3,7
Hemoglobina	9,0 g/dL
Hematocrito	27,9 %
MCV	75,2 fL
MCH	24,3 pg
MCHC	32,3 g/dL
RDW – CV	15,2 %
Urea sérica	26,6 mg/dL
Creatinina sérica	0,95 mg/dL
Albúmina	3,2 g/dL
Transferrina	214 mg/dL
Hierro sérico	30,4 ug/dL
Saturación transferrina	14,2 %
PCR	59,18 mg/dL
TP	13 s,
INR	1,150
Tiempo parcial de tromboplastina	26,50 s,
Urea sérica	26,6 mg/dL
Creatinina sérica	0,95 mg/dL
Bilirrubina total	0,2 mg/dL
Transferrina	214 mg/dL
TGO	10,1 U/I
TGP	7,4 U/I
Sodio sérico	135,00 mmol/l
Potasio sérico	4,25 mmol/l
Cloro sérico	103,7 mg-dL
Calcio sérico	9,6 mg/dL
Fosforo sérico	3,3 mg/dL
Magnesio sérico	2,2 mg/dL

MPV: Volumen plaquetario medio, MCV: Volumen corpuscular medio, MHC: Complejo mayor de histocompatibilidad, MCHC: Concentración de hemoglobina corpuscular media, RDW – CV: amplitud de distribución eritrocitaria, PCR: Proteína C reactiva, TP: Tiempo de protrombina, INR: Índice internacional normalizado, TPT: Tiempo parcial de tromboplastina, Fuente: Elaboración propia.

Se realiza ileocolonoscopia (Figura 3), en la que se evidencia ano con presencia de lesión ulcerosa. Colonoscopia: recto comprometido con lesión ulcerativa y multilobulada con mucosa friable y el resto de colon e íleon normal. Se toma muestra de biopsia de todos los segmentos del colon explorados y de íleon terminal, como protocolo de la EC y resección de tejido anal.

Los resultados de la biopsia de la resección de región de tejido anal (Figura 4A), evidencia un trayecto fistuloso, en la cual no se identifican células neoplásicas malignas en los cortes estudiados. En la biopsia endoscópica de mucosa de colon (Figura 4B), se evidencia como diagnóstico enfermedad inflamatoria intestinal, congruente con enfermedad de Crohn.

El índice de actividad de la enfermedad de Crohn (CDAI) es moderado, con un valor de 325. Se inicia tratamiento intrahospitalario con cloruro de sodio 40 mL intravenosa (IV) cada hora, paracetamol 1 000 mg/IV por razones necesarias, metronidazol 500 mg/IV e hidrocortisona 100 mg/IV cada 8 horas, azatioprina 50 mg vía oral cada día y ciprofloxacina 400 mg/IV cada 12 horas, por diez días. Durante 11 días de hospitalización el paciente presenta una evolución lenta, favorable y adecuada respuesta al tratamiento inmunosupresor. En el quinto día el paciente estuvo asintomático y en el séptimo día presentó una mejoría clínica y cicatrización de las heridas. Al décimo primer día se indica alta hospitalaria con esquema terapéutico de azatioprina 50 mg vía oral cada 12 horas, ciprofloxacina 500 mg vía oral cada 12 horas, metronidazol 500 mg vía oral cada 8 horas, omeprazol 20 mg vía oral antes del desayuno, por un mes. La prednisona se indica a una dosis 60 mg vía oral cada día por 3 días, con reducción de la dosis con el esquema de 50 mg vía oral cada día por 5 días, luego 40 mg vía oral cada día por 5 días, luego 30 mg vía oral cada día por 5 días, luego 20 mg vía oral cada día por 5 días, luego 10 mg vía oral cada día por 5 días, luego 5 mg vía oral cada día por 5 días y finalmente suspender. Además, se indica control y seguimiento en 15 días por parte de gastroenterología. El paciente acude al control luego del tiempo mencionado observándose lesiones cicatrizadas en la región perianal, ausencia de ulcera anal, de secreción amarillenta, líquido purulento fétido y de drenes, lo que indica que el paciente se encuentra estable cumpliendo el esquema de tratamiento (Figura 5).

## ENFERMEDAD DE CROHN



Figura 3. Ileocolonoscopía. A. Ano con presencia de lesión. B. recto comprometido con lesión ulcerativa y multilobulada con mucosa friable. Fuente: Recopilación de datos de la historia clínica del paciente.

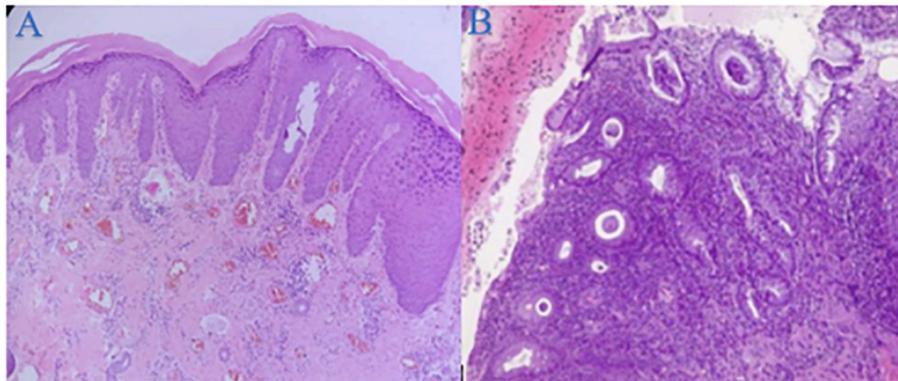


Figura 4. Biopsia. A. Biopsia de resección de tejido anal. Resultado: Los cortes histológicos muestran segmento de tejido con trayecto fistuloso constituido de tejido principalmente fibroconectivo con intentos de cicatrización fallida, conjuntos mal formados de neutrófilos, escaso tejido de granulación con células endoteliales reactivas, respuesta histiocítica, eventuales células gigantes, y vasos de neoformación. No se identifican células neoplásicas malignas en los cortes estudiados. Diagnóstico: Trayecto fistuloso, en producto de resección en región anal. B. Biopsia endoscópica de mucosa de colon. Resultado: Los cortes histológicos muestran estructura de mucosa cólica, que evidencian distorsión moderada de la arquitectura glandular, evidencia regeneración y patrón de “glándula dentro de glándula” ocasionada por abundante cantidad de infiltrado inflamatorio linfomonocitario que eventualmente se disponen en cúmulos, con áreas focales de necrosis y áreas de ulceración superficial y con intentos de formación de células gigantes. Diagnóstico: Enfermedad inflamatoria intestinal, congruente con enfermedad de Crohn, en producto de biopsias de colon. Fuente: Recopilación de datos de la historia clínica del paciente.



Figura 5. A. Ausencia de drenes. B. Lesiones anales cicatrizadas. Fuente: Recopilación de datos de la historia clínica del paciente.

## DISCUSIÓN

En el presente caso clínico se identificaron manifestaciones clínicas como dolor abdominal y hematoquecia, con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal, congruente con enfermedad de Crohn.

La enfermedad de Crohn se caracteriza por presentar manifestaciones heterogéneas, como dolor a nivel abdominal, disminución de peso, fatiga, diarrea acompañada de sangre y moco, anemia y deshidratación. Además, un tercio de los pacientes, pueden desarrollar manifestaciones extraintestinales, con predominio en articulaciones, piel y a nivel ocular, por lo tanto, se debe realizar un seguimiento adecuado, para identificar su evolución (6). Alrededor del 9 % de los pacientes diagnosticados de EC debutan con patología anal o perianal, e incluso esta puede preceder el inicio de los síntomas intestinales en varios años. La mayoría de los enfermos con EC presentan alguna anomalía perianal que suele ser asintomática hasta en el 70 % de los casos (5). La lesión anal más frecuente son los repliegues cutáneos, y la segunda, por orden de frecuencia, son las fístulas que suelen ser crónicas e indoloras, salvo que exista pus por un absceso anal subyacente (5).

La subclasificación de la enfermedad de Crohn por fenotipo se ha revisado en los últimos años. Inicialmente, la clasificación de Viena de la enfermedad de Crohn consideraba la edad de aparición (A), la localización de la enfermedad (L) y el comportamiento de la enfermedad (B) como los elementos fenotípicos predominantes. Luego, la revisión de Montreal de la clasificación de Viena continuó con los tres parámetros predominantes de edad en el momento del diagnóstico, ubicación y comportamiento, pero con las modificaciones dentro de cada una de estas categorías. Así, con respecto a la edad de inicio, se estableció la categoría A1 para aquellos con edad de diagnóstico de 16 años o menos, mientras que A2 y A3 contabilizaron la edad de diagnóstico de 17 a 40 años y 40 años, respectivamente. Con respecto a la localización de la enfermedad, se estableció como enfermedad superior aislada L1 ileal, L2 colónica, L3 ileocolónica, L3 ileocolónica y L4 enfermedad superior aislada. En cuanto al comportamiento de la enfermedad, se clasificó como B1 no estenosante, no penetrante, B2 estenosante, B3 penetrante y modificador de enfermedad perianal (7).

El caso del paciente que se presenta, este fue diagnosticado a la edad de 32 años (A2), la localización es a nivel ileocolónica (L3) y su patrón clínico es fistulizante, con un compromiso perianal asociado (B3p) (Figura 1). El comportamiento biológico fistulizante, puede ser el único signo clínico, en un 10 % de los pacientes (8).

El diagnóstico, se basó en la combinación de las manifestaciones clínicas, estudios de imagen, como la colonoscopia, ileoscopia, enterorresonancia y ecografía, además de los resultados histopatológicos, los cuales son indispensable, para un adecuado diagnóstico diferencial entre las dos entidades, que comprende la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) (9) (Figuras 2, 3 y 4).

En la *Tomografía Axial Computarizada* (TAC) se identificó la presencia de cálculos renales (Figura 2), sin embargo, este estudio no es efectivo para visualizar las alteraciones de la EC, como lo es la enterografía la Tomografía Enterografía por Resonancia Magnética; pero estos estudios están indicados cuando existe presencia de manifestaciones obstructivas o estenosis (10).

No existen hallazgos endoscópicos característicos de la CU y de la EC, pero existen ciertas características que orientan en el diagnóstico. La CU, presenta un compromiso colónico continuo, con zonas muy bien delimitadas de inflamación activa y zonas sanas; mientras que la EC presenta alteraciones discontinuas, áreas de inflamación, eritema y mucosa de aspecto normal interpuestas, úlceras profundas, lineales o serpingosas (Figura 3), además se pueden visualizar orificios fistulosos, con un aspecto empedrado de la mucosa (7).

En los resultados histopatológicos, en la EC se identifica celularidad de la lámina propia discontinua, es decir, aumento de focos, con células mononucleares con o sin componente granulocítico, distorsión arquitectural, necrosis, áreas de ulceración, granulomas y metaplasia de glándulas pilóricas (Figura 4). Mientras que en la CU, se identifica una distorsión arquitectural criptal, infiltrado inflamatorio difuso transmucoso con plasmocitosis basal, pseuopólipos inflamatorios, acortamiento de criptas y metaplasia de las células de Paneth, con una lámina hipocelular (11).

Los antibióticos, sobre todo ciprofloxacino y metronidazol, se utilizan como tratamiento de primera línea de la EC con fístula perianal, conjuntamente

con la cirugía y el uso de tiopurinas y de anti-factor de necrosis tumoral (anti-TNF) (5). Así, en un estudio abierto y prospectivo realizado a 20 semanas en 52 pacientes se demostró que la combinación de antibióticos y azatioprina es más eficaz que los antibióticos exclusivamente (48 % vs 15 %,  $p=0,03$ ), sugiriendo su utilidad como puente hasta que la tiopurina ejerza su efecto (12).

Efectivamente, el tratamiento utilizado en el caso que se presenta fue una combinación de tiopurinas (azatioprina) y antibióticos (ciprofloxacino y metronidazol). Sin embargo, aunque la respuesta inicial fue buena, se deben vigilar los efectos secundarios como la intolerancia digestiva con dosis altas de metronidazol, o la neuropatía que puede aparecer con dosis bajas pero mantenidas; y la aparición de resistencias, así como la recidiva de la enfermedad al cesar la toma o disminuir la dosis, pueden limitar su uso crónico (5).

Actualmente, los corticoides forman parte de las estrategias terapéuticas para la EII; en la EC de moderada a grave, están indicados por vía sistémica, en combinación de inmunosupresores. Por ello, se utilizó la combinación de azatioprina y prednisona, ante la ausencia de factores de riesgo (13).

Los inhibidores del factor de necrosis tumoral  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ), son eficaces en el tratamiento de las fístulas perianales, en más del 50 % de los pacientes logra la interrupción del drenaje y la remisión total de los diferentes trayectos fistulosos (14). Ahora bien, debido al uso limitado en nuestro país de estos biológicos, se procedió al tratamiento con inmunomoduladores, corticoides y antibióticos, obteniéndose una respuesta favorable, por lo que, no requirió el uso de los biológicos.

### CONCLUSIÓN

El diagnóstico de la EC constituye un desafío, debido a la heterogeneidad de las manifestaciones clínicas, las cuales pueden simular otra patología de inflamación crónica. Es una patología inusual, la atención primaria es fundamental, para que exista un diagnóstico y tratamiento oportuno por parte del área de gastroenterología, ofreciendo una atención de calidad, al paciente y evitando el deterioro de la calidad de vida.

### Colaboración académica de los autores

Todos los autores colaboraron en la realización, redacción y revisión del manuscrito.

**Patrocinante.** Sin financiamiento.

**Conflictos de interés.** No existió, ningún conflicto de interés, entre los autores.

### REFERENCIAS

- Gajendran M, Loganathan P, Catinella A, Hashash J. A comprehensive review and update on Crohn's disease. *Dis Mon.* 2018;64(2):20-57.
- Figueroa C. Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Med Clin Condes.* 2019;30(4):257-261.
- Ballester M, Boscá M, Mínguez M. Crohn's disease. *Med Clin (Barc).* 2018;151(1):26-33.
- Mosquera G, Yepes N, Carvajal J. Enfermedad de Crohn con compromiso extenso y manifestaciones extradigestivas inusuales: a propósito de un caso. *Rev Colomb Gastroenterol.* 2021;36(1):85-90.
- Boscá M, Alós R, Maroto N, Gisbert J, Beltrán B, Chaparro M, et al. Recomendaciones del Grupo Español de Trabajo de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU) para el tratamiento de las fístulas perianales de la enfermedad de Crohn. *Gastroenterol Hepatol.* 2020;43(3):155-168.
- Satsangi J, Silverberg MS, Vermeire S, Colombel J-F. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: Controversies, consensus, and implications. *Gut.* 2006;55:749-753.
- Gompertz M, Sedano R. Manifestaciones clínicas y endoscópicas en enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Méd Clín Las Condes.* 2020;30(4):273-282.
- Fan Y, Delgado Aros S, Valdecantos W, Janal J, Moore P, Crabtree M, et al. Characteristics of Patients with Crohn's Disease with or Without Perianal Fistulae in the CorEvitas Inflammatory Bowel Disease Registry. *Dig Dis Sci.* 2022;68:214-222.
- Bastida G, Garrido A, Valero E, del Pozo P. Enfermedad de Crohn. *Medicine.* 2020;13(11):603-612.
- Yamamoto J, Bosques F, Paula J, Galiano M, Ibañez P, Juliao F, et al. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal: Primer Consenso Latinoamericano de la Pan American Crohn's and

- Colitis Organisation. *Rev Gastroenterol Méx.* 2017;82(1):46-84.
11. Carrasco G. Histología en la Enfermedad Inflamatoria intestinal. *Rev Med Clin Condes.* 2019;30(4):283-298.
  12. Dejaco C, Harrer M, Waldhoer T, Miehsler W, Vogelsang H, Reinisch W. Antibiotics and azathioprine for the treatment of perianal fistulas in Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003;18:1113-1120.
  13. Quera R, Núñez P, Sicilia B, Flores L, Gomollón F. Corticoides en la enfermedad inflamatoria intestinal: ¿siguen siendo una opción terapéutica?. *Gastroenterol Hepatol.* 2022. Disponible en: [doi.org/10.1016/j.gastrohep.2022.10.017](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2022.10.017).
  14. Gompertz G, Cardenas G, Díaz M. Abscesos y fístulas perianales en enfermedad inflamatoria intestinal: manejo actualizado. *Gastroenterol Latinoam.* 2018;29(1):53-57.