

Afectación perianal en la enfermedad inflamatoria crónica intestinal

Joaquín Hinojosa*, Pilar Nos**

* Servicio de Medicina Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Manises. Valencia

** Servicio de Medicina Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Fe. Valencia. CIBERehd

Definición y clasificación de las lesiones

Con la denominación de enfermedad perianal (EPA) se incluyen aquellas anomalías anorrectales (fisura, fístula o absceso, los repliegues cutáneos y la maceración perianal) presentes en los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) de cualquier otra localización y también aquellos hallazgos anorrectales compatibles con dicha enfermedad aunque todavía no exista evidencia objetiva de la misma en otras áreas del intestino¹.

Aunque hasta en un 80% de los pacientes con EC puede existir alguna anomalía perianal a lo largo de su evolución, en la gran mayoría de los casos ésta no se acompaña de síntomas. Sin embargo, en aproximadamente uno de cada diez pacientes, el primer brote de la enfermedad se asocia a manifestaciones perianales clínicamente relevantes. En algunos casos la EPA precede al resto de manifestaciones, incluso en años; y en raras ocasiones es la única manifestación. La incidencia global varía mucho según las series, entre un 20% y un 80%, siendo en general un poco más comunes cuando está afectado el colon; pero podemos estimar que son clínicamente relevantes en aproximadamente uno de cada cuatro pacientes^{1,2}.

La historia natural de la EPA sólo es conocida muy parcialmente, y es muy variable según el tipo de lesión y su gravedad. En un estudio de cohorte de inicio (1970-1993) que recoge la totalidad de los pacientes con EC del condado de Olmsted (Minnesota, EE.UU.) el 20% desarrollaron fístulas perianales en el seguimiento, siendo el riesgo acumulativo a los 10 y 20 años del 21% y 26%, respectivamente. En uno de cada tres

OBJETIVOS DE ESTE CAPÍTULO

- » Describir los tipos de lesiones perianales características de la enfermedad inflamatoria intestinal.
- » Conocer los procedimientos disponibles para la correcta identificación y clasificación de estas lesiones.
- » Proporcionar recursos terapéuticos y pautas concretas de actuación ante la enfermedad perianal en cualquiera de sus manifestaciones clínicas.

REFERENCIAS CLAVE

1. Dignass A, Van Assche L, Lindsay JO, Lemann M, Söderholm J, Colombel JF *et al*. Second European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: current managements. *J Crohn's Colitis* 2010;4:28-62.
2. Van Assche G, Dignass A, Panes J, Beaugerie L, Karagiannis J, Allez M *et al*. Second European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis. *J Crohn's Colitis* 2010;4:7-27.
3. Van Assche G, Dignass A, Reinisch W, Van der Woude JC, Sturm A, De Vos M *et al*. Second European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Special situations. *J Crohn's Colitis* 2010;6:3-101.
4. Keshaw H, Foong K, Forbes A, Day R. Perianal fistulae in Crohn's disease: current and future approaches to treatment. *Inflamm Bowel Dis* 2010;16:870-880.

Sección 4. Intestino delgado y colon

casos, las fístulas fueron recurrentes, ocho de cada diez fueron sometidos a algún tipo de tratamiento quirúrgico, y en uno de cada cuatro se practicó, además, una resección intestinal. En este sentido una revisión realizada en nuestro país que incluye 2.391 pacientes con EC, y un seguimiento medio de 12 años, confirma que uno de cada cuatro pacientes desarrolla fístulas clínicamente relevantes, la mitad de las cuales son complejas, asociándose con gran frecuencia a complicaciones como abscesos y estenosis anal.

La EPA incluye tres tipos de lesiones: primarias, secundarias y concomitantes o casuales (tabla 1). Las lesiones primarias derivan del proceso patológico primario encontrado en el intestino y reflejan la actividad general de la propia EC. Las lesiones secundarias son complicaciones mecánicas o infecciosas de las lesiones primarias, más que una manifestación directa de la EC. Las lesiones concomitantes (o casuales), no relacionadas directamente con la EC, hacen referencia a cualquiera de las lesiones anteriores que pueden preceder a la aparición de la enfermedad con independencia de ésta¹.

Manifestaciones clínicas

El diagnóstico de EPA es relativamente fácil si el paciente ya está diagnosticado de EC. Sin embargo, si las manifestaciones anales son los primeros síntomas de la enfermedad el diagnóstico de EII puede ser difícil o pasar desapercibido. La EPA se manifiesta como erosiones superficiales, repliegues cutáneos, fisura, fístula, absceso o estenosis anal. Algunas características sugieren una EC como son: multiplicidad de las lesiones, localización lateral de las fisuras, úlceras anales y/o perianales profundas,

estenosis anal, múltiples orificios fistulosos, o escasa sintomatología a pesar de un llamativo aspecto macroscópico¹⁻³.

Las fístulas en la EC son la segunda manifestación en orden de frecuencia después de los repliegues cutáneos muy típicos, pero de escasa importancia. Pueden originarse en una fisura penetrante o en una glándula anal infectada y es frecuente que existan varios orificios fistulosos externos no sólo en la región perianal, sino en zonas más alejadas como los glúteos, muslos o genitales (figura 1). Estas fístulas son crónicas e indoloras, salvo cuando existe infección activa. La mayoría suelen ser bajas y simples, pero no son raras las fístulas complejas. Es importante el clasificarlas adecuadamente, puesto que el tratamiento es muy diferente en cada tipo de lesión. En la actualidad el sistema más aceptado, por su precisión anatómica, sencillez y utilidad clínica es la clasificación de Parks. En ella se utilizan el esfínter anal interno y externo como referencias, y admite cinco tipos diferentes de fístulas: superficial, interesfinteriana, transesfinteriana, supraesfinteriana y extraesfinteriana. De una forma más esquemática pueden ser englobadas en dos grandes grupos: fístulas simples y fístulas complejas (tabla 2)³.

Los abscesos anorrectales son la principal causa de dolor en el paciente con EPA (figura 2). Alrededor del 78% suelen ser abscesos simples, mientras que el 22% son complejos y/o en herradura.

Las estenosis deben ser siempre estudiadas, ya que pueden ocultar un absceso o una neoplasia del canal anal. En el caso de que se trate de estenosis fibrosas cortas, pueden ser tratadas por dilatación con anestesia, seguida de autodilataciones.

TABLA 1. Clasificación de las lesiones en la enfermedad perianal

Lesiones primarias	Lesiones secundarias	Lesiones concomitantes
Fisuras anales	Fístulas perianales	Todas las anteriores con independencia de la propia enfermedad
Úlceras cavitadas	Fístulas ano/rectovaginales	
Colgajos cutáneos edematosos	Fístulas rectouretrales Estenosis anal Absceso perianal Colgajos cutáneos	

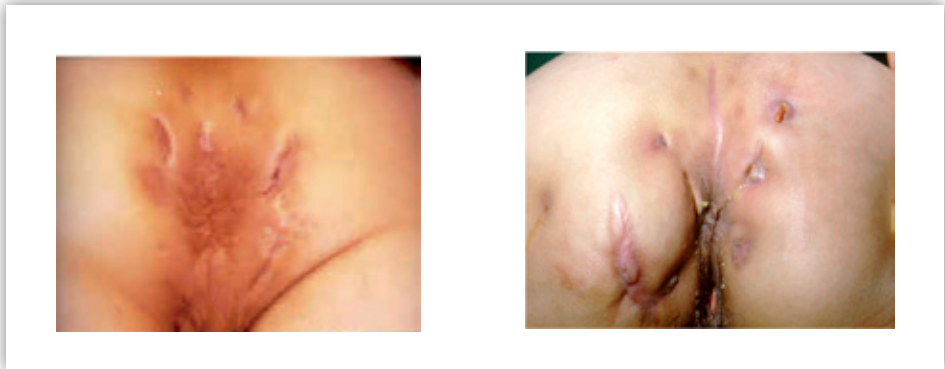


Figura 1. Fístulas complejas.

TABLA 2. Clasificación general de las fístulas perianales

- › Fístulas simples
 - Fístulas superficiales
 - Fístulas interesfinterianas
 - Fístulas transesfinterianas bajas
- › Fístulas complejas
 - Fístulas transesfinterianas altas
 - Fístulas supraesfinterianas
 - Fístulas extraesfinterianas
 - Fístulas con orificio interno por encima de la línea dentada
 - Fístulas con múltiples orificios externos
- › Fístulas en herradura
 - Cualquier fístula asociada a incontinencia
 - Fístulas ano/rectovaginales

Aunque en un paciente con EC puede aparecer una fisura anal típica idiopática, lo habitual es que aparezcan úlceras relacionadas con la enfermedad y con unas características especiales, entre las que se incluyen las siguientes: 1) suelen ser de gran tamaño y profundas; 2) en un tercio de los casos se trata de lesiones múltiples; 3) alrededor del 70% son asintomáticas; 4) la mayoría se sitúan en la línea media posterior y son poco sintomáticas: de hecho, cuando aparecen síntomas hay que pensar en una infección subyacente (figura 2). Todas estas lesiones deben ser tratadas, ya que pueden profundizar y lesionar los esfínteres, con el riesgo consiguiente de incontinencia. Se carece de estudios específicos, pero se suelen aplicar los mismos medios que para el tratamiento de las fisuras. En el caso de las fisuras anales no relacionadas con la enfermedad de Crohn, la manometría anal mostrará generalmente hipertonia de esfínteres. El tratamiento quirúrgico



Figura 2. Úlcera con fístula asociada (izquierda) y absceso con orificios fistulosos.

de estas fisuras debe hacerse por parte de un cirujano especializado, para no comprometer más la función esfinteriana.

Diagnóstico

En la evaluación inicial de la EPA es fundamental realizar una correcta exploración de la región anal y perianal así como del periné. Sería aconsejable hacer esta exploración conjuntamente gastroenterólogo y cirujano. No es sencilla, y de hecho muy a menudo se debe realizar con anestesia general. En realidad, la exploración anal con anestesia realizada por una persona experta es el patrón “oro” de referencia para la valoración de las fistulas perianales. Dado que por otra parte, la exploración con anestesia permite en muchas ocasiones llevar a cabo los primeros gestos terapéuticos, siempre debe considerarse como el primer procedimiento, especialmente si la EPA es muy sintomática^{4,5}.

No se puede obviar, por otra parte, un examen endoscópico del recto para valorar la existencia de actividad inflamatoria; una información que es fundamental a la hora de plantear la estrategia terapéutica. Además, es importante el establecer la existencia de actividad inflamatoria y definir la gravedad del brote intestinal mediante los criterios clínicos (índices de actividad) y biológicos (marcadores de inflamación) habituales (ver capítulos 31 y 32).

Las técnicas complementarias son muchas, pero en realidad sólo las técnicas ecográficas y la RNM son realmente relevantes. Así, por ejemplo, la fistulografía tiene una baja sensibilidad diagnóstica (50-60%), por lo que no es clínicamente útil.

La ecografía endoanal, sin embargo, es una técnica de gran ayuda, no sólo por su valor diagnóstico (abscesos, trayectos fistulosos, integridad esfinteriana, detección de carcinoma), sino también por su potencialidad terapéutica (drenajes de colecciones purulentas, colocación de sedales). Su sensibilidad y especificidad es superior en la evaluación de los abscesos que en la de las fistulas (100% y 77% frente a 89% y 66%, respectivamente). La ultrasonografía endoscópica (USE), que combina la técnica endoscópica con la ecográfica, ha demostrado una seguridad diagnóstica similar a la de la RM en la evaluación de las complicaciones perianales y/o perirrectales de la EC (abscesos, fistulas) y en la valoración de la región anorrectal en los pacientes con estenosis del canal anal. En estos pacientes, a

menudo hay que completar la exploración con una ecografía perineal^{5,7}.

La tomografía computarizada (TC) podría ser útil para identificar abscesos, fistulas u otras complicaciones no sospechadas (infiltración grasa del mesenterio y retroperitoneo, sinus, adenopatías, etc.); pero en la valoración de la enfermedad perianal, especialmente en los trayectos fistulosos localizados en pelvis menor y canal anal, su sensibilidad es muy baja (24-60%), por lo que no se lleva a cabo habitualmente^{5,7}.

La RM de la pelvis, sin embargo, es de gran ayuda en la mayoría de los casos, siendo especialmente útil para valorar las colecciones purulentas de la pelvis menor, así como en la demostración de fistulas ocultas, en la evaluación de la extensión de la enfermedad proximal y en la delimitación del nivel de la fistula, especialmente en los pacientes con sepsis perianal y con síntomas recurrentes refractarios al tratamiento^{5,6}.

La combinación de dos de las tres técnicas (exploración efectuada con anestesia, la ecografía endoanal y la RMN) permite clasificar de forma adecuada el 95-100% de las lesiones⁸. En los pacientes con enfermedad perianal complicada debería realizarse una exploración con anestesia junto con alguna técnica de imagen para poder establecer el tratamiento médico-quirúrgico más adecuado. La elección de las técnicas está fuertemente condicionada por la experiencia y disponibilidad locales.

Valoración de la actividad y gravedad de las lesiones

El índice de actividad clínica de la enfermedad de Crohn (CDAI) no es capaz de reflejar la gravedad de las lesiones perianales, siendo necesario el uso de índices específicos como el índice de actividad de la enfermedad perianal (PDAI)⁹⁻¹⁰. Una alternativa es el índice de Present-Rutgeerts que valora el número de orificios que supuran tanto de forma espontánea, como a la presión digital en la región perianal (figura 3) (tabla 3).

Tratamiento médico

El tratamiento de la EPA en los pacientes con EC debe ser siempre individualizado y en general lo más conservador posible. Los objetivos del tratamiento son obtener la mejoría sintomática y prevenir las complicaciones, recordando siempre que

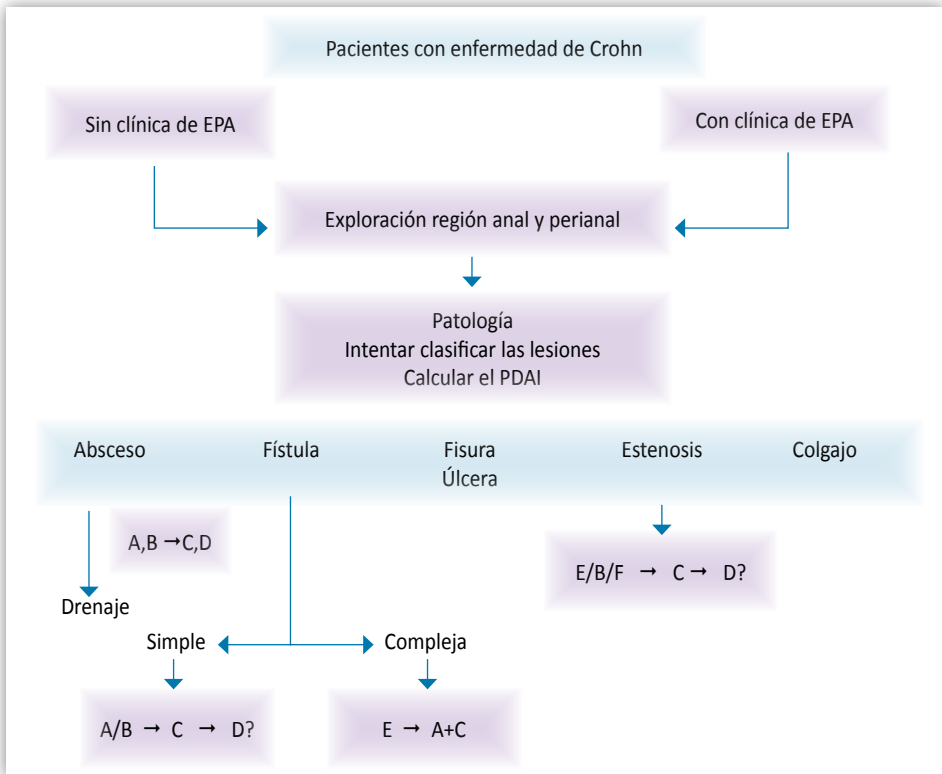


Figura 3. Aproximación al diagnóstico de las lesiones perianales. A: ecografía endoanal; B: ecografía transperineal; C: resonancia magnética; D: tomografía de pelvis; E: exploración anestesia; F: ultrasonografía endoscópica.

una cirugía agresiva inoportuna puede tener consecuencias indeseables (y a veces definitivas) y que es aconsejable realizarla siempre en periodos de inactividad de la enfermedad (excepto el drenaje de abscesos). En la tabla 4 se indican los principios que deben regir el tratamiento médico y quirúrgico de la EPA^{1,3,6}.

Tratamiento de la actividad intestinal

No hay estudios controlados que analicen la eficacia de los aminosalicilatos en el tratamiento de la EPA: no es probable que sean muy activos. Solamente un estudio abierto sugiere que los pacientes con EC rectal mejoran al ser tratados con supositorios de 5-ASA; por lo tanto, administrados por vía rectal (supositorios, enemas, espuma) pueden mejorar las lesiones cólicas distales.

Los corticoides sistémicos no están indicados como opción única en el tratamiento de la EPA, pero pueden ser necesarios para controlar la actividad intestinal. Los corticoides tópicos (triamcinolona,

metilprednisolona) pueden usarse en el tratamiento de la enfermedad activa del recto distal y/o del canal anal.

Tratamiento farmacológico de la enfermedad perianal

En el tratamiento de la EPA se han utilizado diferentes agentes farmacológicos^{4,6,11}.

ANTIBIÓTICOS

El metronidazol es un antibiótico que, a pesar de la inexistencia de ensayos clínicos controlados, se considera eficaz en el tratamiento de la EPA, ya que reduce significativamente el drenaje de las fístulas. La dosis recomendada es de 10-20 mg/kg/día durante 8-12 semanas. Es mejor ajustar las dosis a la baja, porque las dosis altas disminuyen la tolerancia y suponen un riesgo de neurotoxicidad. Tras su supresión se suele producir (60%) una recidiva precoz de los puntos de drenaje con una buena respuesta al retratamiento. Actualmente se considera

TABLA 3. Índice de actividad de la enfermedad perianal (PDAI)

- › Descarga:
 0. Ausente.
 1. Mínimo mucoso.
 2. Moderado.
 3. Importante.
 4. Incontinencia fecal.
- › Dolor/restricción actividades:
 0. No restricción actividades.
 1. Escaso disconfort, no restricción.
 2. Moderado disconfort, no restricción.
 3. Marcado disconfort, algunas limitaciones.
 4. Severo dolor y limitación.
- › Grado de induración:
 0. No induración.
 1. Induración mínima.
 2. Induración moderada.
 3. Induración marcada.
 4. Fluctuación/absceso.
- › Restricción actividad sexual:
 0. No restricción actividad sexual.
 1. Restricción leve.
 2. Limitación moderada.
 3. Limitación marcada.
 4. Limitación total.
- › Tipo de enfermedad perianal:
 0. Ausente/colgajos cutáneos.
 1. Fisura anal o desgarro mucoso.
 2. Menos de tres fístulas perianales.
 3. Tres o más fístulas perianales.
 4. Ulceración esfínter anal.

Irvine EJ. *J Clin Gastroenterol* 1995;20:27-32.

al ciprofloxacino (500 mg/12 h) como un tratamiento alternativo al metronidazol. Por otra parte, asociado al metronidazol (750 mg/día) en pacientes refractarios a éste, conduce a la remisión o mejoría de las lesiones hasta en un 65% de los pacientes.

INMUNOMODULADORES

- › **Azatioprina/mercaptopurina:** un metaanálisis de cinco estudios controlados frente a placebo que analizó la eficacia de la azatioprina o MP en el tratamiento de la EC confirmó la eficacia de

TABLA 4. Principios generales del tratamiento médico y quirúrgico de la enfermedad de Crohn perianal

- › Tratamiento individualizado.
- › Tratar sólo síntomas y complicaciones.
- › Clasificar las lesiones.
- › Establecer si hay afectación rectal.
- › Tratamiento médico de la enfermedad de Crohn intestinal activa.
- › Evitar cirugía en presencia de proctitis.
- › Evitar grandes heridas quirúrgicas.
- › Preservar la función esfínteriana.

estos fármacos en la inducción de la remisión en los pacientes con EPA (OR: 4,44; IC95%1,50-13,20). Por ello, las tiopurinas se consideran indicadas en pacientes con EPA que no han respondido al tratamiento antibiótico combinado, que presentan una recidiva precoz, o incluso al principio si la fístula es compleja¹².

- › **Infliximab (IFX).** Es un anticuerpo monoclonal dirigido al factor de necrosis tumoral α (TNF α) y sus receptores específicos, que resulta eficaz en la EC refractaria y/o fistulosa. Ha demostrado ser significativamente superior a placebo en la obtención del cierre de las fístulas y en la reducción de los puntos de drenaje (55% y 68% frente a 13% y 26% del grupo placebo, respectivamente)¹³. La dosis recomendada es de 5 mg/kg (perfusión endovenosa) administrada basalmente y a las 2 y 6 semanas. La mayoría de los pacientes responden después de la primera y segunda dosis, y los que no lo hacen es poco probable que lo hagan a la tercera; en estos casos puede administrarse una dosis adicional de 10 mg/kg. Los resultados del estudio ACCENT-II confirman la eficacia de los tratamientos repetidos a intervalos de 8 semanas en el mantenimiento de la remisión en los pacientes con enfermedad de Crohn fistulosa (48% en el grupo de infliximab frente a 27% en el de placebo) (nivel de evidencia 1b, grado de recomendación A)¹⁴.

Por otra parte, se ha observado que si se suspende el tratamiento de mantenimiento con IFX al cabo de un año en los pacientes con fístulas complejas en remisión clínica, la probabilidad de recidiva es del 60% a los seis meses de la suspensión, lo que sugiere la necesidad de pro-

rogar el tratamiento más allá de este periodo de tiempo en este subgrupo de pacientes: muy probablemente muchos pacientes lo requerirán de forma indefinida. La inyección de infliximab en el orificio interno y externo de la fístula y a lo largo del trayecto fistuloso puede facilitar el control de la actividad y el cierre del trayecto en pacientes con fístulas complejas que no han respondido al tratamiento con IFX parenteral^{15,16}.

La complicación más común asociada al IFX consiste en la aparición de abscesos, más probables si el drenaje de la fístula (o fístulas) no es el más adecuado, por lo que siempre hay que valorar el tratamiento combinado con técnicas quirúrgicas, especialmente mediante la colocación de sedales (ver más abajo)¹⁷.

Cuando se pierda la respuesta, cabe la posibilidad de aumentar las dosis, o disminuir los periodos entre las administraciones, o ambas cosas, lo que se suele incluir en el concepto de "intensificación". Sin embargo, ante cualquier posible cambio del tratamiento, se debería reevaluar la situación local para descartar otras causas de refractariedad, como la presencia de una estenosis fibrosa, por ejemplo.

Ante una pérdida de respuesta a infliximab, la primera alternativa es el adalimumab. La dosis de inducción es de 160 mg el primer día y 80 mg a las dos semanas, evaluando la respuesta a las 4 semanas del inicio del tratamiento. En los respondedores debe continuarse el tratamiento (40 mg/2 semanas) teniendo presente que un porcentaje de pacientes variable (40-60%) pueden requerir ajustes de dosis a 40 mg/semana¹⁸.

】 **Ciclosporina:** su indicación principal es el tratamiento de la enfermedad perianal activa y el de las fístulas refractarias al tratamiento médico convencional y siempre como tratamiento puente hacia la utilización de azatioprina o MP. La vía intravenosa es la más adecuada, la dosis óptima es de 5 mg/kg/día y el tiempo de cierre varía entre 4 días y 4 semanas con una mediana de respuesta de 2 semanas. El cierre inicial de las fístulas es del 76% (0-100%) y el cierre mantenido del 55% (0-100%), no observándose diferencias entre los diferentes tipos de fístulas⁶.

】 **Tacrolimus:** en los pacientes no respondedores a agentes biológicos (infliximab/adalimumab) y antes de plantear una ileostomía puede utilizarse como tratamiento de rescate tacrolimus oral

(0,2 mg/kg/día). Inconvenientes para su empleo son la necesidad de monitorizar los niveles plasmáticos circulantes, sus efectos secundarios frecuentes (HTA, función renal) y la rápida pérdida de respuesta, todo lo cual limita su empleo⁶. Recientemente, se ha notificado que el tacrolimus administrado tópicamente (preparado para solución tópica a partir de la oral o intravenosa obteniendo una concentración final de 0,5 mg/g) puede ser una alternativa en los pacientes con úlceras perineales.

】 El papel de los **biomateriales** (fibrina biológica o materiales basados en el colágeno) así como el uso combinado de células madre autólogas y biomateriales (fibrina y microesferas) requiere validación en ensayos clínicos controlados¹⁹.

OXÍGENO HIPERBÁRICO

Se ha utilizado en el tratamiento de la EC asumiendo que existe una alteración en la oxigenación tisular que facilita la proliferación de anaerobios. La elevación de la presión parcial del O₂ durante un periodo de tiempo de 90 minutos en cámara hiperbárica (2,5 atmósferas absolutas) ha demostrado su eficacia en la inducción de la remisión en pacientes con EC perianal crónica refractaria a otros tratamientos o como complemento de la cirugía. No hay datos procedentes de estudios controlados^{1,3,6}.

Tratamiento quirúrgico

Las diferentes y múltiples formas de presentación de las lesiones anales y las posibles combinaciones de cada una de ellas con la EC intestinal con sus diversos grados de actividad hacen que el enfoque del tratamiento deba ser analizado de forma individualizada y en permanente colaboración entre paciente, gastroenterólogo y cirujano. Con estas premisas sólo entre un 3% y un 5% de pacientes con EC perianal van a ser candidatos a cirugía^{1,3,6}.

LESIONES PERIANALES: INDICACIONES Y TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Las alteraciones perianales propias de la EC que pueden requerir intervención quirúrgica son variables e incluyen los pliegues cutáneos hipertróficos, abscesos perianales, fístulas, fisuras, úlceras del canal anal, estenosis e incontinencia por destrucción esfinteriana, aunque esta última puede ser yatrogénica en un gran porcentaje de estos pacientes. Además, pueden aparecer otros procesos anales de modo concomitante que también pueden tener indicación de cirugía como las hemorroides, la hidrosadenitis supurativa y el carcinoma anal.

Sección 4. Intestino delgado y colon

Desde un punto de vista práctico se puede resumir que la cirugía en la EC perianal puede ser de dos tipos: cirugía local, más o menos compleja, para el tratamiento específico de las lesiones perianales, y cirugía mayor o radical, mucho menos frecuente y reservada para casos graves y complejos de EPA. En función del tipo de lesión anal variará la indicación y la técnica quirúrgica (tabla 5).

CIRUGÍA LOCAL

Los repliegues cutáneos rara vez son subsidiarios de extirpación y, sólo si interfieren seriamente la higiene local, se puede proceder a su exéresis mediante anestesia local.

El tratamiento del absceso se basa en el drenaje quirúrgico y el empleo simultáneo de antibióticos. El drenaje debe llevarse a cabo lo más precozmente posible. Si se trata de cavidades grandes puede ser útil dejar en su interior una sonda tipo Pezzer para facilitar el drenaje e incluso para poder hacer irrigaciones. Entre el 45% y el 56% de los abscesos drenados recidivarán con posterioridad. Si tras la intervención la herida no cicatriza debe pensarse en la existencia de una fístula subyacente en la mayoría de los casos. El tratamiento antibiótico concomitante se basa en la administración de ciprofloxacino y metronidazol, a las dosis indicadas con anterioridad.

El éxito del tratamiento quirúrgico de las fístulas se correlaciona con la ausencia de enfermedad rectal y con la inactividad de la EC en cualquier tramo del tubo digestivo. Por ello, es esencial y prioritario el manejo médico preoperatorio de la EC intestinal (tabla 6). Las fístulas simples pueden tratarse de forma adecuada mediante la administración de antibióticos y el control de la actividad intestinal. La fistulotomía es la técnica de elección con un 80%

de buenos resultados^{11,12}. Si existiera proctitis limitada o riesgo de incontinencia puede emplearse un sedal blando de drenaje a través de todo el recorrido de la fístula o un colgajo de avance mucoso asociado a la exéresis del trayecto desde el orificio fistuloso externo hasta el esfínter. Si existe proctitis en actividad el tratamiento médico puede completarse con un sedal de drenaje.

En las fístulas complejas, el manejo varía en función de la presencia o ausencia de proctitis. Si no existe proctitis o ésta es limitada, el colgajo de avance mucoso, con exéresis y drenaje del trayecto fistuloso, es una buena opción con resultados satisfactorios entre el 60% y el 75%, pudiendo volverse a realizar en caso de fracaso; sin embargo, es preferible el empleo de sedales anudados laxamente para que actúen de drenaje. Lo habitual, sin embargo, es que estas fístulas se acompañen de afectación rectal, en cuyo caso el tratamiento de elección es el sedal de drenaje asociado a la terapia biológica^{11,12,17}.

El tiempo de retirada del sedal permanece en discusión¹⁷. En las fístulas simples realmente la fistulotomía es la elección y por lo tanto el sedal se retirará en ese momento en el supuesto de que se hubiese colocado antes. En las fístulas complejas el problema es distinto. Si la tolerancia por parte del enfermo es buena la tendencia es a mantenerlo. No obstante, el tratamiento con infliximab propociona la oportunidad de retirar el sedal si la respuesta es satisfactoria, lo que suele ocurrir después de la segunda o tercera dosis. En ocasiones el atrapamiento del sedal puede indicar inicio de fibrosis y marcar el momento de la retirada (figura 4).

Las fístulas anovaginales o rectovaginales aparecen en un 9% de las pacientes. Los mismos principios que se aplican para el tratamiento de las fístulas perianales sirven para este tipo de fístulas²⁰.

TABLA 5. Aproximación al tratamiento quirúrgico de las lesiones propias de la EPA en las que ha fracasado el tratamiento médico

Tipo de lesión	Proctitis	Sin proctitis
Repliegues cutáneos	No operar	Operar sólo si dificultan la higiene
Fisura anal	No operar	Esfinterotomía en casos muy seleccionados
Abscesos	Drenaje	Drenaje
Estenosis	Dilatación digital	Dilatación digital
Fístula simple (baja)	Sedal	Fistulotomía
Fístula compleja (alta)	Sedal	Colgajo de avance endorrectal
Fístula rectovaginal	Sedal + ileostomía derivativa	Colgajo cutáneo, rectal o vaginal
Sepsis perianal	Ileostomía vs. proctectomía	Asociar o no estoma derivativo
		Estoma derivativo y tratar fístulas

TABLA 6. Principios del tratamiento de las fistulas en la enfermedad de Crohn perianal

- › Definir actividad intestinal:
 - Gravedad del brote.
 - Tratamiento médico específico.
- › Fístula con dolor asociado:
 - Evaluación cirujano.
 - Descartar absceso.
 - Exploración bajo anestesia.
 - Drenaje + sedal (sobre todo si fístula compleja).
 - Posteriormente RNM pelvis.
 - Tratamiento antibiótico.
 - Metronidazol + ciprofloxacino.
- › Fístula con supuración activa sin dolor:
 - Tratamiento antibiótico.
 - Metronidazol y/o ciprofloxacino.

Las fisuras suelen curar espontáneamente (80% de los casos) por lo que sólo se planteará la cirugía si la fisura es muy dolorosa y ha fracasado el tratamiento médico convencional (aplicación de nitroglicerina tópica, diltiazem al 2% en pomada, cremas con anestésicos locales e incluso teóricamente la toxina botulínica, aunque con ésta no existe experiencia documentada en la EC. De todos modos, en un paciente con EC que tenga una fisura anal dolorosa a pesar de todas estas medidas, y en el que se vaya a realizar cirugía, resulta obligado descartar otras causas de dolor como el absceso interesfinteriano. Si la cirugía se indica, la técnica de elección es la esfinterotomía lateral interna, preferentemente cerrada, si no hay proctitis en actividad.

Las hemorroides internas son muy poco frecuentes y en la mayoría de ocasiones el tratamiento local con esteroides o pomadas anestésicas es suficiente. Si provocan rectorragia es muy difícil discernir si se debe a las propias hemorroides o a la inflamación mucosa de la EC. En estas circunstancias la esclerosis hemorroidal puede ser diagnóstica y terapéutica. Rara vez se prolapsan y en estos casos se pueden emplear con gran cautela las ligaduras elásticas o la fotocoagulación por infrarrojos. Sin embargo, la posibilidad de que estos métodos provoquen úlceras, sepsis y estenosis debe balancearse frente a sus potenciales beneficios. Aunque la conclusión es que hay que ser lo más conservadores posibles por los problemas mencionados, algún autor ha obtenido buenos resultados con la hemorroidectomía.

CIRUGÍA MAYOR O RADICAL

La ileostomía derivativa debe ser el primer paso a considerar ante una sepsis perianal grave, en caso de ulceraciones profundas recurrentes y en fistulas complejas o rectovaginales²¹. Con esta técnica se consiguen hasta el 80-90% de remisiones a corto plazo, pero un 70% acabarán en proctectomía por recurrencia de los síntomas a lo largo del tiempo. Sólo entre un 10% y un 22% tendrán la posibilidad de reconstruir la continuidad intestinal. Los mejores resultados se obtienen cuando el recto no está afectado y la EC intestinal está inactiva.

El procedimiento de Hartmann se suele realizar como paso intermedio a la proctectomía definitiva en un paciente con proctitis y enfermedad anorrectal grave.

Aproximadamente el 9-18% de pacientes con EC perianal acabarán con una proctectomía e ileostomía definitiva. Sus indicaciones más habituales son la sepsis perianal grave refractaria al tratamiento mé-

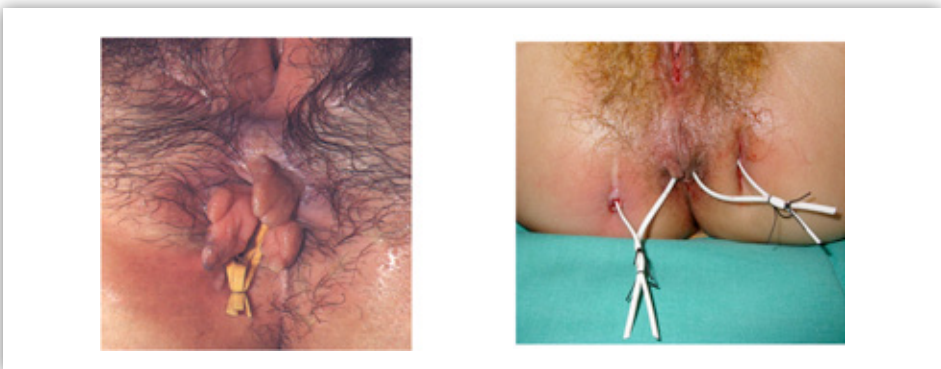


Figura 4. Fistulas con sedal.

dico-quirúrgico descrito, la estenosis rectal grave, las úlceras rectales progresivas con gran destrucción tisular y la incontinencia por destrucción esfinteriana secundaria a la EPA grave. Tras la proctectomía puede quedar una herida o sinus perineal persistente (30%) que es una fuente de morbilidad considerable.

TRATAMIENTO GENERAL

En cada caso, y considerando cuidadosamente las alternativas, el cirujano, el gastroenterólogo y el paciente deben consensuar el sistema de tratamiento más adecuado; que a menudo requiere de una combinación de los procedimientos y medidas referidas. Durante muchos años se ha recomendado una aproximación en “escalera”, iniciando el tratamiento por los fármacos más sencillos (antibióticos), y progresando sucesivamente en caso de falta de respuesta, hasta llegar a los tratamientos más “agresivos”. En muchos pacientes esta estrategia supone meses de sufrimiento inútil, con la dificultad añadida de que las lesiones más evolucionadas pueden ser más difíciles de tratar. En algunos tipos de lesión (la mayoría de las fístulas complejas, por ejemplo) es mucho más razonable una actitud mucho más intervencionista al principio, utilizando pronto los tratamientos biológicos que, además, deben combinarse con medidas quirúrgicas locales y con inmunosupresores en muchos casos. Lo realmente “agresivo” es tardar en utilizar el tratamiento, lo que puede tener consecuencias muy negativas y definitivas.

Bibliografía

1. American Gastroenterological Association Clinical Practice Committee. American Gastroenterological Association medical position statement: perianal Crohn's disease. *Gastroenterology* 2003;125:1503-15077.
2. Singh B, McC Mortensen NJ, Jewell DP, George B. Perianal Crohn's disease. *Br J Surg* 2004;91:801-14.
3. Sandborn WJ, Fazio VW, Feagan BG, Hanauer SB. AGA technical review on perianal Crohn's disease. *Gastroenterology* 2003;125:1.508-30.
4. Dignass A, Van Assche L, Lindsay JO, Lemann M, Söderholm J, Colombel JF *et al.* Second European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: current managements. *J Crohn's Colitis* 2010; 4:28-62.
5. Van Assche G, Dignass A, Panes J, Beaugerie L, Karagiannis J, Allez M *et al.* Second European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis. *J Crohn's Colitis* 2010;4:7-27.
6. Van Assche G, Dignass A, Reinisch W, Van der Woude JC, Sturm A, De Vos M *et al.* Second European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Special situations. *J Crohn's Colitis* 2010;63-101.
7. Ardizzone S, Maconi G, Cassinotti A, Massari A, Porro GB. Imaging of perianal Crohn's disease. *Dig Liver Dis* 2007;39:970-978.
8. Schwartz DA, Wiersema MJ, Dudiak, KM *et al.* A comparison of endoscopic ultrasound, magnetic resonance imaging, and exam under anesthesia for evaluation of crohn's perianal fistulas. *Gastroenterology* 2001;121:1064-72.
9. Irvine EJ. Usual therapy improves perianal Crohn's disease as measured by a new disease activity index. McMaster IBD Study Group. *J Clin Gastroenterol* 1995;20:27-32.
10. Hughes LE. Clinical classification of perianal Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 1992; 35:928-32.
11. Keshaw H, Foong K, Forbes A, Day R. Perianal fistulae in Crohn's disease: current and future approaches to treatment. *Inflamm Bowel Dis* 2010;16:870-880.
12. Pearson DC, May GR, Fick GH, Sutherland LR. Azathioprine and 6-mercaptopurine in Crohn's disease. A meta-analysis. *Ann Intern Med* 1995;123:132-42.
13. Present DH, Rutgeerts P, Targan S *et al.* Anti-TNF for the treatment of fistulas in patients with Crohn's disease. *N Engl J Med* 1999;340:1398-1405.
14. Sands B, Abderson F, Bernstein C *et al.* Infliximab maintenance therapy for fistulizing Crohn's disease. *N Engl J Med* 2004;350:876-84.
15. Lichtiger SI. Healing of perianal fistulae by local injections of antibody TNF. *Gastroenterology* 2008;120(suppl):A 3154
16. Poggioli G, laureti S, Pierangeli F *et al.* Local injection of infliximab for the treatment of perianal Crohn's disease. *Dis Colon rectum* 2005; 48:768-774.
17. Buchanan RN, Owen HA, Torkington J, Lunniss PJ, Nicholls RJ, Cohen CR. Long-term outcome following loose seton technique for external sphincter preservation in complex anal fistula. *Br J Surg* 2004;91;476-80.
18. Hinojosa J, Gomollón F, García S, Bastida G, Cibriada JL, Saro C, Ceballos D, Peñate M, Gassull MA. Spanish Scientific Group on Crohn's Disease and Ulcerative Colitis. Efficacy and safety of short-term adalimumab treatment in patients with active Crohn's disease who lost response or showed intolerance to infliximab: a prospective, open-label, multicentre trial. *Aliment Pharmacol Ther* 2007 Feb 15;25(4):409-18.
19. García-Olmo D, Herreros D, Pascual I, Pascual JA, Del Valle E, Zorrilla J *et al.* Expanded adipose-derived stem cells for the treatment of complex perianal fistula: a phase II clinical trial. *Dis Colon Rectum* 2009;52:79-86.
20. Radcliffe AG, Ritchie JK, Hawley PR, Lennard-Jones JE, Northover JMA. Anovaginal and rectovaginal fistulas in Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 1988;31:94-9.
21. Yamamoto T, Allan RN, Keighley MRB. Effect of fecal diversion alone on perianal Crohn's disease. *World J Surg* 2000;24:1258-63.