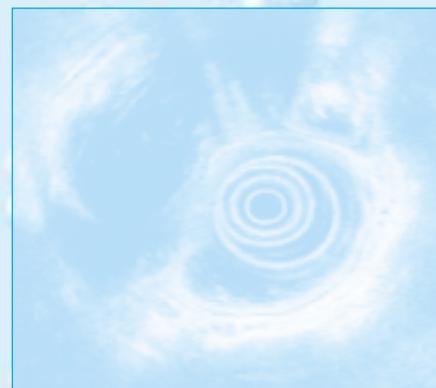


# Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal

nº 8 año 2004



Información conjunta GETECCU / ACCU



## Enfermedad perianal

*J. Hinojosa*



GRUPO ESPAÑOL DE TRABAJO  
EN ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA



**ACCU**  
ASOCIACIÓN DE ENFERMOS  
DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA

# Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Información conjunta GETECCU / ACCU España

## COMITÉ EDITORIAL

Jocelyne Favorin (ACCU España)

Miguel Ángel Gassull (GETECCU)

Antoni Obrador (GETECCU)

León Pecasse (ACCU España)

## Enfermedad perianal

### AUTOR

Joaquín Hinojosa del Val

Unidad de Digestivo. Servicio de Medicina Interna

Hospital de Sagunto. Valencia

Ya se encuentran disponibles en las web [www.geteccu.org/home/index.asp](http://www.geteccu.org/home/index.asp)  
y [www.accuesp.com](http://www.accuesp.com) los siguientes números de este boletín:

1. [Nutrición, dieta y EII](#)
2. [Medicamentos en la EII](#)
3. [Afectación articular en la EII](#)
4. [Embarazo y EII](#)
5. [EII en la infancia](#)
6. [El cáncer colorrectal y la EII](#)
7. [Cirugía en la EII](#)

ISSN 1696-6678

Dep. legal: M-53030-2002



C/ Perú, 6. Edificio Twin Golf B

28290 Las Matas (Madrid)

© Reservados todos los derechos sobre esta publicación. Se prohíbe la reproducción por cualquier medio o soporte del contenido total o parcial de esta publicación sin la autorización expresa del editor.

## Enfermedad perianal

### INTRODUCCIÓN

Bajo la denominación de enfermedad perianal (EPA) se incluyen las anomalías de la zona del ano y del recto (fisura, fístula o absceso, los repliegues cutáneos y la maceración perianal) presentes en los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) de cualquier otra localización intestinal o en los que los hallazgos anorrectales son compatibles con dicha enfermedad pero sin que se conozca su diagnóstico. Aproximadamente, entre un 5 y un 9% de pacientes con EC debutan con patología anal o perianal e incluso ésta puede preceder al inicio de los síntomas intestinales en varios años. La frecuencia de los problemas anales en la EC varía enormemente estimándose alrededor del 25-30%. Esta incidencia también es variable según la EC afecte al intestino delgado (22-71%) o al colon (47-92%). Estas alteraciones son excepcionales en los pacientes con colitis ulcerosa (inferior al 5%), hasta el punto que su aparición en un paciente con este diagnóstico obliga a una reevaluación del mismo.

La EPA incluye tres tipos de lesiones:

- a) **Primarias**, que se relacionan con la enfermedad intestinal reflejando la actividad general de la misma; son las fisuras anales, las úlceras anales cavitadas y los colgajos cutáneos edematosos.
- b) **Secundarias**, que son complicaciones mecánicas o infecciosas de las lesiones primarias; incluyen las fístulas, la estenosis anal y el absceso perianal.
- c) **Concomitantes** (o casuales), que incluye a todas las lesiones anteriores pero sin que dependan directamente de la EC.

### ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA ENFERMEDAD PERIANAL?

El diagnóstico de la enfermedad perianal 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.

Las fístulas, la segunda manifestación en orden de frecuencia después de los pliegues cutáneos, es posiblemente la complicación que más influye en la calidad de vida de los pacientes con EC. Son trayectos que comunican el ano o el recto generalmente con la piel de la zona perianal y, en ocasiones, con los glúteos, los muslos o los genitales (vagina, uretra, escroto). Son crónicas e indoloras, salvo que exista pus a tensión, y la mayoría suelen ser bajas y simples (trayecto único) aunque hay una proporción relativamente alta de fístulas complejas con varios orificios fistulosos externos. En aproximadamente el 35% de los pacientes las fístulas son recurrentes (tienen tendencia a reaparecer) y hasta un 80% pueden necesitar tratamiento quirúrgico, generalmente cirugía menor

limitada a poner la fístula a plano o “abrirla”, o a colocar “sedales” o hilos de seda para facilitar la salida del pus y permitir una limpieza adecuada que facilite el tratamiento médico.

Para el médico es muy importante el realizar una clasificación adecuada de las fístulas perianales pues ayuda a determinar cual puede ser el tratamiento más adecuado. Para ello se toma como referencia el esfínter del ano que tiene un componente interno (de control involuntario) y otro externo (de control voluntario). De esta forma las fístulas pueden clasificarse en dos grandes grupos:

- a) **Fístulas simples:** superficiales, interesfinterianas (entre los esfínteres) y transesfinterianas (a través de los esfínteres) bajas.
- b) **Fístulas complejas:** transesfinterianas altas, supraesfinterianas (por encima de los esfínteres), extraesfinterianas (por fuera de los esfínteres y sin clara relación con ellos), o con múltiples orificios externos.

El absceso anorrectal es la principal causa de dolor en el paciente con enfermedad perianal. En la mayoría de los casos son simples, pero alrededor de un 20% son complejos y en “herradura”, así llamados porque se disponen de esa forma alrededor del esfínter anal. Otras causas de dolor anal y que puede coexistir con la EC son las hemorroides que cursan con la sintomatología característica de las mismas. Las fisuras suelen ser múltiples, pueden localizarse en cualquier zona del ano y son indoloras en la mayoría de los casos de modo que cuando duelen obligan a descartar una infección asociada.

En la evaluación inicial de la enfermedad perianal es fundamental realizar una correcta exploración de la región anal y perianal así como del periné, siendo aconsejable realizarla conjuntamente con un cirujano. En muchas, ocasiones hay que llevar a cabo una exploración bajo anestesia, para poder valorar bien las fístulas e incluso poder explorar el recto si hay una estenosis del ano. Esta exploración puede proporcionar tanta información como la resonancia magnética nuclear y la ecografía endoanal, dos de las pruebas diagnósticas que más ayudan para definir bien las lesiones.

En todos los pacientes debe realizarse un examen endoscópico del recto (si es posible, pues en ocasiones el ano está estenotizado o es doloroso) para valorar la existencia de inflamación rectal. La ecografía endoanal/endorrectal (introducción de un tubo similar al endoscopio en el canal anal y recto inferior que facilita imágenes del ano, del recto y de sus músculos) es quizás el método de elección para la valoración de la enfermedad perianal, no sólo por ser una técnica diagnóstica (permite valorar la existencia de abscesos, trayectos fistulosos, integridad esfinteriana, etc.) sino en ocasiones terapéutica (drenajes de abscesos, colocación de sedales). La resonancia magnética nuclear de la pelvis, una técnica complementaria a la ecografía endoanal, es especialmente útil en los

pacientes con infecciones perianales graves y con síntomas recurrentes resistentes al tratamiento. Si no se dispone de la ecografía endoanal y/o de la resonancia puede realizarse una tomografía axial computerizada (TAC).

Con la finalidad de poder escoger el tratamiento más adecuado y valorar su eficacia el médico debe intentar “medir” la actividad de las lesiones. Para ello utiliza una forma de medida que no sólo valora aspectos relacionados con la actividad de las lesiones (supuración, dolor perianal) sino con su repercusión en aspectos personales como la actividad sexual y la restricción de actividades (calidad de vida).

Por otra parte, hoy en día sabemos que el hecho de que el orificio externo de una fístula se haya cerrado (deje de supurar de forma espontánea o a la presión con los dedos) no supone que su trayecto lo haya hecho. Por ese motivo, es aconsejable realizar una resonancia magnética nuclear de la pelvis y/o una ecografía endoanal para constatar la “cicatrización” del trayecto fistuloso o cuanto menos la reducción de su inflamación.

### ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO MÉDICO DE LA ENFERMEDAD PERIANAL?

El tratamiento de la enfermedad perianal debe de ser siempre individualizado y en general lo más conservador posible, siendo fundamental la colaboración entre el gastroenterólogo y el cirujano. En todos los casos se debe conocer la extensión y la actividad de la enfermedad inflamatoria intestinal, valorar la inflamación del recto, identificar la presencia de abscesos y clasificar las fístulas.

Los aminosalicilatos (orales o tópicos) y los corticoides sistémicos (prednisona, budesonida) o de acción tópica (triamcinolona, budesonida) son eficaces para controlar la actividad inflamatoria intestinal (ileal, cólica o rectal) pero no la enfermedad perianal en sí misma. El metronidazol y el ciprofloxacino, dos antibióticos con una acción importante sobre un determinado tipo de gérmenes, solos o en combinación son la primera opción del tratamiento médico.

Los pacientes que no responden al tratamiento antibiótico combinado, que presentan recidivas frecuentes o precoces, o que tienen fístulas complejas son subsidiarios de tratamiento inmunomodulador (o inmunosupresor). Estos medicamentos actúan intentando poner en “orden” la respuesta inmunológica o defensiva del organismo que está alterada. La azatioprina y la 6-mercaptopurina son los fármacos inicialmente utilizados para controlar la actividad de la enfermedad perianal en estos pacientes. Sin embargo, su inconveniente es la lentitud de acción requiriendo al menos tres meses para conseguir su objetivo. Por ello, con la finalidad de acortar este tiempo de respuesta en algunos pacientes se ha utilizado otro inmunomodulador de acción más rápida, la ciclosporina, pero siempre como puente o transición a la azatioprina o 6-mercaptopurina.

La reciente incorporación del infliximab, un inmunomodulador de acción más específica y rápida, ha supuesto un importante avance en el tratamiento de los pacientes con EC y fístulas enterocutáneas (comunican el intestino con la pared abdominal y la región perianal) que no responden a los antibióticos e inmunomoduladores (azatioprina, 6-mercaptopuina). Reduce de forma significativa el número de puntos de supuración en la región perianal, facilita el cierre de las fístulas y mejora la calidad de vida de los pacientes; sin embargo, su eficacia para obtener una cicatrización completa de los trayectos fistulosos es menor. La dosis recomendada es de 5 mg/Kg (perfusión endovenosa) administradas inicialmente 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. Puesto que hay una tendencia a que se reactiven los puntos de supuración se ha valorado y se ha confirmado que los re-tratamientos a intervalos de 8 semanas pueden ser eficaces para prevenir que esto ocurra; sin embargo esta indicación no está aprobada actualmente por lo que debe de ser el médico especialista el que decida su utilización y siempre bajo lo que se denomina “uso compasivo”. Sin embargo, a pesar de que alrededor del 60% de los pacientes tienen una respuesta parcial o completa, el tratamiento con infliximab no ha sustituido a la necesidad de la cirugía en gran parte de los pacientes con EC fistulizante. Recientemente, se ha demostrado que el tacrolimus, otro inmunomodulador, puede ser eficaz para el tratamiento de la enfermedad perianal. La escasa experiencia disponible sobre la eficacia de otros inmunomoduladores como el metotrexato y el micofenolato no aconseja su uso en el tratamiento de la EC de localización perianal.

La utilización del oxígeno hiperbárico (en cámaras de baja presión utilizadas para el tratamiento de las embolias gaseosas en los buzos) puede ser eficaz en el tratamiento de la enfermedad perianal en situaciones determinadas en las que otras opciones hayan fracasado.

### ¿Y EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO?

El tratamiento de la EC perianal, como hemos señalado antes, debe individualizarse para cada paciente siendo una combinación del tratamiento médico y de la cirugía la mejor aproximación a su manejo. Por ese motivo, es aquí donde la actitud combinada del médico especialista y del cirujano es más importante, y las decisiones deben tomarse de forma conjunta.

Desde un punto de vista práctico, se puede resumir que la cirugía en la enfermedad de Crohn perianal puede ser de dos tipos: cirugía local, más o menos complicada, para el tratamiento específico de las lesiones perianales y cirugía mayor o radical, mucho menos frecuente y reservada para casos graves de enfermedad perianal.

En función del tipo de lesión anal variará la indicación y la técnica quirúrgica. Los abscesos deberán drenarse siempre. No es aconsejable operar las fisuras anales cuando el recto está inflamado y sólo se hará en casos muy puntuales una vez que se ha controlado la inflamación. En los repliegues o colgajos cutáneos sólo se planteará la cirugía cuando dificultan la higiene local.

Las fistulas simples no suelen tener inflamación rectal activa siendo la fistulotomía (apertura de la fistula) el tratamiento de elección. El sedal junto con el tratamiento antibiótico e inmunomodulador es el tratamiento de elección en las fistulas complejas con o sin inflamación rectal asociada. En las fistulas rectovaginales/anovaginales, en las que ha fracasado el tratamiento médico se puede intentar la cirugía.

La ileostomía derivativa (abocar el intestino delgado a la pared del abdomen) 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.

Aproximadamente entre el 9-18% de pacientes con EC perianal acabarán con una proctectomía (resección del recto) e ileostomía definitiva.

### **Recuerde**

- Ante la aparición de dolor o supuración en el ano o región perianal deberá consultar con su médico especialista.
- La frecuencia de la enfermedad de Crohn perianal es variable (17-43%) siendo mayor en la enfermedad de Crohn del colon que en la de intestino delgado.
- Las lesiones se caracterizan por ser poco sintomáticas, múltiples y con una localización atípica. Las fístulas (6-34%) son crónicas e indoloras (salvo si asocian a un absceso) presentando varios orificios externos (región perianal y a distancia).
- El tratamiento de la enfermedad de Crohn perianal debe individualizarse para cada paciente siendo una combinación del tratamiento médico y de la cirugía la mejor aproximación a su manejo.



CCCCCCCC

