

Complicaciones Perianales En Un Paciente Con Diagnóstico De Enfermedad De Crohn

Perianal Complications in A Patient Diagnosed with Crohn's Disease

Luíza Helena Arruda Moura, Maria Eduarda Greter Costa, Mariney Maria de Arruda

Resumen

La enfermedad de Crohn es una patología crónica inflamatoria intestinal de etiología compleja. Afecta cualquier parte del tracto gastrointestinal, provocando síntomas como dolor abdominal, diarrea y fatiga. Se caracteriza por inflamación crónica, y sus complicaciones incluyen estenosis, fístulas y abscesos. Factores genéticos, inmunológicos y ambientales contribuyen a su desarrollo. El diagnóstico se basa en evaluaciones clínicas, endoscópicas y de laboratorio. El manejo incluye terapias farmacológicas, cambios en la dieta y, en algunos casos, intervenciones quirúrgicas. La comprensión de la enfermedad avanza, pero su gestión sigue siendo un desafío para pacientes y profesionales de la salud. Materiales y métodos: un estudio de caso retrospectivo, descriptivo y longitudinal, de naturaleza observacional, centrado en la Enfermedad de Crohn en un paciente adulto de 26 años. Los datos serán obtenidos por medio de una entrevista y exámenes complementarios. Objetivo: Evaluar de manera integral la enfermedad de Crohn en un paciente adulto joven, analizando la etiología, la epidemiología y las opciones terapéuticas, con el propósito de mejorar la comprensión clínica y contribuir a enfoques de atención más informados.

Palabras clave: Inflamación intestinal, complicaciones perianales, tratamiento.

Abstract

Crohn's disease is a chronic inflammatory bowel disease of complex etiology. It affects any part of the gastrointestinal tract, causing symptoms such as abdominal pain, diarrhea and fatigue. It is characterized by chronic inflammation, and its complications include strictures, fistulas and abscesses. Genetic, immunological and environmental factors contribute to its development. Diagnosis is based on clinical, endoscopic and laboratory evaluations. Management includes pharmacological therapies, dietary changes and, in some cases, surgical interventions. Understanding of the disease is advancing, but its management remains a challenge for patients and health professionals. Materials and methods: a retrospective, descriptive and longitudinal case study, observational in nature, focused on Crohn's disease in a 26-year-old adult patient. Data will be obtained by means of an interview and complementary examinations. Objective: To comprehensively evaluate Crohn's disease in an adult patient, analyzing etiology, epidemiology and therapeutic options, with the purpose of improving clinical understanding and contributing to more informed care approaches.

Keywords: Intestinal inflammation, perianal complications, treatment.

Introducción

La enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad crónica del sistema digestivo que forma parte de un grupo de trastornos conocidos como enfermedades inflamatorias intestinales (EII). La EC es caracterizada por un compromiso inflamatorio discontinuo y transmural que puede afectar cualquier segmento del tubo digestivo. Esta inflamación puede afectar todas las capas del intestino y, a diferencia de otras condiciones, la enfermedad de Crohn puede manifestarse en áreas intercaladas con segmentos de tejido intestinal sano (1)(2).

La etiología de la enfermedad de Crohn sigue siendo en gran medida desconocida, pero se cree que es el resultado de una compleja interacción entre factores genéticos, ambientales e inmunológicos. Algunas evidencias sugieren que sea por un resultado de una alteración en la homeostasis del sistema inmunitario de la mucosa intestinal en individuos genéticamente predispuestos son la influencia de determinados factores ambientales (1)(3).

Dos factores están principalmente involucrados en la alteración de la homeostasis en el sistema inmunológico de la mucosa intestinal: una función defectuosa de la barrera epitelial y una apoptosis defectuosa de los linfocitos T. Las células epiteliales llevan a cabo el proceso de autofagia, en el cual eliminan el contenido citoplasmático innecesario, previniendo así la diseminación bacteriana. Defectos en los genes relacionados con la autofagia (ATG16L1 e IRGM) aumentan el riesgo de desarrollar la enfermedad de Crohn (3).

La epidemiología de la enfermedad de Crohn revela un panorama complejo en cuanto a su incidencia y distribución demográfica. Esta enfermedad inflamatoria intestinal afecta a individuos de todas las edades, aunque con mayor frecuencia se manifiesta en adultos jóvenes entre los 20 y 30 años. Hay una ligera predominancia en mujeres, pero ambos sexos pueden resultar afectados. La enfermedad de Crohn exhibe variaciones geográficas, con tasas de incidencia que varían en diferentes regiones del mundo. Las áreas urbanas y países industrializados tienden a presentar una mayor prevalencia de casos. Además, se observan patrones familiares, indicando una predisposición genética en algu-

nos casos. La incidencia de la enfermedad ha ido en aumento en las últimas décadas, lo que sugiere una influencia significativa de factores ambientales en su desarrollo (2)(4).

La clínica de la enfermedad de Crohn presenta una amplia variedad de manifestaciones clínicas, lo que la convierte en un desafío diagnóstico y de manejo. Los síntomas más comunes incluyen dolor abdominal, diarrea crónica, pérdida de peso inexplicada y fatiga. La localización de la enfermedad puede variar, afectando cualquier parte del tracto gastrointestinal desde la boca hasta el ano. La inflamación crónica puede llevar a complicaciones, como estrecheces en el intestino (estenosis), fístulas, abscesos y ulceraciones. Además de los síntomas gastrointestinales, la enfermedad de Crohn también puede afectar sistemas fuera del tracto digestivo, como articulaciones, piel, ojos, sistema hepatobiliar y páncreas (4)(5).

En aproximadamente el 75% de los casos, los pacientes experimentan la manifestación de la enfermedad de Crohn en el intestino delgado, con un predominio del 90% de los casos en el íleo terminal. Esta afectación se presenta de manera segmentaria, con áreas intercaladas de tejido intestinal sano. La naturaleza del trastorno es transmural. Durante la evaluación endoscópica, la presencia de úlceras aftosas pequeñas y superficiales sugiere una forma leve, mientras que en la variante más activa se observan úlceras estrelladas que tienden a fusionarse (6).

La enfermedad de Crohn (EC) se manifiesta como una inflamación intestinal que puede ser aguda o crónica, evolucionando hacia dos patrones distintos: fibroestenótico obstructivo o penetrante-fistuloso. Cada uno de ellos requiere enfoques de tratamiento y pronósticos diferentes. Además, la ubicación específica de la enfermedad influye en las manifestaciones clínicas. En el caso de la ileocolitis, se experimenta dolor en el cuadrante inferior derecho, con una masa palpable que se asemeja a la apendicitis aguda. La jejunoileitis conlleva deficiencias nutricionales debido a la pérdida de superficie digestiva, anemia y riesgo de fracturas vertebrales por falta de vitamina D e hipocalcemia. Por último, tanto en la colitis como en la enfermedad perianal, los pacientes presentan síntomas como fiebre leve, malestar, diarrea, dolor abdominal de

tipo cólico y, en algunos casos, hematoquecia (6).

El diagnóstico preciso de la enfermedad de Crohn involucra el uso de diversos métodos, entre ellos la enterotomografía, enteroscopia y colonoscopia con biopsia. La enterotomografía, mediante imágenes detalladas del intestino delgado, proporciona información valiosa sobre la extensión y gravedad de la enfermedad. La enteroscopia, a su vez, permite la visualización directa del intestino delgado, facilitando la identificación de áreas afectadas y la obtención de muestras para análisis. La colonoscopia, que se realiza para evaluar el colon, se complementa con biopsias para confirmar la presencia de la enfermedad y caracterizar la inflamación. Estos métodos, al combinarse, ofrecen una evaluación integral que guía el tratamiento y proporciona una comprensión más precisa de la condición del paciente con enfermedad de Crohn (7).

El tratamiento de la enfermedad de Crohn abarca diversos enfoques con el objetivo de aliviar los síntomas, reducir la inflamación y mantener la calidad de vida del paciente. En términos farmacológicos, se emplean corticosteroides para el control de brotes agudos, inmunomoduladores como azatioprina y metotrexato, así como terapias biológicas que apuntan a citoquinas inflamatorias específicas. Estas opciones buscan modular la respuesta inmunológica, siendo especialmente valiosas en casos de inflamación persistente. Simultáneamente, la gestión nutricional desempeña un papel esencial. En algunos casos, se implementan dietas específicas o suplementos nutricionales para abordar deficiencias y mejorar la salud intestinal (8).

En situaciones más complejas, cuando la enfermedad avanza o se presentan complicaciones como estenosis o fístulas, la intervención quirúrgica puede ser considerada. Las cirugías en la enfermedad de Crohn suelen ser dirigidas a la eliminación de segmentos dañados del intestino o la corrección de anomalías. A pesar de estos enfoques, la gestión de la enfermedad de Crohn es altamente individualizada, y los pacientes requieren una monitorización continua para ajustar el plan terapéutico según la respuesta clínica y la evolución de la enfermedad. El tratamiento integral a menudo implica la colaboración de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud para brindar un cuida-

do holístico y abordar los diversos aspectos físicos y emocionales de la enfermedad (9).

Informe de caso

Paciente del sexo masculino, de 26 años de edad, se presentó a la consulta en noviembre de 2021 con síntomas que incluían diarrea con presencia de sangre, dolor abdominal tipo cólico, fiebre leve, hematoquecia, apatía y dolor articular. Estaba con facie dolorosa y sudoración.

En la primera consulta, el médico general no realizó la exploración física, y la sospecha diagnóstica inicial fue una infección por el virus del herpes simple (VHS). Como parte de la evaluación, se llevaron a cabo pruebas de serología para infecciones de transmisión sexual, las cuales arrojaron resultados negativos. Además, se solicitó un hemograma. Se recetaron AINES y metronidazol como parte del tratamiento.

Posteriormente, el paciente buscó la atención de un médico especialista, un proctólogo, quien llevó a cabo un examen físico completo, que incluyó el toque rectal. Durante la realización de este examen, el paciente experimentó una intensa sensación dolorosa. Sin embargo, no se solicitaron exámenes complementarios en ese momento. La indicación médica fue cirugía.

Sin obtener un diagnóstico, el paciente consultó a un tercer especialista, quien realizó una evaluación física y solicitó exámenes de imagen adicionales. Se programaron una Enteroscopia, Enterotomografía, Colonoscopia con biopsia y una Resonancia Magnética para obtener una evaluación más detallada de la condición del paciente.

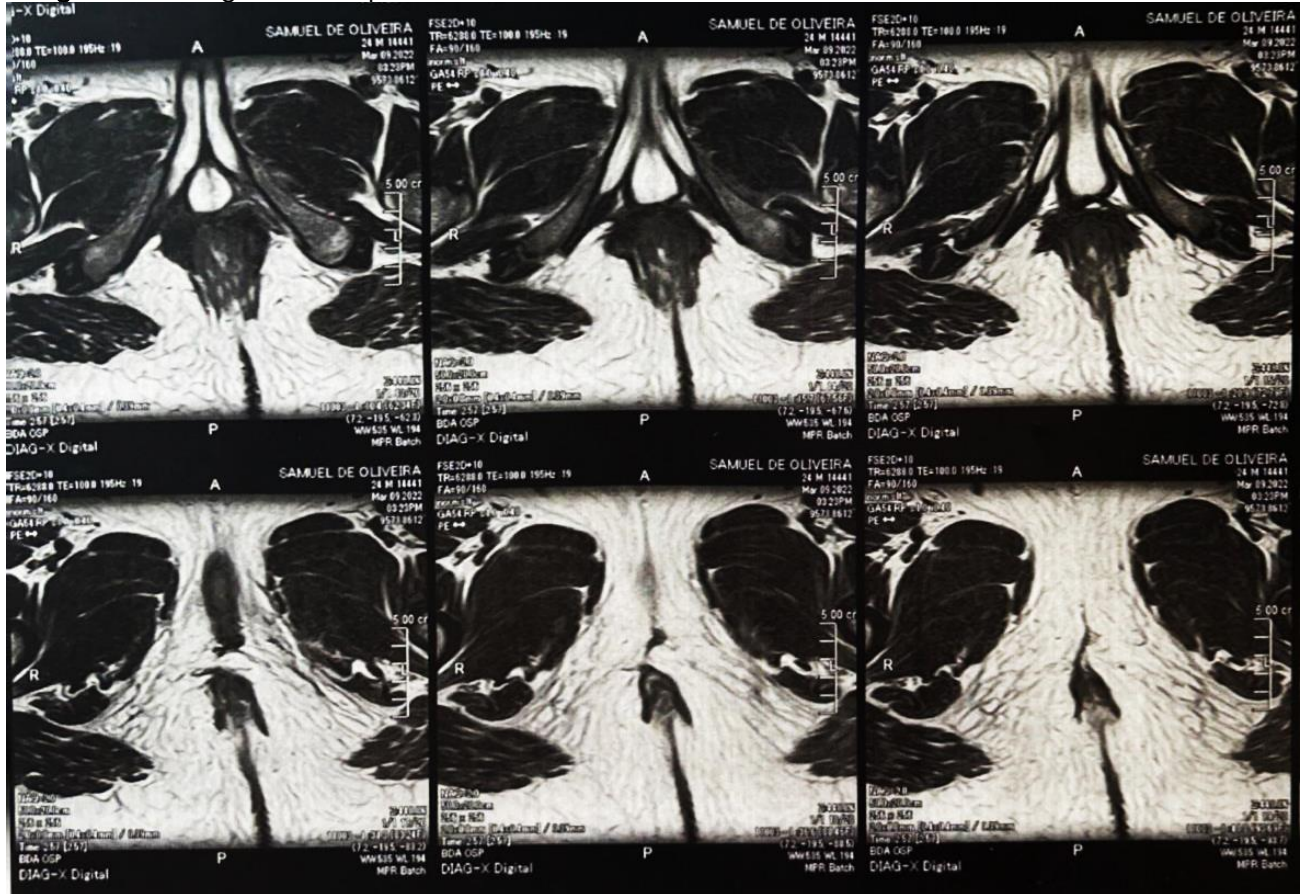
El paciente completó todos los exámenes solicitados. El primer examen realizado fue la Resonancia Magnética de la pelvis, revelando la presencia de un trayecto fistuloso perianal transesfinteriano a las 7 horas, con recorrido a través de la grasa isquioanal derecha y drenaje en el surco interglúteo (Imagen 1).

Entre las pruebas de laboratorio solicitadas, se incluyó la medición de calprotectina en heces, la cual arrojó un resultado de 761 $\mu\text{g/g}$, superando el parámetro laboratorial recomendado. Asimismo, se evaluó la proteína C reactiva ultrasensible, que mostró un nivel de 10,65 mg/L, y se obtuvo resultado no reactivo para Anti-Saccharomyces Cerevisiae y Anti-Citoplasma de Neutrófilos.

En la enterotomografía, realizada en 18/03/2022, se identificó un leve espesamiento en el íleon terminal junto a la válvula ileocecal, abarcando aproximadamente 3 cm a lo largo de su eje longitudinal. Estos hallazgos, aunque inespecíficos, podrían indicar la presencia de un proceso inflamatorio activo (ileítis) (imagen 2).

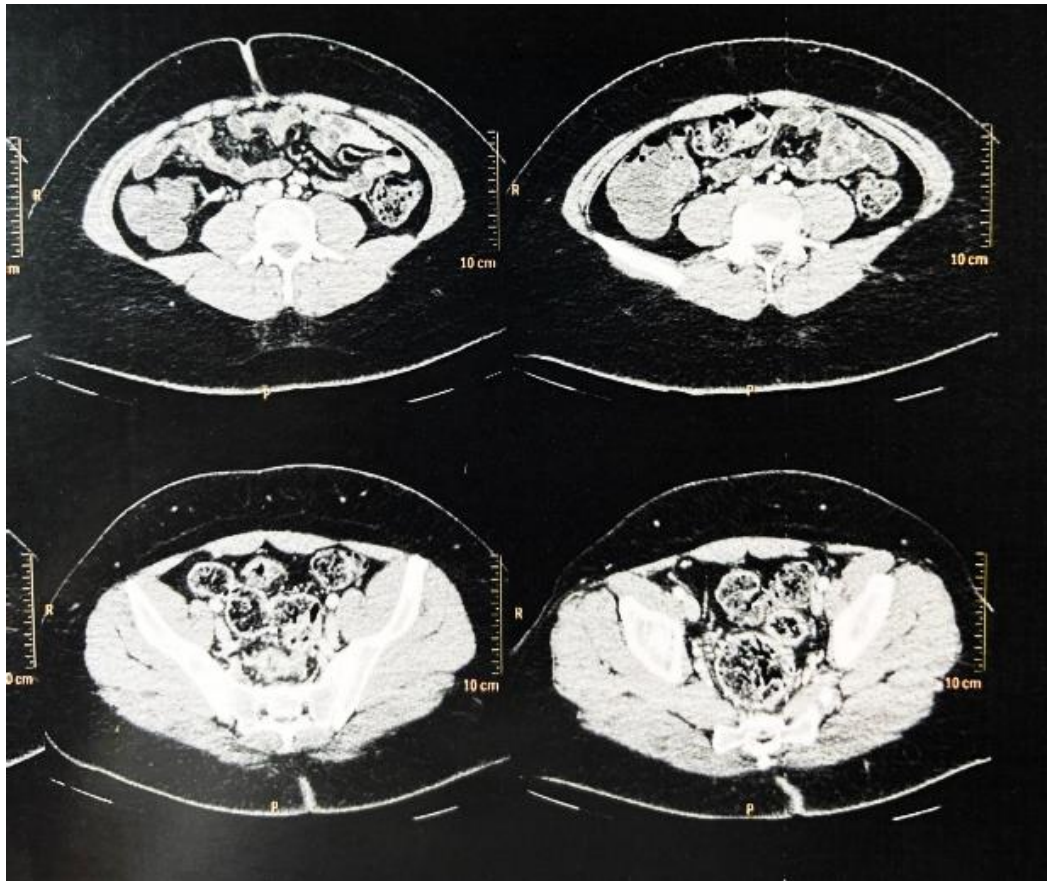
Posterior a esto, se realizó la colonoscopia con biopsia, fundamental para el diagnóstico. En este se encontró ulceraciones aftosas de 2-4mm en el íleo terminal (imagen 3), y de 5mm en el colon transverso, descendente y sigmoideo (imagen 4). Además, el canal anal encontrarse con fibrosis y papilas hipertróficas.

Imagen 1. Tomografía Computadorizada realizada en 09/03/2022



Fuente: Cedida por el paciente.

Imagen 2. Enterotomografía realizada en 18 de marzo de 2022.



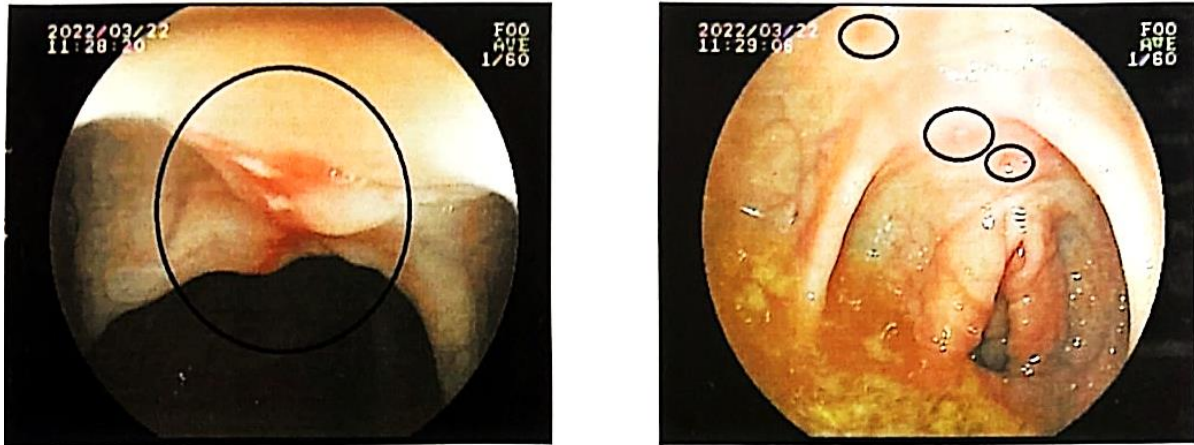
Fuente: Cedida por el paciente.

Imagen 3. Colonoscopia realizada en 22/03/2022 muestra las ulceraciones aftosas.



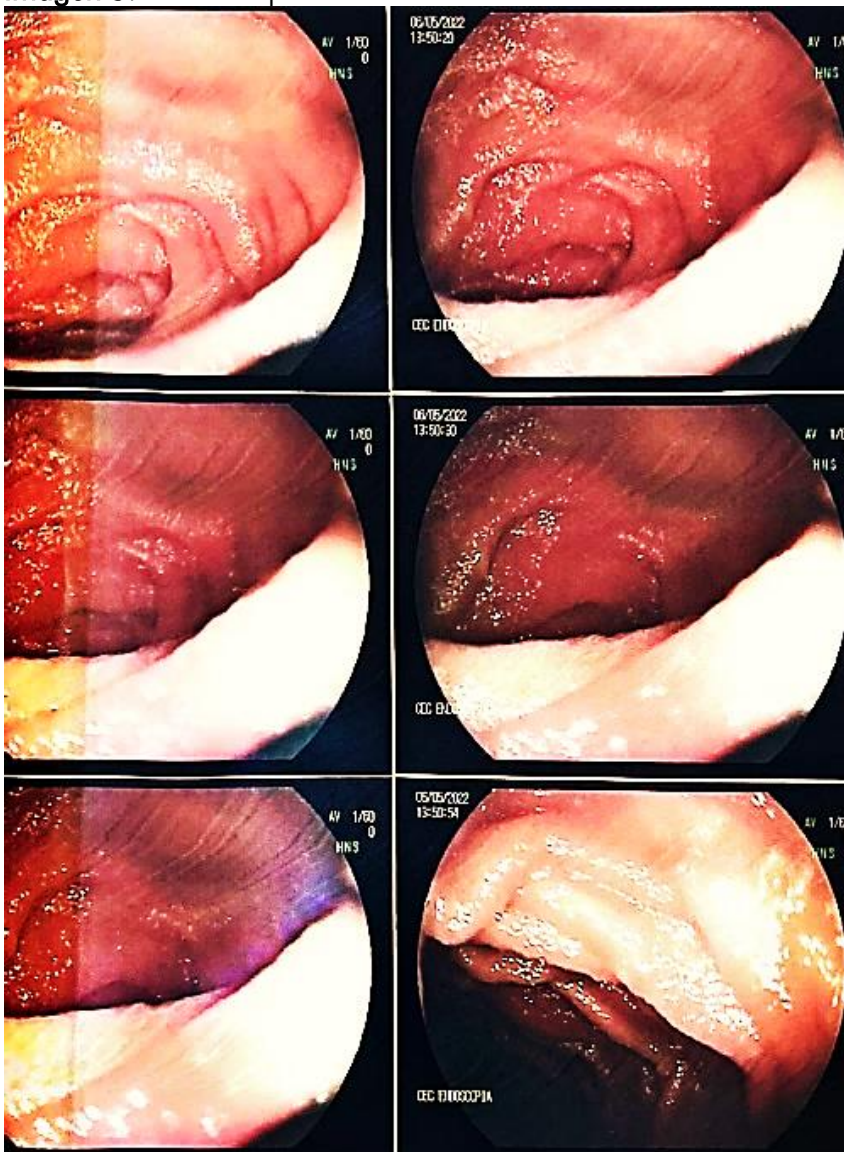
Fuente: Cedida por el paciente.

Imagen 4. Úlceras aftosas de 5mm en colon transverso.



Fuente: Cedida por el paciente.

Imagen 5. Enteroscopia realizada en abril de 2022



Fuente: Cedida por el paciente.

Con estos resultados, se llevó a cabo la biopsia, que desempeñó un papel concluyente en el diagnóstico. En el íleon, se identificó una ileítis erosiva crónica con actividad inflamatoria moderada y sin presencia de granulomas. En el colon transverso, se observó una colitis crónica erosiva con actividad inflamatoria moderada, además de la presencia de un esbozo de granuloma. El informe final de la anatomía patológica concluyó que los hallazgos morfológicos son consistentes con las alteraciones de la enfermedad intestinal en actividad (Enfermedad de Crohn).

Durante la enteroscopia, se empleó un endoscopio de doble balón a través de una vía anterógrada, logrando avanzar hasta el yeyuno medio. Se constató que las mucosas, vellosidades y el patrón vascular estaban conservados en los segmentos evaluados (imagen 5). De esta manera, no se evidenció afectación en el intestino delgado.

Así, con el diagnóstico establecido, fue remitido al Hospital Julio Muller para recibir tratamiento quirúrgico. El 13/04/2022, se sometió a una fistulectomía, durante la cual se colocó un drenaje tipo Sedenho. En noviembre del mismo año, se procedió a la retirada parcial de dicho drenaje.

Se inició el tratamiento con Infliximab 100 mg, administrando 6 ampollas diluidas en suero fisiológico al 0,9%, por vía intravenosa a través de una bomba de infusión controlada durante 3 horas, inicialmente en las semanas 0, 2 y 6. Posteriormente, se mantuvo con intervalos de cada 8 semanas, continuando con este régimen hasta la fecha actual. Además, hace uso de Azatioprina 50mg, 2 comprimidos por día.

En agosto de 2023, se retiró por completo el drenaje. En la actualidad, el paciente experimenta dolor articular constante, aunque de intensidad leve, siendo esta su principal molestia. El dolor abdominal es ocasional y está vinculado a su dieta; cuando sigue una alimentación restrictiva, experimenta dolor raras veces. Ha optado por adoptar una dieta ovolactovegetariana. Para aliviar el dolor, recurre al uso de dipirona o corticoides.

Este paciente fue diagnosticado de manera rápida, lo que contribuyó significativamente a su tratamiento y a una mejora en su calidad de vida. En la actualidad, se somete a un seguimiento médico cada 6 meses y mantiene su tratamiento de forma regular. Su condición ha evolucionado positivamente, y su médico considera la posibilidad de suspender el medicamento diario el próximo año, manteniendo solo el Infliximabe, si continúa con esta favorable evolución.

Su tratamiento no ha tenido impacto en su perfil hepático, lipídico, metabólico, nutricional y hemograma. Tiene de un buen estado de salud general. Actualmente, se encuentra bajo revisión médica cada 6 meses y sigue su tratamiento de manera constante.

Discusión

Este relato de caso destaca primeramente una preocupación con la dificultad en el atendimento médico con relación a síntomas sugestivos de Enfermedad de Crohn. Este aspecto resalta la necesidad de un abordaje más proactivo y especializado del equipo médica, enfatizando la importancia de la prontitud en considerar condiciones gastrointestinales crónicas.

La rápida solicitud por parte del especialista de exámenes de imagen, como la enterotomografía y la colonoscopia con biopsia, desempeñó un papel esencial en el diagnóstico definitivo. Estas herramientas proporcionaron información crucial para la planificación de la estrategia, tanto en términos de tratamiento como de la necesidad de cirugía. Destaca la relevancia de realizar oportunamente estos exámenes en pacientes con síntomas sugestivos.

Estos exámenes son considerados fundamentales en la evaluación de la enfermedad de Crohn debido a su capacidad para proporcionar imágenes detalladas de la anatomía y la estructura del tracto gastrointestinal. La enterotomografía, por ejemplo, permite una visualización más precisa de las capas del intestino, identificando posibles áreas de inflamación, estrechamientos o complicaciones. Por otro lado, la colonoscopia con biopsia permite la

obtención de muestras de tejido para un análisis más detallado, ayudando a confirmar el diagnóstico y guiar la elección del tratamiento.

En conjunto, estos exámenes son considerados "Gold Estándar" en la evaluación de la enfermedad de Crohn, ya que ofrecen una visión integral de la condición del paciente, facilitando una toma de decisiones informada y personalizada para su manejo clínico. Su pronta realización, como evidenciado en este caso, fue crucial para un diagnóstico certero y una intervención terapéutica adecuada.

La realización temprana de estos estudios permitió que la intervención quirúrgica impactara positivamente en el tratamiento, destacándose en esta situación la importancia del dreno Sedenho. El desempeña un papel crucial en el manejo de condiciones como la fistulización perianal, que puede ser una complicación de la enfermedad de Crohn. Este dispositivo facilita el drenaje de abscesos y fístulas, ayudando a reducir la presión en la zona afectada y favoreciendo la cicatrización. Además, el dreno Sedenho puede ser fundamental en la preparación del paciente para intervenciones quirúrgicas subsiguientes, al contribuir a la reducción de la inflamación y la infección localizada.

La azatioprina es un fármaco utilizado en el tratamiento de la enfermedad de Crohn y suele estar asociada a la aparición de efectos adversos. Entre los posibles efectos secundarios se encuentran la pancreatitis aguda, náuseas, vómitos incoercibles y dolor abdominal. Además, puede dar lugar a complicaciones como hepatitis tóxica, mielosupresión, alteraciones en el perfil hepático y predisposición a infecciones.

El Infliximab, en relación con el tratamiento de enfermedades inflamatorias luminales y la presencia de fistulas activas refractarias, es un fármaco que, en la mayoría de los pacientes, produce remisión de la enfermedad en un lapso de 8 semanas. Sin embargo, cuando se administra junto con azatioprina, puede dar lugar a efectos adversos, como edema de miembros inferiores, lumbalgia, hipotensión arterial, cefalea, sensación de calor, disnea, cianosis, angioedema y sensación de opresión torácica. En asociación con corticoides, se pue-

den observar efectos secundarios como hipotensión arterial, temblores, disnea, cianosis, edema facial y de extremidades, así como dolor abdominal.

Es destacable que este paciente no haya experimentado ninguno de estos efectos adversos. Este hecho es significativo, ya que indica una buena tolerancia individual al tratamiento con Infliximab, ya sea administrado solo o en combinación con otros medicamentos como azatioprina y corticoides. La ausencia de estos efectos secundarios contribuye positivamente a la calidad de vida del paciente y puede influir en la continuidad y adherencia al tratamiento. No obstante, se debe seguir monitorizando al paciente para detectar cualquier cambio en su condición y ajustar el tratamiento según sea necesario.

Además, es fundamental destacar la relevancia de una alimentación adecuada en el manejo de esta enfermedad. Evitar alimentos inflamatorios y de difícil digestión puede disminuir significativamente el malestar abdominal asociado con la enfermedad de Crohn. El paciente informó que la intensidad de su dolor está directamente vinculada a su dieta y estado físico. Además, es fundamental destacar la relevancia de una alimentación adecuada en el manejo de esta enfermedad. Evitar alimentos inflamatorios y de difícil digestión puede disminuir significativamente el malestar abdominal asociado con la enfermedad de Crohn.

En resumen, este caso destaca la importancia del diagnóstico temprano, la utilización adecuada de pruebas de imagen, la gestión eficaz de complicaciones, la monitorización cuidadosa de los efectos adversos de los medicamentos y la consideración de la dieta en la gestión integral de la enfermedad de Crohn. Estos aspectos subrayan la necesidad de un enfoque completo y personalizado para optimizar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes.

Conclusión

Este caso clínico subraya la importancia del diagnóstico precoz en la enfermedad de Crohn, resaltando la relevancia de iniciar un tratamiento adecua-

do de manera oportuna. La realización temprana de exámenes de imagen desempeñó un papel crucial en este proceso, permitiendo una identificación rápida y precisa de la condición del paciente. La gestión eficaz de complicaciones, incluyendo la intervención quirúrgica y el uso estratégico de dispositivos como el dreno Sedenho, refuerza la necesidad de una aproximación integral en el manejo de esta enfermedad gastrointestinal.

La experiencia única de este paciente, caracterizada por la ausencia de efectos adversos significativos a los medicamentos, destaca la variabilidad en las respuestas terapéuticas. Esto pone de manifiesto la importancia de una estrategia personalizada, considerando las características individuales de cada paciente. Además, la influencia directa de la dieta en los síntomas, según el relato del paciente, demuestra la necesidad de integrar la nutrición como componente esencial del plan de tratamiento.

En resumen, este caso clínico destaca la importancia del diagnóstico temprano en la enfermedad de Crohn, la gestión integral de complicaciones y la individualización del tratamiento para optimizar la calidad de vida de los pacientes. Este enfoque holístico enfatiza la necesidad continua de adaptación y monitoreo para satisfacer las necesidades específicas de cada individuo afectado por esta compleja condición gastrointestinal.

Referencias

- (1) Silva F, Gatica T, Pavez C. Etiología y fisiopatología de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2019 Jul 1;30(4):262–72.
- (2) Figueroa C. Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2019 Jul 1;30(4):257–61.
- (3) Pilar M, Ferré B, Boscá-watts MM, Pérez MM. Crohn's disease. *Med Clínica (English)*. 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcle.2018.05.006>
- (4) Tudela Juan BT. Universidad Ricardo Palma. Univ Ricardo Palma. 2019;1–121. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2862>

- (5) Gompertz M, Sedano R. Clinical and endoscopic manifestations in inflammatory bowel disease. *Rev Medica Clin Las Condes*. 2019;30(4):273–82. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.06.002>
- (6) J. Larry Jameson. *Medicina interna de Harrison*. Harrison's Princ Intern Med. 2020;1 e 2(20a).
- (7) Marcelina Da Silva D, Medeiros De Mello J, Carla L, Schneider L, De Mello D, Sant'ana G. Papel da enterografia no diagnóstico da Doença de Crohn. *Arq do Mudi*. 2019 Dec 18 .23(3):104–19. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ArqMudi/article/view/51517>
- (8) Juliao-Baños F, Grillo-A. CF, Pineda LF, Otero-Regino W, Galiano MT, García-Duperly R, et al. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la enfermedad de Crohn en población adulta. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2020 Nov 30;35(Supl. 2):63–200. <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/637>
- (9) De Expertos O, Avellaneda N, Vaingurt M, Muñoz JP, Avellaneda N. Rol de la cirugía para el tratamiento de la enfermedad de Crohn ileocecal en la era de las drogas biológicas. *Rev Argentina Coloproctología* 2021 Feb 15, 32(01). <https://www.revistasacp.com/index.php/revista/article/view/33/121>

Los autores

Luíza Helena Arruda Moura, estudiante de la carrera de medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central del Paraguay.

Maria Eduarda Greter Costa, estudiante de la carrera de medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central del Paraguay.

Mariney Maria de Arruda, estudiante de la carrera de medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central del Paraguay.

- Los autores declaran que el trabajo no recibió financiamiento.
- Los autores declaran no tener conflictos de interés.