



Caso clínico

Manejo integral de enfermedad de Crohn, manifestación inicial con fístulas anales: caso clínico y estrategias terapéuticas

Comprehensive management of Crohn's disease, initial manifestation with anal fistulas: clinical case and therapeutic strategies

Jonathan Enrique Ávalos-Sigala,^{*,†} Josué Israel Olivares-Del Moral,^{*,§} Eric Kaufmann-Ortega,^{*,¶}
Alondra Cuadra-Casillas,^{*,||} Jorge Homero Hurtado-Covarrubias^{*,||}

* Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, México.

† Servicio de Cirugía Colorrectal, Departamento de Cirugía.

§ Servicio de Trasplante, Profesor Titular Cirugía General, Departamento de Cirugía.

¶ Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Departamento de Medicina Interna.

|| Médico residente de Cirugía General, Postgrado de Cirugía General.

RESUMEN

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria intestinal considerada una patología crónica caracterizada por un desorden progresivo inflamatorio, de etiología inflamatoria, multifactorial, con un importante componente autoinmune, puede afectar cualquier segmento del tracto gastrointestinal y es causa de complicaciones del tracto gastrointestinal, las más frecuentes son estenosis de recto, fisuras y fístulas anales. En cuanto a su fisiopatología, las características genómicas de esta enfermedad se caracterizan por la presencia de mutaciones en los genes *ATG16L1*, *IL23R*, *IRGM* y *NOD2* afectando la presencia o ausencia de las bacterias en el intestino. Las estrategias terapéuticas incluyen el uso de agentes inmunosupresores, terapias biológicas y, en ocasiones, intervenciones quirúrgicas, que son fundamentales para el control sintomático y la prevención de complicaciones a largo plazo. Se presenta el caso de un paciente masculino de 44 años de edad con antecedente de hipertensión arterial con presencia de prurito en región perianal seguido por aumento de volumen progresivo dolor e induración, fue referido al servicio de colon y recto por persistencia de sintomatología, donde se decidió su manejo quirúrgico, se realizó drenaje y desbridamiento de

ABSTRACT

*Crohn's disease is an inflammatory bowel disease considered a chronic pathology characterized by a progressive inflammatory disorder, of inflammatory etiology, multifactorial, with an important autoimmune component, it can affect any segment of the gastrointestinal tract, and is the cause of complications of the gastrointestinal tract, the most frequent are rectal stenosis, fissures and anal fistulas. As for its pathophysiology, the genomic characteristics of this disease are characterized by the presence of mutations in the genes *ATG16L1*, *IL23R*, *IRGM* and *NOD2* affecting the presence or absence of bacteria in the intestine. Therapeutic strategies include the use of immunosuppressive agents, biological therapies, and sometimes surgical interventions, which are critical for symptomatic control and prevention of long-term complications. We present the case of a 44-year-old male patient with a history of arterial hypertension with the presence of pruritus in the perianal region followed by progressive increase in volume, pain and induration, referred to the colon and rectum service due to persistence of symptoms, deciding on surgical management where drainage and debridement of abscess is performed, three fistulous tracts were found, colonoscopy was*

Recibido: agosto 2024. Aceptado: noviembre 2024.

Correspondencia: Jonathan Enrique Ávalos-Sigala

E-mail: dr.avalos.sigala@gmail.com

Citar como: Ávalos-Sigala JE, Olivares-Del Moral JI, Kaufmann-Ortega E, Cuadra-Casillas A, Hurtado-Covarrubias JH. Manejo integral de enfermedad de Crohn, manifestación inicial con fístulas anales: caso clínico y estrategias terapéuticas. Rev Mex Coloproctol. 2025; 21 (1): 5-9. <https://dx.doi.org/10.35366/121668>



absceso, se encontraron tres conductos fistulosos. Se solicitó colonoscopia con diagnóstico de probable enfermedad inflamatoria intestinal. Asimismo, presentaba manifestaciones extraintestinales como úlceras aftosas orales recurrentes, artropatía periférica tipo 1, eritema nodoso y anemia normocítica normocrómica, por lo que se decidió inicio de inmunosupresión. El paciente es candidato ideal para terapia con antitumor de necrosis tumoral (TNF, por sus siglas en inglés). Este caso subraya la importancia de un enfoque multidisciplinario para el manejo de la enfermedad de Crohn, integrando tratamiento médico agresivo, intervenciones quirúrgicas expeditas, y seguimiento clínico riguroso para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: enfermedad de Crohn, enfermedad inflamatoria intestinal, complicaciones perianales, manifestaciones extraintestinales, terapia biológica.

requested with a diagnosis of probable inflammatory bowel disease, and extraintestinal manifestations such as recurrent oral aphthous ulcers, peripheral arthropathy type 1, erythema nodosum and normochromic normocytic anemia, it was decided to initiate immunosuppression. The patient is an ideal candidate for antitumor necrosis factor (TNF) therapy. This case underscores the importance of a multidisciplinary approach to the management of Crohn's disease, integrating aggressive medical treatment, expedited surgical interventions, and rigorous clinical follow-up to improve clinical outcomes and patient quality of life.

Keywords: Crohn's disease, inflammatory bowel disease, perianal complications, extraintestinal manifestations, biologic therapy.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chron es una enfermedad inflamatoria intestinal considerada una patología crónica caracterizada por un desorden progresivo inflamatorio, de etiología inflamatoria, multifactorial, con un importante componente autoinmune.¹ La enfermedad de Chron puede afectar cualquier segmento del tracto gastrointestinal, desde la cavidad oral hasta el ano.¹ Esta patología tiene un impacto importante con respecto a la reducción de la calidad de vida y es causa de complicaciones del tracto gastrointestinal, las más frecuentes son estenosis de recto, fisuras y fístulas anales, debutando con complicaciones sépticas abdominales o anorrectales.² La prevalencia de cáncer colorrectal en enfermedad de Chron es de 5%, con una prevalencia de 15% en pacientes con enfermedades avanzadas.² En cuanto a su fisiopatología, las características genómicas de esta enfermedad se caracterizan por la presencia de mutaciones en los genes ATG16L1, IL23R, IRGM y NOD2 afectando la presencia o ausencia de las bacterias en el intestino. Alrededor de 30% se relaciona significativamente con la amplia cadena del genoma humano, contando con más de 200 genes relacionados con la patología.³

Los factores ambientales también desempeñan un papel importante en su desarrollo, el tabaquismo, la dieta alta en carbohidratos y harinas refinadas y la microbiota intestinal; en esta patología encontramos una reducción significativa de los bacteroidetes que corresponde a 90% de la microbiota intestinal normal y han sido señalados como posibles desencadenantes o exacerbadores de la inflamación intestinal en la enfermedad de Crohn. Específicamente, el tabaquismo se ha identificado como un factor de riesgo importante para el desarrollo de la enfermedad y puede influir negativamente en su curso, aumentando la gravedad de los síntomas y la necesidad de intervenciones terapéuticas más agresivas. Por lo tanto, comprender los

factores de riesgo asociados con la enfermedad de Crohn es crucial para identificar a las personas en riesgo e implementar estrategias preventivas para reducir la incidencia y gravedad de la enfermedad.

Con respecto a la microbiota intestinal, se ha identificado que en la población sana se presenta mayor diversidad y expansión de su microbiota en comparación con las personas diagnosticadas con enfermedad de Crohn.⁴ Algunas de las morbilidades asociadas con esta enfermedad inflamatoria intestinal son: osteoporosis, patologías hepáticas, así como el incremento de su incidencia con enfermedades cardiovasculares. La presencia de comórbidos se comenta asociada a complicaciones,

Tabla 1: Estudio bacteriológico con antibiograma de la secreción purulenta de fístula anal. Resultado positivo para *Escherichia coli*.

Antibiótico	Sensibilidad	
Amikacina	2	Sensible
Ampicilina/sulbactam	≤ 2	Sensible
Cefalotina	32	Resistente
Cefepima	≤ 0.12	Sensible
Ceftazidima	≤ 0.12	Sensible
Ceftriaxona	≤ 0.25	Sensible
Ciprofloxacino	≥ 4	Resistente
Ertapenem	≤ 0.12	Sensible
Fosfomicina	≤ 16	Sensible
Gentamicina	≤ 1	Sensible
Meropenem	≤ 0.25	Sensible
Nitrofurantoína	≤ 16	Resistente
Norfloxacino	≥ 16	Sensible
Trimetoprima/sulfametoxazol	≤ 20	Sensible

BLEE = Beta lactamasa de espectro extendido. MIC = Concentración mínima inhibitoria (µg/mL).

incrementando así la morbilidad y mortalidad asociada a la patología de Chron; sin embargo, la identificación temprana y adecuado tratamiento puede disminuir las complicaciones de esta patología.⁵

El tratamiento de la enfermedad de Crohn presenta numerosos desafíos debido a la complejidad de su fisiopatología y la variabilidad en la respuesta a los medicamentos disponibles.⁶ Las estrategias terapéuticas incluyen el uso de agentes inmunosupresores, terapias biológicas y, en ocasiones, intervenciones quirúrgicas, que son fundamentales para el control sintomático y la prevención de complicaciones a largo plazo.⁷ No obstante, la elección del tratamiento debe ser individualizada, considerando la severidad de la enfermedad, la presencia de comorbida-

des y las preferencias del paciente. Además, un monitoreo continuo es esencial para evaluar la eficacia terapéutica y realizar ajustes terapéuticos oportunos.

PRESENTACIÓN DE CASO

Hombre de 44 años de edad con antecedente de hipertensión arterial de tres años de evolución en tratamiento con Losartán 50 mg cada 12 horas; inicia su padecimiento actual con un año de evolución con presencia de prurito en región perianal seguido por aumento de volumen progresivo dolor e induración, con diagnóstico inicial de hemorroides externas, siendo manejado en primer nivel de atención con tratamiento sintomático, sin mejoría, dre-

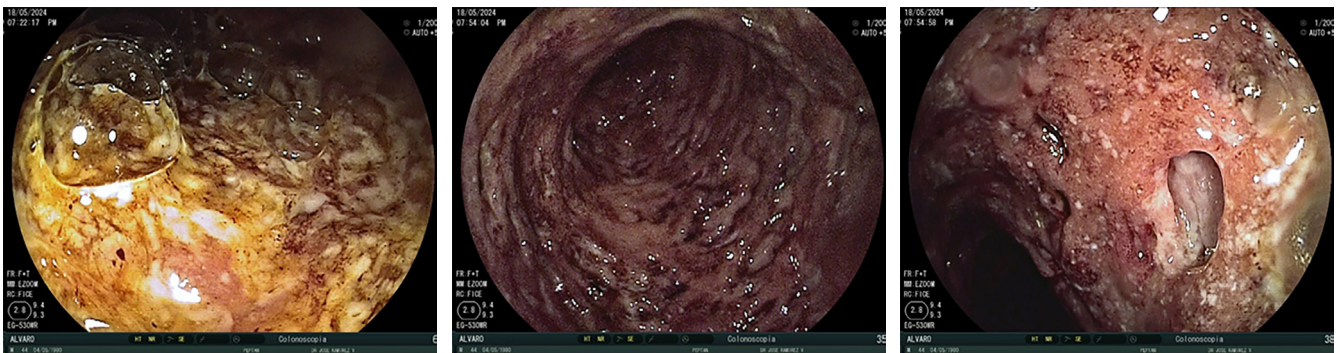


Figura 1: Hallazgos de colonoscopia con actividad inflamatoria grave a nivel de sigmoides y recto.

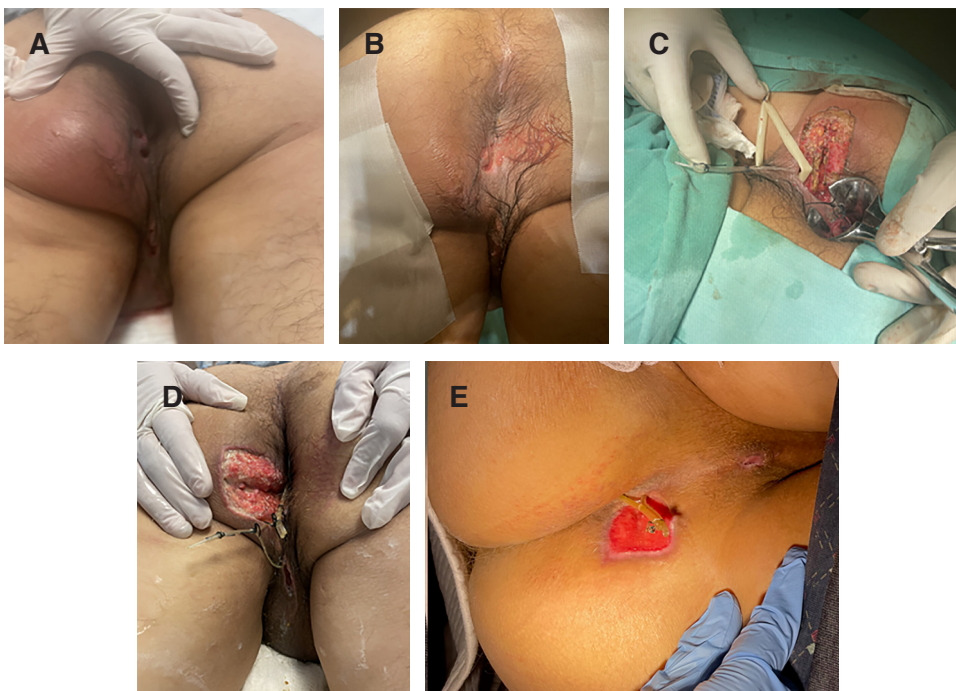
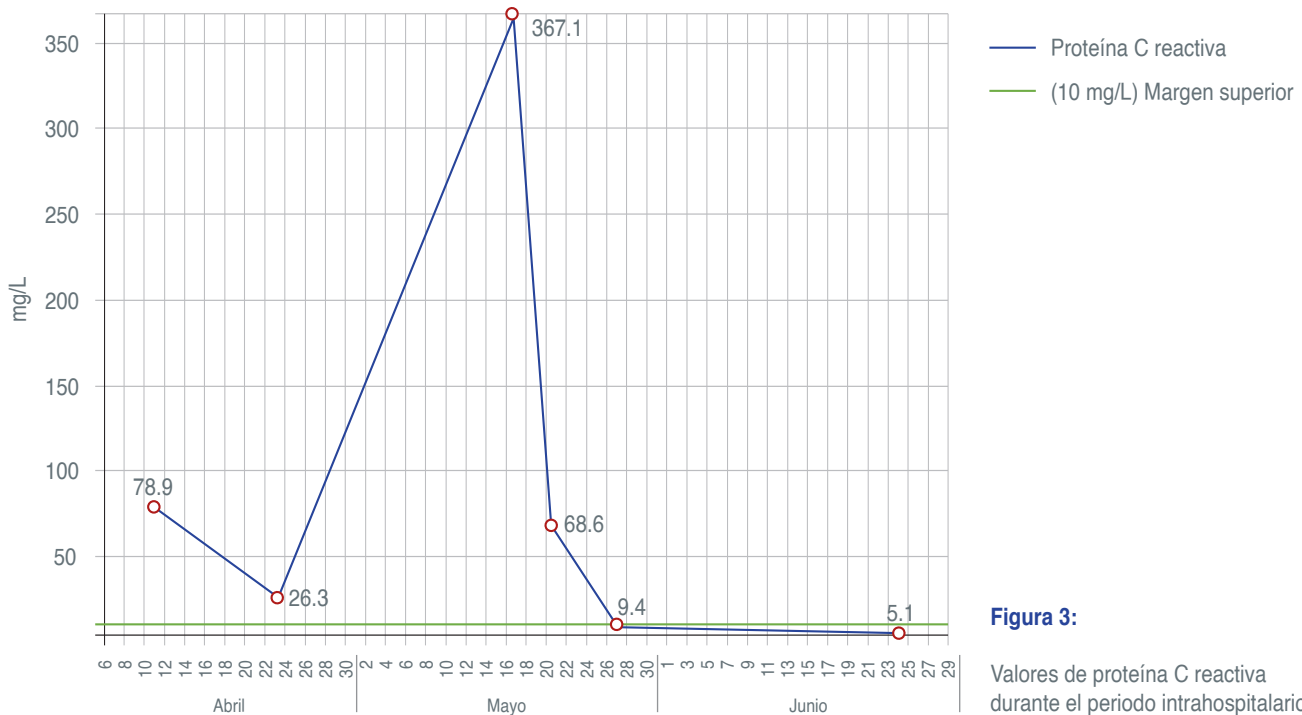


Figura 2:

- A)** Paciente al ingreso hospitalario.
- B)** Prequirúrgico.
- C)** Transquirúrgico.
- D)** Postquirúrgico inmediato.
- E)** Un mes postquirúrgico con tratamiento médico quirúrgico por parte de gastroenterología y proctología.


Figura 3:

Valores de proteína C reactiva durante el periodo intrahospitalario.

naje espontáneo de absceso. Referido al servicio de colon y recto por persistencia de sintomatología. Encontrando al paciente con aumento de volumen en zona perianal e isquioanal izquierda decidiendo su manejo quirúrgico donde se realiza drenaje y desbridamiento de absceso, se encuentran tres conductos fistulosos a nivel de fosa isquiorrectal, isquioanal e isquioperineal, como hallazgos al introducir el anoscopio se observa una mucosa rectal con cambios inflamatorios y sangrado, en «patrón de empedrado», se prosigue a localizar cripta y se drenan 10 mL de material purulento, los cuales se envían a cultivo, con resultado positivo a *E. coli* (Tabla 1), se localizan fístulas y se realiza desbridamiento de fosa isquiorrectal, se colocan dos setones con sonda silastic de 5 fr en conducto fistuloso isquioanal e isquioperineal y un penrose de 5/16 en fístula perineal. Se ingresa al servicio de cirugía y se toman laborales iniciales 14/05/24: glucosa 97, nitrógeno ureico (BUN) 12, urea 25.7, Creatinina (Cr) 1.10, Na 138, K 3.8, Cl 105, P 4.8, Mg 1.8, Ca 8.7, Hemoglobina (Hg) 12.5, hematocrito 38.8, plaquetas 308, leucocitos 10, neutrófilos 69, tiempo de Protrombina (TP) 14, tiempo de tromboplastina parcial (TTP) 34, índice internacional normalizado (INR) 1.27, y se inicia con antibioticoterapia a base de ceftriaxona y metronidazol.

Con dichos hallazgos transoperatorios se solicita colonoscopia (Figura 1) con diagnóstico de probable enfermedad inflamatoria intestinal E2 de Montreal, seis puntos en escala de severidad, (A3 L² B3p con actividad grave).

La enfermedad evoluciona hacia enfermedad perianal fistulizante complicada con absceso isquiorrectal anterior izquierdo y manifestaciones extraintestinales como úlceras aftosas orales recurrentes, artropatía periférica tipo 1, eritema nodoso y anemia normocítica normocrómica, con lo que se decide inicio de inmunosupresión con inducción a la remisión con hidrocortisona 100 mg IV cada 6 horas + azatioprina 50 mg QD para posteriormente iniciar mesalazina 1.2 g cada 24 horas.

El paciente es candidato ideal para terapia con antifactor de necrosis tumoral (TNF por sus siglas en inglés) por el fenotipo agresivo de la enfermedad, presenta un caso grave de enfermedad de Crohn, una enfermedad inflamatoria crónica del tracto gastrointestinal con manifestaciones extraintestinales, no se tiene estudios radiográfico y complicaciones locales, como absceso isquiorrectal, contando con historial previo incluyendo así intervención quirúrgica para drenaje de absceso con colocación de setones debido a fístulas isquiorrectales (Figura 2).

Como parte del seguimiento se observó mejoría en parámetros hematológicos con aumento en hemoglobina y plaquetas, además de reducción en cifras de proteína C reactiva (PCR) (Figura 3). Clínicamente, el paciente mostró disminución en la frecuencia de evacuaciones y mejor tolerancia dietética.

Este caso subraya la importancia de un enfoque multidisciplinario para el manejo de la enfermedad de Crohn, integrando tratamiento médico agresivo, intervenciones quirúrgicas

expeditas, y seguimiento clínico riguroso para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida del paciente.

DISCUSIÓN

El manejo óptimo de la enfermedad de Crohn implica un enfoque integrado que combine tratamientos farmacológicos efectivos con intervenciones quirúrgicas cuando sea necesario, atención nutricional especializada y monitoreo clínico regular.⁸ La individualización del tratamiento es crucial debido a la variabilidad en la presentación clínica y la respuesta a la terapia. El seguimiento a largo plazo es esencial para evaluar la eficacia del tratamiento, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente.⁹

Uno de los criterios para distinguir la colitis ulcerativa de la enfermedad de Chron es la inflamación superficial versus la transmural, es necesaria la biopsia colónica inicial y la profundidad de la ulceración. Los pacientes con afectación colónica aislada demuestran menor número de características microscópicas importantes de la enfermedad de Chron, siendo el diagnóstico a una mayor edad, menor duración de los síntomas de colitis y mayor proporción de colitis subtotal, total y del lado izquierdo y enfermedad proximal más grave que la distal, es necesario correlacionar los hallazgos clínicos, histopatológico, radiológicos, endoscópicos y serológicos, además de valorar los indicios de enfermedad de Chron atípicos en la presentación inicial.⁴

Se correlaciona con nuestro paciente ya que debuta de manera atípica con presencia de fístulas anales, a pesar que la enfermedad de Chron perianal ocurre casi en 40% y que posteriormente se agrega diarrea e inmunosupresión, por hallazgos transquirúrgicos se sugirió la probabilidad de diagnóstico de Chron; sin embargo, se dio el diagnóstico definitivo al presentar el resultado de la colonoscopia y se aborda con gastroenterología para un manejo integral. El manejo endoscópico es obligatorio de tres a seis meses, cada vez que se inicia o se modifica algún tratamiento en especial cuando se utiliza un agente biológico.⁴

CONCLUSIONES

La enfermedad de Crohn representa un desafío clínico significativo debido a su compleja etiología y variabilidad en la presentación clínica. Un enfoque multidisciplinario que incluya gastroenterología, cirugía, nutrición y cuidados especializados es fundamental para optimizar los resultados clínicos y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados. Avances en la comprensión de su patogénesis

y el desarrollo de terapias dirigidas prometen mejorar el manejo a largo plazo y reducir la carga de esta enfermedad crónica debilitante.

REFERENCIAS

1. Urquhart SA, Ewy MW, Flicek KT, Fidler JL, Sheedy SP, Harmsen WS et al. Clinical and radiographic characteristics in segmental colitis associated with diverticulosis, diverticulitis, and Crohn's disease. *Gastro Hep Adv.* 2024; 3 (7): 901-909. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.gastha.2024.06.002>
2. Kotsafti A, Scarpa M, Angriman I, Castagliuolo I, Caruso A. Fistula-related cancer in Crohn's disease: a systematic review. *Cancers* 2021; 13: 1445. Available in: <https://doi.org/10.3390/cancers13061445>
3. Jacobs JP, Goudarzi M, Lagishetty V, Li D, Mak T, Tong M et al. Crohn's disease in endoscopic remission, obesity, and cases of high genetic risk demonstrates overlapping shifts in the colonic mucosal-luminal interface microbiome. *Genome Med.* 2022; 14 (1): 91. Available in: <https://doi.org/10.1186/s13073-022-01099-7>
4. Ali MZ Sr, Tariq MU, Abid MH, Abdulaziz H, AlAdwani M, Khurshid A et al. A case report and literature review of rectosigmoid Crohn's disease: a diagnostic pitfall ultimately leading to spontaneous colonic perforation. *Cureus.* 2023; 15 (3): e36941. doi: 10.7759/cureus.36941.
5. Popivanov G, Stoyanova D, Konaktchieva M, Cirocchi R, Penchev D, Kjossev K et al. Crohn's disease complicated by ileosigmoid fistula-synchronous resection or primary sigmoid repair, one or two-stage procedure? A systematic review of the literature and prospective case series. *Folia Med (Plovdiv).* 2020; 62 (4): 703-711. doi: 10.3897/folmed.62.e49517.
6. Singh S, Facciorusso A, Dulai PS, Jairath V, Sandborn WJ. Comparative risk of serious infections with biologic and/or immunosuppressive therapy in patients with inflammatory bowel diseases: a systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2020; 18 (1): 69-81.e3
7. Ishimaru K, Tominaga T, Nonaka T, Fukuda A, Moriyama M, Oyama S, et al. Colorectal cancer in Crohn's disease: a series of 6 cases. *Surg Case Rep.* 2021; 7 (1): 152. Available in: <https://doi.org/10.1186/s40792-021-01237-0>
8. Moula FZB, Azzouz L, Youssef I, Zakaria EM, Arsalan O, Malki HOE et al. Rectal cancer - an unrecognised complication of Crohn's disease: case report. *SAS Journal of Surgery.* 2022; 8 (9): 588-590. Available in: <https://doi.org/10.36347/sasjs.2022.v08i09.002>
9. Lightner AL, Vogel JD, Carmichael JC, Keller DS, Shah SA, Mahadevan U et al. The American Society of Colon and rectal surgeons clinical practice guidelines for the surgical management of Crohn's disease. *Dis Colon Rectum.* 2020; 63 (8): 1028-1052. Available in: <https://doi.org/10.1097/dcr.0000000000001716>