Monográfico con Jornadas del Grupo Andaluz de Coloproctología

Enfermedad de Crohn ileal fistulizante compleja ¿podemos modificar su historia natural?

Complex fistulizing ileal Crohn´s disease: can we modify its natural history?

Segura Jiménez I*, Santidrián Zurbano M, Sánchez Arco AM, Fernández Baeza M, Conde Muiño R*, Pérez Durán C*, Torres Alcalá JT*

*Sección de Cirugía Colorrectal
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

INTRODUCCIÓN

La elección del momento ideal para la cirugía de la enfermedad de Crohn fistulizante continúa siendo una decisión compleja en la que hay que sopesar los beneficios clínicos de los nuevos tratamientos biológicos; al mismo tiempo, debemos tener presente el riesgo de deterioro nutricional y de complicaciones infecciosas en aquellos pacientes que no presenten la respuesta que deseamos, y que por tanto van a tener un mayor riesgo de complicaciones postoperatorias.

En las XI jornadas del Grupo Andaluz de Coloproctología celebradas en Almería el pasado mes de noviembre tuvimos la oportunidad de presentar el caso de un paciente tratado en nuestro hospital.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 40 años con antecedentes personales de dermatitis atópica, hiperreactividad bronquial, fumador y cirugía de absceso perianal en 2011. Tras más de un año de diarrea, molestias abdominales inespecíficas e importante pérdida de peso se diagnostica en el 2014 de enfermedad de Crohn A2 L1/L3 B1. En enema opaco se describe íleon terminal distorsión pliegues, pseudopólipos, defectos de repleción y rigidez, signos sugerentes de ileitis terminal **(Figura 1)**.

CORRESPONDENCIA
Inmaculada Segura Jiménez
Hospital Universitario Virgen de las Nieves.
18014 Granada
inmaculadasegurajimenez@gmail.com

XREF

Figura 1
Enema opaco.

CITA ESTE TRABAJO
Segura Jiménez I, Santidrián Zurbano M, Sánchez Arco AM, Fernández Baeza M, Conde Muiño R, Pérez Durán C, Torres Alcalá JT. Enfermedad de Crohn ileal fistulizante compleja ¿podemos modificar su historia natural? Cir Andal. 2025;36(2):116-119.DOI: 10.37351/2025362.12

En este momento se inició tratamiento con Mesalazina y Prednisona en pauta descendente, presentando buen control de los síntomas hasta septiembre de 2015, cuando precisa ingreso por brote moderado que se trata con Ciprofloxacino y Metronidazol y queda con Mesalazina y Azatioprina de mantenimiento. En Ecografía en Resonancia Magnética (RM) presenta importante engrosamiento de la pared del ciego y del ileon, con marcada hiperemia, cambios inflamatorios en la grasa del meso y al menos dos trayectos fistulosos con gas en su interior, uno ileo ileal y otro entre el ileon y una colección anfractuosa de 2 x 2 cm **(Figuras 2 y 3)**.

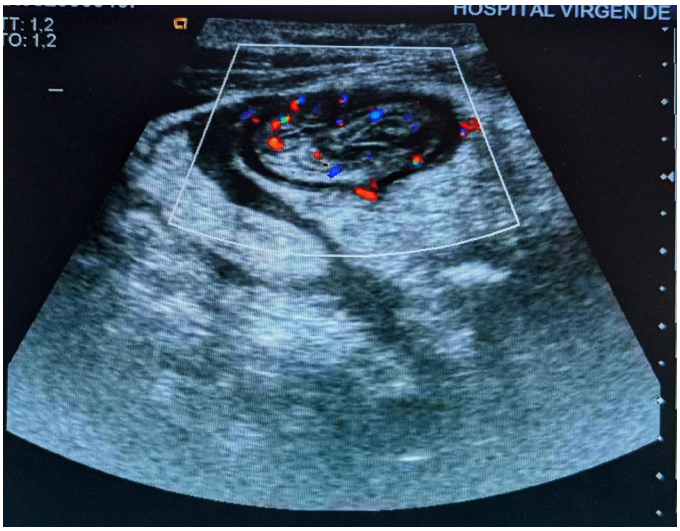

Figura 2
Afectación inflamatoria ileal y fístulas entero entéricas.

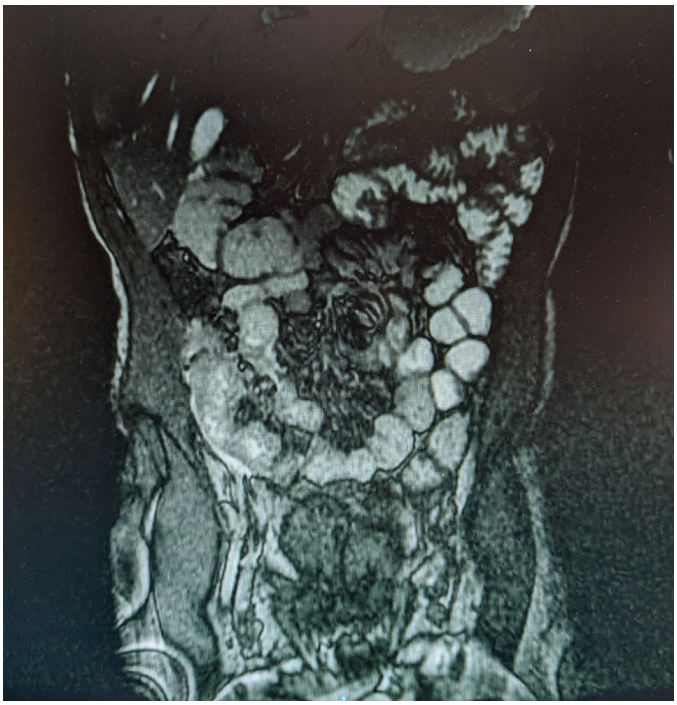

Figura 3
Afectación inflamatoria ileal y fístulas entero entéricas.

Tras control clínico inicial, presenta nuevos episodios similares por lo que inicia tratamiento biológico con Adalimumab con mejor control de los síntomas hasta el 2018, cuando precisa nuevo ingreso; en este momento presentaba importante deterioro del estado general, con desnutrición y trastornos meatabólicos cuya normalización fue difícil (hipocalcemia, hipopotasemia e hipomagnsemia). En Tomografía Computarizada (TC) presentaba afectación inflamatoria del ileon con áreas de invaginación ielo ileal y colección adyacente al polo inferior del bazo **(Figuras 4 y 5)**.

Figura 4
Tomografía computarizada. Invaginación ileo ileal y dilatación proximal.

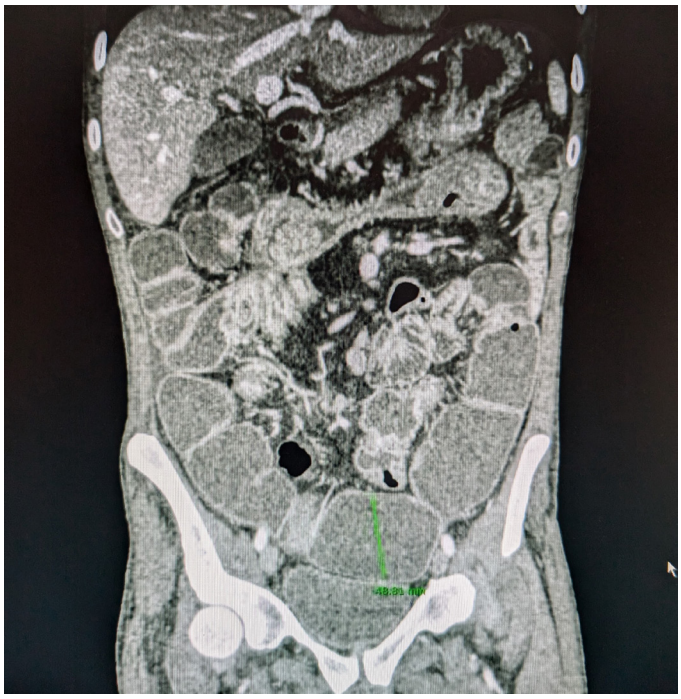

Figura 5
Tomografía computarizada. Invaginación ileo ileal y dilatación proximal.

Tras la optimización nutricional y del medio interno en lo posible dentro de la situación aguda, se programó cirugía, hemicolectomía derecha e ileostomía terminal. El paciente presentó un postoperatorio tórpido con dos reintervenciones por fístula duodenal.

Tras la recuperación y control de la enfermedad con tratamiento con Adalimumab , al año se realizó reconstrucción del tránsito, precisando resección del colon transverso e izquierdo por afectación inflamatoria no descrita en la colonoscopia, se realizó anastomosis ileosigmoidea..

Tras un postoperatorio inmediato sin incidencias, el paciente reingresa al mes con un absceso intraabdominal y una fístula enteroutánea de bajo débito que se origina en la anastomosis **(Figuras 6 y 7)**.

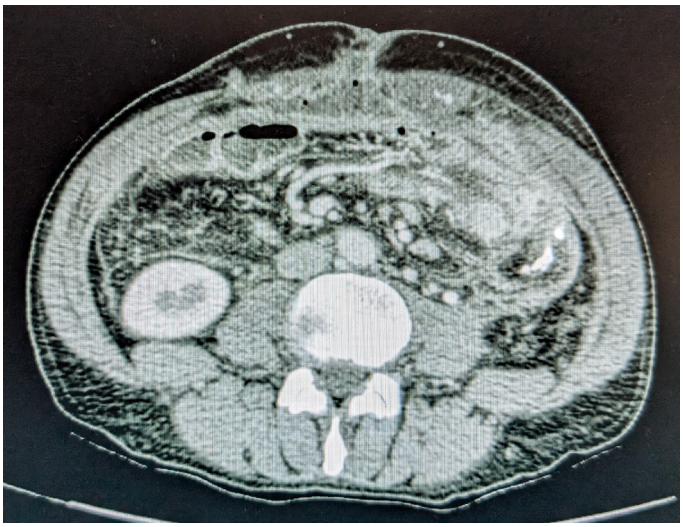

Figura 6
Absceso intraabdominal y fístula enterocutánea.

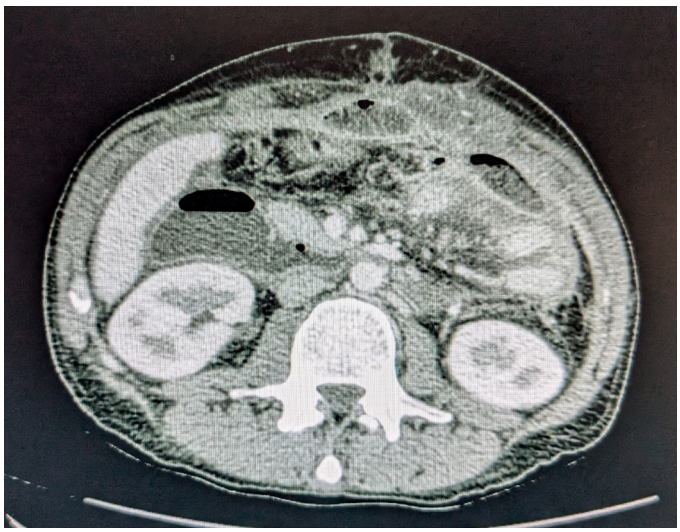

Figura 7
Absceso intraabdominal y fístula enterocutánea.

Se realizó drenaje del absceso y tratamiento conservador de la fístula sin conseguir su cierre, por lo que se programó para ileostomía. A los 4 años el paciente presentaba un importante prolapso de la ileostomía **(Figura 8)** y había precisado numerosos ingresos por hiopcalcemia e hipomagnesemia por pérdidas digestivas a pesar del tratamiento por Nutrición.

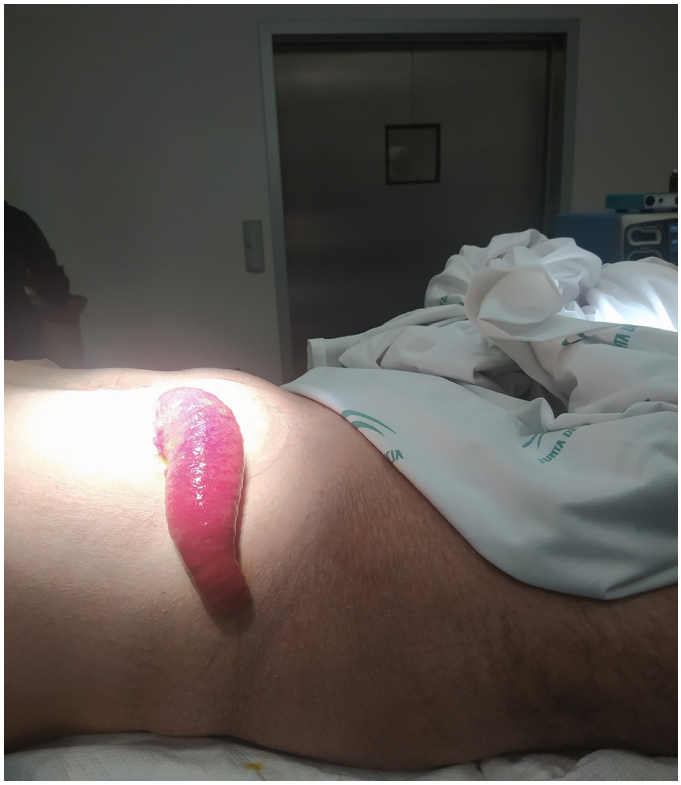

Figura 8
Prolapso de la ileostomía.

Se programó nueva cirugía, realizando nueva anastomosis ileosigmoidea. El paciente mejoró nutricionalmente, disminuyendo los requerimientos de calcio y magnesio.

A los 5 meses precisó nuevo ingreso por importante absceso perianal y de la pared abdominal **(Figuras 9 , 10 y 11)**, realizando drenaje de loas mismos. Actualmente presenta de nuevo fístula enterocutánea de bajo débito que se trata con bolsas colectoras y se ha intensificado el tratamiento biológico.

CONSIDERACIONES FINALES

El manejo multidisciplinar por un equipo de cirujanos, digestivos, radiólogos y nutricionistas con experiencia en el tratamiento de estos pacientes es especialmente importante en aquellos con enfermedad de Crohn fistulizante compleja y con complicaciones postoperatorias.

En determinados pacientes, los cirujanos podemos modificar sustancialmente la evolución de la enfermedad; sin embargo, en otros pacientes solo conseguimos modificar discretamente la evolución de la enfermedad y controlar las complicaciones que se presentan.

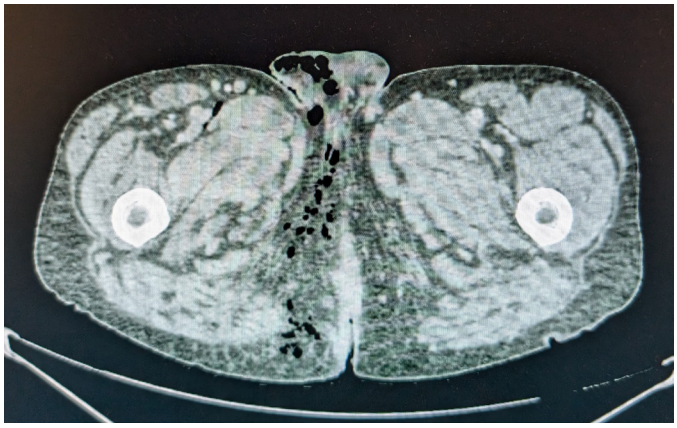

Figura 9
Absceso isquiorrectal.

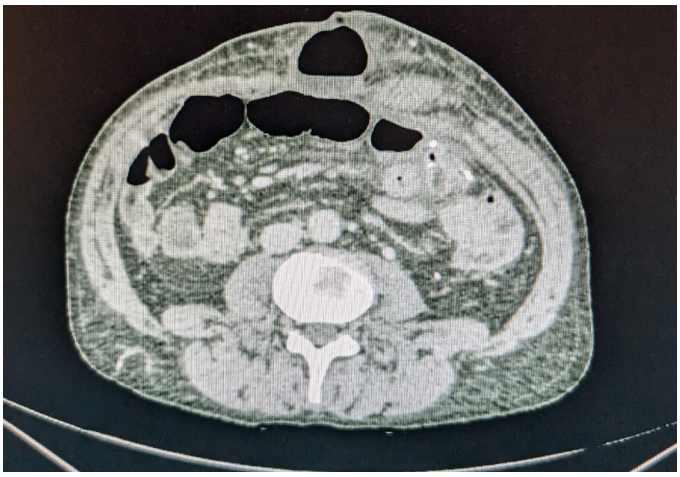

Figura 10
Absceso de pared abdominal.

Figura 11
Fístula enterocutánea.