



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-363 - FÍSTULA GLÚTEO-PIRIFORME EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN FENOTIPO PENETRANTE. MANEJO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEFINITIVO

A. Moreno Arciniegas¹, V. Vega Ruíz¹, A. Camacho Ramírez¹, M.Á. Conde Sánchez¹, J. González Outon¹, F. Correro Aguilar², A. Abalde Bechiareli² y R. Vega González³

¹Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz. ²Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ³Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: En la patocronía de la enfermedad de Crohn (EC) fenotipo fistulizante, un tercio de los pacientes van a presentar una fístula intestinal interna. Dentro de ésta variante, las fístulas enterocutáneas espontáneas son infrecuentes. Se presenta un caso de EC con una fístula enterocutánea espontánea (FECE) de trayecto gluteopiriforme. Se analizan el algoritmo diagnóstico y la propuesta terapéutica.

Caso clínico: Paciente de 25 años con antecedentes de tabaquismo y diagnosticado de enfermedad de Crohn (EC) desde hace 3 años. Presenta orificio fistuloso externo en cuadrante supero externo de glúteo derecho, con supuración continua y cuadros febriles, dado tratamiento prolongado antibiótico sin mejoría. Al año añade dolor nocturno en pierna, glúteo y cadera derecha, dolor tipo cólico en fosa iliaca derecha, y episodios esporádicos de secreción purulenta por el recto. A la exploración buen estado general, afebril, abdomen sin hallazgos. En glúteo derecho orificio fistuloso externo localizado en cuadrante supero externo, el paciente es derivado desde otro centro hospitalario a nuestra Unidad de Enfermedad Inflamatoria (UEIC) para valoración clínico-quirúrgica. La colonoscopia se mostró afectación de recto superior a 10 cm del margen anal, sin progresión a más de 20 cm. Enema opaco y tránsito intestinal mostraron afectación del íleon terminal con patrón mixto fistulizante-estenotante. TAC abdominal y posterior resonancia magnética que muestra extensa área flemonosa presacra apreciándose tres abscesos de pequeño tamaño que se extiende hacia la musculatura glútea derecha relacionada con fístula enterocutánea abierta hacia glúteo mayor derecho y músculo piriforme con signos de osteomielitis sacra. Tras el fracaso a tratamiento médico, y análisis del caso por la UEIC se propone intervención quirúrgica. Hallazgos intraoperatorios: enfermedad ileocecal con asa extensa de íleon que se dirige a pelvis menor conformando bloque inflamatorio con el sacro, vejiga y recto. Tras seguir el trayecto del asa terminal, la misma se dirige hacia el agujero obturador y piriforme derecho. Se canaliza trayecto fistuloso glúteo derecho con tutor de Lockard-Mummery que se comunica con el asa pélvica. Se realiza resección del asa ileal comprometida, legrado del trayecto fistuloso y hemicolectomía derecha. Postoperatorio favorable con alta clínica al 4º día manteniendo cobertura antibiótica domiciliaria y seguimiento por la UEIC. Anatomía patológica definitiva: EC con bordes de resección libre de enfermedad.

Discusión: La FECE es una patología rara, con incidencia de 0,3% de pacientes con EC, de localización más frecuente en íleon distal. Sólo el 30% de éstos pacientes no requieren tratamiento quirúrgico y de ellos el 100% presentan cierre completo del trayecto fistuloso, requiriendo terapia biológica al alta para evitar recurrencia. La EC presenta en su curso evolutivo y patrón penetrante, fístulas internas en ocasiones de muy

difícil diagnóstico y resolución, tenemos que pensar en la presencia de las mismas ante el paciente que presenta cuadros de dolor abdominal intermitente y aparición de orificios fistulosos externos con actividad inflamatoria. Aunque inicialmente el tratamiento debe ser médico (si no hay abscesos intra-abdominales) mediante terapia inmunosupresora y biológica; en más de un tercio de pacientes va a requerir tratamiento quirúrgico para su resolución definitiva.