



www.elsevier.es/cirugia

P-331 - ENFERMEDAD DE CROHN CON PATOLOGÍA PERIANAL RECIDIVANTE ¿PREDISPOSICIÓN PARA CCR?

Giménez Maurel, Teresa; Genzor Ríos, Sixto Javier; Martínez Germán, Antonio; Santero Ramírez, María Pilar; Oliver Guillén, José Ramón; Beltrán Martos, María; Talal El Abur, Issa; Monzón Abad, Andrés

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción: Aunque la patología fistulosa anal es muy común en la enfermedad de Crohn (EC), rara vez sufre degeneración maligna. La asociación entre carcinoma colo-rectal (CCR) y EC está en torno al 5% y el riesgo de que surja sobre una fístula es de 0,3-0,7%. El CCR originado a partir de una fístula es infrecuente, de difícil caracterización y su etiología y comportamiento a seguir, siguen siendo un tema a debatir. El más frecuente es el adenocarcinoma, seguido del carcinoma epidermoide.

Caso clínico: Varón, 45 años. Ingresa en marzo'07 en Servicio de Cirugía por oclusión intestinal asociada a pérdida de peso y diarreas en últimos meses. Se realiza resección ileo-cólica. El estudio anatomo-patológico (AP) informa de segmento de íleon y ciego afecto por EC. Reingreso en abril'10 por absceso perianal. La TC muestra marcado engrosamiento de fascia meso-rectal y pared de recto distal y medio, con absceso en herradura. Drenaje percutáneo fallido, por lo que se realiza drenaje quirúrgico. Postoperatorio tórpido, se solicita RMN que informa de trayecto fistuloso trans-esfinteriano de tercio inferior de canal anal asociado a absceso inter-esfinteriano en herradura. Nuevo drenaje quirúrgico. En abril'12 y enero'13 nuevos reingresos por absceso perianal realizándose en ambos drenaje y desbridamiento. La AP en todos los casos fue de fibrosis secundaria a fístula perianal. Nuevo ingreso en junio'13 por absceso perianal que se drena y en esta ocasión AP informa de adenocarcinoma de colon Infiltrante. Se completa estudio con RMN, TC y colonoscopia neoplasia de recto a 8 cm de margen anal, que sobrepasa pared rectal y extiende hacia grasa meso-rectal (T3N0M0). En julio'13 se realiza amputación abdominoperineal. AP de adenocarcinoma convencional de bajo grado con intensa fibrosis que invade capa muscular, meso-recto. No invasión vascular. Sí perineural (T3N0M0, R1), originado sobre EC. Se propone tratamiento adyuvante con QT+RT, pero en estudio previo al inicio del tratamiento se objetiva aumento del CEA. Se solicita TC que objetiva desestructuración anatómica del recto, incluida la grasa meso-rectal y fosas isquio-rectales con adenopatías que ascienden hasta zona paraaórtica. Conclusión: recidiva local y regional de adenocarcinoma rectal.

Discusión: Debemos mantener un alto índice de sospecha de malignidad en caso de fístula perianal recidivante, pese a la existencia de biopsias negativas previas. Los estudios relevantes sobre el tema son escasos, pero coinciden en realizar un seguimiento exhaustivo en pacientes con EC con historia de patología perianal recidivante de larga evolución, con colonoscopias y medición de marcadores tumorales periódicas. Se ha demostrado que, el CCR sobre EC tiene una edad de presentación más temprana, un comportamiento agresivo y que los resultados tras el tratamiento quirúrgico son pobres. Algunos estudios recomiendan la amputación perineal profiláctica en pacientes con enfermedad perineal severa. Respecto al desarrollo de Adenocarcinoma, se baraja la teoría de que el revestimiento epitelial del trayecto fistuloso sufra una

transformación adenomatosa que más tarde degenera, pero se necesitan muchos más estudios sobre el tema para poder definir una etiología, así como los pasos a seguir para la prevención y tratamiento de esta patología.