

# Utilidad de la ecografía anorrectal en la enfermedad de Crohn perianal

F. de la Portilla\*, R. Alós\*\*, A. Solana\*\*, E. Buch\*\*, J.V. Roig\*\* y G. Carranza\*

\*Servicio de Cirugía. Unidad de Coloproctología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. \*\*Servicio de Cirugía. Unidad de Coloproctología. Hospital de Sagunto. Valencia.

## Resumen

**Introducción.** La ecografía anorrectal (EAR) es una exploración sencilla, cuyo valor en el diagnóstico de la patología anorrectal está altamente contrastado en la bibliografía. El propósito de este estudio ha sido examinar la utilidad de la EAR en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) intestinal que presentan algún tipo de manifestación perianal de su enfermedad.

**Material y métodos.** Entre octubre de 1996 y febrero de 1999 se han realizado un total de 18 EAR en 16 pacientes diagnosticados de EC intestinal y con sospecha clínica de presentar algún proceso anorrectal. Utilizamos un ecógrafo B&K Medical con un transductor rotatorio de 360°. El motivo más frecuente de petición de EAR fue la valoración de proctalgia de etiología incierta (5 casos, 28%). Otros motivos fueron: fistulas anales (4 casos, 22%), sospecha de absceso anal (3 casos, 17%), control evolutivo (3 casos, 17%), incontinencia fecal (2 casos, 11%) y sepsis perianal (un caso, 6%).

**Resultados.** La orientación diagnóstica del clínico coincidió con los hallazgos ecográficos en 12 casos (67%). Una imagen compatible con absceso fue reconocida en 10 casos (55%), dos de ellos ya sospechados clínicamente y los otros ocho fueron hallazgos asociados fundamentalmente a fistulas y proctalgiás de etiología no filiada. Se detectaron defectos esfinterianos en los 2 casos de incontinencia fecal y en otros 2 pacientes fue un hallazgo casual. En el caso de las fistulas anorrectales la EAR permitió conocer de modo más preciso la relación de las mismas con los esfínteres.

**Conclusiones.** La EAR es de gran utilidad en la EC perianal ya que es capaz de detectar con precisión los defectos esfinterianos y los abscesos anales, motivo por el que resulta de gran valor en el caso de proctalgiás o abscesos no sospechados clínicamente. Creemos que la EAR debe ser realizada después del examen rectal, la rectoscopia o la colonoscopia en estos enfermos.

**Palabras clave:** Enfermedad de Crohn perianal. Ecografía anorrectal.

(Cir Esp 2001; 69: 459-462)

## UTILITY OF ANORECTAL ECHOGRAPHY IN PERIANAL CROHN'S DISEASE

**Introduction.** Anorectal echography is a simple procedure whose diagnostic value in anorectal diseases has been much discussed in the medical literature. The aim of this study was to appraise the utility of anorectal echography in patients with Crohn's disease with some perianal involvement.

**Material and methods.** Between October 1996 and February 1999 we carried out 18 anorectal echographies in 16 patients with perianal Crohn's disease who were suspected of having anorectal involvement. We used a B&K Medical echograph with a 360° rotatory transducer. The most frequent indication for anorectal echography was proctalgia of unknown origin (5 patients, 28%). Other indications were anal fistulas in 4 patients (22%), suspected anal abscess in 3 (17%), follow-up in 3 (17%), fecal incontinence in 2 (11%), and perianal sepsis in 1 (6%).

**Results.** Clinical diagnosis coincided with echographic findings in 12 patients (67%). An image highly suggestive of an abscess was found in 10 cases, two of which had already been suspected clinically, whereas 8 others were incidental findings associated mainly with fistulas and proctalgiás of unrelated causes. Sphincter defects were found in two patients with fecal incontinence, and in a further two as an incidental finding. Anorectal echography enabled a more exact understanding of the relationship between anorectal fistulas and sphincters.

**Conclusions.** Anorectal echography is highly useful in Crohn's disease with perianal involvement owing to precise detection of sphincter defects and anal abscesses. It has, therefore, great diagnostic value in evaluating proctalgiás and in detecting unsuspected abscesses. In our opinion anorectal echography should be carried out after rectal examination and rectoscopy or colonoscopy in patients with perianal Crohn's disease.

**Key words:** Perianal Crohn's disease. Anorectal echography.

Correspondencia: Dr. F. de la Portilla.  
Servicio de Cirugía. Unidad de Coloproctología.  
Hospital Juan Ramón Jiménez.  
Ronda Norte, s/n. 21005 Huelva.

Aceptado para su publicación en noviembre del 2000.

## Introducción

La afección perianal en la enfermedad de Crohn (EC) es muy frecuente y puede llegar a ocurrir de un 22 a un 54% de los casos aproximadamente<sup>1</sup>. Esta manifestación puede producirse simultáneamente con lesiones características de la EC in-

TABLA 1. Sumario de casos

N.º de caso	Sexo	Edad (años)	Proctitis	Motivo de la ecografía	Absceso	Fístula		Esfínter		Tratamiento	Confirmó hallazgos
						AC	ARV	EAI	EAE		
1	V	24	Sí	Sospecha de absceso	Sí	—	—	—	—	Drenaje del absceso postanal profundo	Sí
2	V*	25	No	Sospecha de fístula	Sí	+	—	—	—	No	—
3	V*	25	No	Control de la evolución	Sí	+	—	—	—	No	—
4	V*	25	No	Control de la evolución	Sí	+	—	—	—	No	—
5	V	26	No	Proctalga	Sí	+	—	—	—	Drenaje del absceso supraesfinteriano	Sí
6	V	54	No	Sepsis perianal	Sí	+	—	—	—	No	—
7	M	52	No	Flemón/absceso	Sí	—	—	—	—	Drenaje del absceso supraesfinteriano	Sí
8	V	47	No	Proctalga	No	—	—	—	—	No	—
9	M	23	Sí	Proctalga	Sí	—	—	—	—	No	—
10	M	41	No	Fístula	Sí	+	—	—	—	No	—
11	M	26	No	Control de la evolución	No	—	—	+	—	No	—
12	V	48	No	Proctalga	No	—	—	—	—	No	—
13	M	40	Sí	Proctalga	Sí	—	—	—	—	No	—
14	M	30	Sí	Fístula rectovaginal	No	—	+	—	—	No	—
15	M	26	No	Incontinencia	No	—	—	—	+	Esfinteroplastia	Sí
16	M	28	No	Incontinencia	No	—	—	+	+	No	—
17	M	29	No	Flemón/absceso	No	—	—	—	—	No	—
18	M	27	Sí	Fístula	No	+	—	+	—	No	—

\*Mismo paciente; AC: anocutánea; ARV: anorrectovaginal; RC: rectocutánea; +: presencia de lesión; —: ausencia de lesión; EAI: esfínter anal interno; EAE: esfínter anal externo.

testinal o ser la primera sintomatología de la enfermedad, hecho que ocurre de un 8 a un 16% de las ocasiones<sup>2</sup>. La enfermedad perianal es más frecuente cuando la EC se localiza en el colon, y su incidencia es menor cuando afecta al intestino delgado. La afección del ano recto puede ser en forma de úlceras mucosas, abscesos y fístulas del canal anal y la región perianal. Hasta en un 62% de los casos estas lesiones son indoloras<sup>3</sup> y de crecimiento silente, lo cual ocasiona una demora en el diagnóstico y en el inicio de un tratamiento precoz y efectivo<sup>4-9</sup>.

Hasta la llegada de la ecografía anorrectal (EAR) no se disponía de medios diagnósticos que valoraran la anatomía de esta región en su conjunto. Otras exploraciones de esta zona como la proctosigmoidoscopia, la fistulografía y la TC son de escasa utilidad en la valoración de las lesiones perianales características de la enfermedad de Crohn perianal. La resonancia magnética (RM), tanto convencional como endoanal, parece que puede ejercer un papel importante en el estudio de esta región y con un papel similar a la EAR<sup>10</sup>. Sin embargo, esta última tiene, en relación con la RM, la ventaja de ser una técnica más sencilla, económica y bien tolerada, cuyo valor en el diagnóstico de la enfermedad anorrectal está altamente contrastado en la bibliografía<sup>10-15</sup>. El propósito de este estudio ha sido examinar la utilidad de la EAR y la capacidad de aportación de datos de interés en aquellos pacientes con EC intestinal que presentan algún tipo de manifestación perianal de su enfermedad.

## Material y métodos

Entre octubre de 1996 y febrero de 1999 se han realizado un total de 18 EAR en 16 pacientes diagnosticados de EC intestinal y con sospecha clínica de presentar algún proceso anorrectal. La distribución por sexos fue de 6 varones y 10 mujeres, con una edad media de 34 años (rango, 25-54 años). Utilizamos un ecógrafo B&K Medical modelo 2001 con sonda rígida modelo 1850 que lleva incorporado un transductor rotatorio de 360° a 10 MHz de frecuencia. El estudio se realizó con el pa-

ciente en decúbito lateral izquierdo y sin ningún tipo de preparación intestinal, siendo la duración media de la exploración de 8 min (rango, 5-12 min). Se utilizó impresión de la imagen y ocasionalmente grabación en vídeo de la exploración, a fin de poder ser revisado posteriormente con detenimiento.

Se valoró la presencia de las lesiones típicas de la EC perianal, sobre todo abscesos y fístulas, así como la existencia de algún defecto esfinteriano. En el caso de fístula, la imagen hipocogénica que proporciona la EAR se conseguía hacer más patente con la instilación de agua oxigenada a través del orificio fistuloso externo. En este caso la imagen obtenida era como una zona de gran hiperecogenicidad con abundantes reverberaciones. Las fístulas se clasificaron de una forma muy simple a pesar de la complejidad con la que pueden manifestarse éstas en los pacientes con EC. Así, se utilizó la denominación de anocutánea (AC), anorrectovaginal (ARV) o rectocutánea (RC), independientemente de su relación con los esfínteres anales. En el caso de abscesos la imagen ecográfica también es de hipocogenicidad con límites no bien definidos o ligeramente hiperecóticos, y valorábamos la asociación o no a trayecto fistuloso. Por último, en todos los pacientes se estudió con la EAR la presencia de cualquier tipo de lesión esfinteriana, tanto en el esfínter anal interno como el externo.

El motivo más frecuente de petición de EAR fue la valoración de proctalga de etiología incierta (5 casos, 28%). Otros motivos fueron: estudio de fístulas anales (4 casos, 22%), sospecha de absceso anal (3 casos, 17%), control evolutivo (3 casos, 17%), incontinencia fecal (2 casos, 11%) y sepsis perianal (un caso, 6%) (tabla 1).

## Resultados

En la tabla 1 se resumen los distintos aspectos relacionados con la clínica, diagnóstico ecográfico y tratamiento de los diferentes enfermos estudiados con EAR.

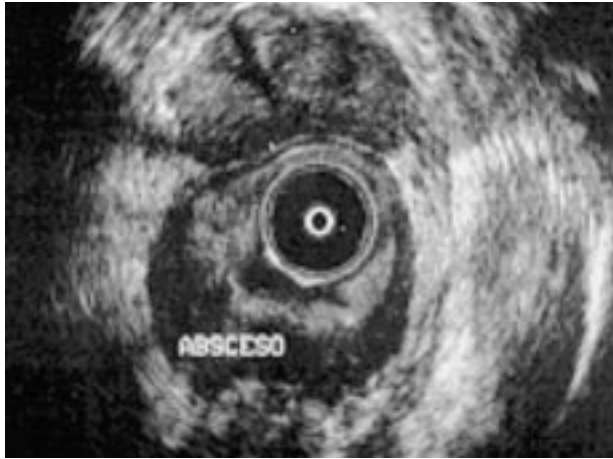


Fig. 1. Ejemplo de la utilidad de la ecografía endoanal en la detección de un absceso postanal, no sospechado.

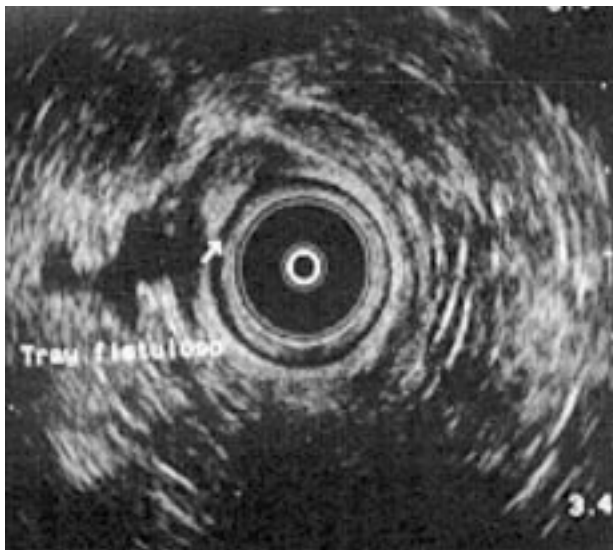


Fig. 2. Ejemplo de la utilidad de la ecografía endoanal en la detección de una fístula anal no sospechada.

La orientación diagnóstica del clínico coincidió con los hallazgos ecográficos en 12 casos (67%) que correspondieron a los 4 pacientes con fístulas anales, los 3 controles evolutivos, los 2 casos de sospecha de absceso, los 2 pacientes con incontinencia fecal y el paciente con la sepsis perianal. Una imagen compatible con absceso fue reconocida en 10 casos (55%), dos de ellos ya sospechados clínicamente, y los otros ocho se encontraron asociados a proctalgias en 3 casos, fístulas anales en dos, controles rutinarios evolutivos en otros 2 pacientes y en el enfermo con sepsis perianal. Es de destacar que un caso de sospecha clínica de absceso no se confirmó por ecografía y que 3 casos de proctalgia clínicamente no filiada presentaban absceso en el estudio de EAR (fig. 1). Se detectaron defectos esfinterianos en los 2 casos de incontinencia fecal y en otros 2 pacientes fue un hallazgo casual (un control rutinario y un caso de fístula). En el caso de las fístulas anorrectales, la EAR permitió conocer de modo más preciso la relación de las mismas con los

esfínteres (fig. 2). No hubo ninguna complicación relacionada con la práctica de la EAR.

El tratamiento quirúrgico fue realizado en 4 pacientes (22%) y consistió en tres drenajes de abscesos y una esfinteroplastia por incontinencia anal grave. En el resto de pacientes se realizó un tratamiento médico con seguimiento clínico y ecográfico de las lesiones. En todos los casos la ecografía aportó datos que fueron de gran importancia para planificar y decidir el tratamiento. En 7 casos de abscesos detectados por ecografía no se procedió al drenaje quirúrgico por diversos motivos: el paciente con sepsis perianal que presentaba orificios supurativos y que ya era portador de sedales de drenaje, 3 casos que corresponden a un mismo paciente en diferentes momentos que presentaba absceso pequeño que drenaba por orificio fistuloso, 2 pacientes con proctalgia recidivante asociada a proctitis que rehusaron intervención quirúrgica y, por último, un paciente con mínimo absceso que presentaba muy mal estado general. Hasta el momento de la finalización del estudio, ninguno de los pacientes con fístulas había sido sometido a intervención quirúrgica, y un paciente con incontinencia no aceptó la reconstrucción quirúrgica.

## Discusión

El diagnóstico y tratamiento de las enfermedades anorrectales en los pacientes con EC resulta un verdadero reto para el médico, fundamentalmente en el caso de las fístulas anorrectales. Con frecuencia, los síntomas y signos perianales sólo reflejan la existencia de un problema subyacente mucho más grave y agresivo, como puede ser una proctitis intensa asociada a enfermedad perianal fistulizante<sup>2</sup>. Por otro lado, una actitud quirúrgica temprana, sobre todo en el caso de los abscesos, evita molestias innecesarias al paciente y previene las complicaciones posteriores, como la estenosis por abscesos crónicos mal drenados.

A pesar de la complejidad de las situaciones que pueden llevar a la afección perianal de la EC, la orientación clínica basada en la historia y la exploración física es acertada en la mayoría de las ocasiones. No obstante, en determinadas situaciones (proctalgias no filiadas, sepsis perianal, etc.) la obtención de más datos mediante técnicas complementarias puede proporcionar una información de gran utilidad<sup>3,6</sup> con el fin de establecer la estrategia más adecuada. De este modo, la rectosigmoidoscopia aportará datos de la afección mucosa, pero no podrá establecer o valorar lesiones más allá de la misma. Por otra parte, el enema de bario puede ser útil en procesos fistulosos, pero generalmente son hallazgos casuales y suelen definir mal la verdadera entidad de la enfermedad<sup>4,5</sup>. La fistulografía puede ser otro método diagnóstico, pero esta prueba es frecuentemente dolorosa, incómoda, de difícil interpretación e incluso puede llegar a producir sepsis local<sup>6</sup>. La TC aporta con frecuencia datos reveladores sobre la enfermedad perianal, siendo superior a la EAR en la detección de cambios inflamatorios perirrectales. Sin embargo, ambos métodos diagnósticos (TC y EAR) parecen ser igual de eficaces para detectar abscesos, pero para la detección y delimitación topográfica de las fístulas, así como para la valoración de infiltración inflamatoria de los músculos pélvicos, la EAR ha demostrado ser superior a la TC<sup>7,8</sup>. Aunque existe menos experiencia con la RM, ya sea convencional o endoanal, para la valoración de las lesiones perianales, sobre todo fístulas y abscesos, parece que los resultados en este campo

pueden ser similares a los de la EAR<sup>9,10</sup>. La RM es una técnica no ionizante e indolora que permite evaluar la EC perianal con una precisión diagnóstica en las fístulas equivalente a la exploración bajo anestesia general<sup>9-11</sup>. Sin embargo, la ventaja de la EAR es que se trata de una técnica rápida, sencilla, no requiere preparación especial, tiene buena tolerancia por parte del paciente, es económica y con aparataje fácil de transportar, lo cual puede permitir la exploración hasta en la misma cama del enfermo. Por todos estos motivos, creemos que debe ser el primer método complementario a utilizar ante estos pacientes con EC perianal. Además, se trata de una exploración cuya utilidad en la patología anorrectal está altamente contrastada en la bibliografía<sup>12</sup>. La práctica de la misma aporta datos importantes acerca del canal anal y del recto. El estudio endosonográfico puede ser todavía más completo y aportar hallazgos interesantes si se practica con un ecocolonoscopia, que permitirá la valoración *in situ* de la mucosa rectal y del resto del colon, además de medir el grosor parietal y poder detectar pequeños abscesos o fístulas internas que pueden pasar desapercibidas con la simple colonoscopia<sup>13</sup>. El inconveniente de la EAR es que no se puede realizar en pacientes con estenosis anal o dolor agudo y, además, distingue difícilmente los trayectos fistulosos del tejido cicatrizal, aunque este inconveniente puede ser minimizado si instilamos agua oxigenada por el trayecto fistuloso<sup>11</sup>. También debemos apuntar como inconveniente la dificultad que tiene para delimitar topográficamente fístulas complejas como las supra o extraesfinterianas y localizar el orificio fistuloso interno<sup>13,15</sup>. Por estas últimas razones, en nuestro estudio no hemos seguido la clasificación de Parks de las fístulas y hemos adoptado una clasificación mucho más sencilla, y mejor adaptada a las posibilidades de la EAR.

Debido a que un gran número de lesiones perianales en la EC pueden ser asintomáticas y poco expresivas a la exploración física, la práctica de la EAR permitirá visualizar con más detalle la extensión de las lesiones, además de tener la capacidad de detectar daño en los músculos del suelo pélvico o del conducto anal<sup>8,10</sup>. Por otra parte, hace posible establecer la relación de las lesiones (fístulas y abscesos) con estos músculos, hecho que es de gran importancia desde el punto de vista quirúrgico<sup>10</sup>. En este sentido, la EAR nos ha sido muy útil para detectar con facilidad abscesos en pacientes sin sospecha clínica del mismo, confirmar trayectos fistulosos y valorar defectos esfinterianos. Por otra parte, también hemos de mencionar que en nuestro estudio cerca de un 70% de la exploraciones ecográficas coincidieron con el diagnóstico de sospecha clínica, aunque aportó algún matiz interesante, como la existencia de defecto esfinteriano, absceso, etc., asociados a la enfermedad que motivó la petición ecográfica. En más del 30% de los pacientes fue totalmente diagnóstica y sin ella se hubiera requerido una

exploración bajo anestesia general o no se hubiera realizado el diagnóstico correctamente.

A pesar de tratarse de un estudio retrospectivo y con un número de pacientes escaso, la EAR nos ha aportado datos de gran importancia para el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes y, por ello, creemos que debe ser realizada después del examen rectal, la rectoscopia o la colonoscopia. Por consiguiente, el manejo clínico de los pacientes puede mejorar basándonos en esta técnica de imagen que, en algunos casos puntuales, puede llegar a ser imprescindible, como sucede ante un paciente con sepsis perineal o sospecha de absceso, así como para valorar la respuesta al tratamiento médico o quirúrgico.

## Bibliografía

1. Williams DR, Collier JA, Corman ML, Nugent FW, Veidenheimer MC. Anal complications in Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 1981; 24: 22-24.
2. Rankin GB, Watts HD, Melnyk CS, Kelley ML Jr. National cooperative Crohn's disease study extraintestinal manifestations and perianal complications. *Gastroenterology* 1979; 77 (4 parte 2): 914-920.
3. Keighley MR, Allan RN. Current status and influence of operation on perianal Crohn's disease. *Int Colorect Dis* 1986; 1: 104-107.
4. Glass RE, Ritchie JK, Lennard-Jones JE, Hawley PR, Todd IP. Internal fistulas in Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 557-61.
5. Broe PJ, Bayless TM, Cameron JL. Crohn's disease: are enteroenteral fistulas an indication for surgery? *Surgery* 1982; 91: 249-253.
6. Weissman RI, Orsay CP, Pearl RK, Abcarian H. The role of fistulography in fistula in anus. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 181-184.
7. Schratter-Sehn AU, Lochs H, Vogelsang H, Schurawitzki H, Herold C, Schratter M. Endoscopic ultrasonography versus computed tomography in the differential diagnosis of perianorectal complications in Crohn's disease. *Endoscopy* 1991; 25: 582-586.
8. Yousem DM, Frisman EK, Jones B. Crohn's disease, pelvicorectal and perianal findings at CT. *Radiology* 1988; 167: 394-396.
9. Haggitt PJ, Moore NR, Shearman JD, Travis SPL, Jewell DP, Mortensen NJ. Pelvic and perineal complications of Crohn's disease: assessment using magnetic resonance imaging. *Gut* 1995; 36: 407-410.
10. Lunniss PJ, Armstrong P, Barker PG, Reznick RH, Phillip RKS. Magnetic resonance imaging of anal fistulae. *Lancet* 1992; 390: 394-396.
11. Shajej M, Bongers H, Aicher H, Weihlich M, Starlinger M, Jenss H. Value of MR tomography in perineal Crohn's disease; a prospective study. *Gastroenterology* 1992; 102 (Supl. A): 697.
12. Van Outryre MJ, Pelckmans PA, Michielsens PP, Van Maercke YM. Value of transrectal ultrasonography in Crohn's disease. *Gastroenterology* 1991; 101: 1171-1177.
13. Tio TL, Mulder JJ, Wijers OB, Sars PRA, Tytgat GNJ. Endosonography of perianal and pericorectal fistula and/or abscess in Crohn's disease. *Gastrointest Endosc* 1990; 36: 331-334.
14. Tio TL, Tytgat GNJ. Atlas of transintestinal ultrasonography. The Netherlands: Mur Kostverloren, 1986.
15. Jordán JC, García Armengol J, Alós R, Solana A, Buch E, García Granero E et al. Determinación del papel de la ecografía endoanal en la evaluación preoperatoria de la fístula anal. *Cir Esp* 1999; 66 (Supl): 1-2.