

Ciatalgia secundaria a absceso presacro como primera manifestación de la enfermedad de Crohn

V. Aguilera, F. Calvo, P. Nos, A. Molla^a, R. Esteban^a y J. Ponce

Servicio de Medicina Digestiva. ^aUnidad de Coloproctología. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

RESUMEN

El absceso presacro es una complicación musculoesquelética infrecuente de la enfermedad de Crohn. El cuadro clínico en ocasiones es insidioso y el retraso en el diagnóstico puede conllevar una mayor morbilidad. La TC abdominopélvica ha demostrado ser muy útil en el diagnóstico. Normalmente requiere tratamiento quirúrgico.

Presentamos el caso de un varón de 22 años que acudió a nuestro hospital por dolor abdominal tipo cólico de 6 meses de evolución y episodios intermitentes de dolor articular. Presentaba, además, un dolor en glúteo derecho de dos semanas de evolución irradiado a cara posterior de muslo, de características mecánicas. Las pruebas complementarias fueron diagnósticas de enfermedad de Crohn, que había sido el diagnóstico de sospecha y evidenciaron un absceso presacro. El tratamiento fue quirúrgico.

SCIATICA SECONDARY TO A PRESACRAL ABSCESS AS THE FIRST MANIFESTATION OF CROHN'S DISEASE

Presacral abscess is a rare musculoskeletal complication of Crohn's disease. The clinical picture is sometimes insidious and a delay in diagnosis may increase morbidity. Abdominal-pelvic computerized axial tomography (CAT) has proven to be very useful in the diagnosis of this entity, which usually requires surgical treatment.

We present the case of a 22-year-old man who presented to hospital for colic-type abdominal pain of 6 months' evolution and intermittent episodes of joint pain. The patient also presented mechanical pain in the right gluteus muscle of two weeks' evolution irradiating to the posterior side of the muscle. Complementary investigations confirmed the suspected diagnosis of Crohn's disease and showed presacral abscess. Treatment was surgical.

Correspondencia: Dra. V. Aguilera Sancho-Tello.
Reina D.^a Germana, 1-12. 46005 Valencia.
Correo electrónico: toyagui@hotmail.com

Recibido el 7-1-2002; aceptado para su publicación el 4-3-2002.

INTRODUCCIÓN

En la enfermedad de Crohn, la afección transmural de la pared intestinal, junto con el componente edematoso del mesenterio, dan lugar a la aparición de masas abdominales y la consiguiente tendencia a la formación de fístulas¹. Con cierta frecuencia esta tendencia fistulosa puede producir microperforaciones y conducir a la formación de abscesos. Habitualmente, éstos permanecen confinados en la cavidad abdominal, pero en ocasiones pueden extenderse hacia el retroperitoneo, el músculo ilíaco, el psoas, la región presacra e incluso producir infecciones osteomédulares. Las manifestaciones clínicas del absceso presacro consisten en la presencia de dolores raquídeos con o sin compromiso neurológico y, ocasionalmente, se asocian a un síndrome infeccioso. Presentamos el caso de un varón de 22 años, con antecedentes de dolor abdominal y episodios intermitentes de dolor articular, que desde hacía 2 semanas presentaba un dolor en el glúteo derecho irradiado a la cara posterior del muslo. Las pruebas diagnósticas evidenciaron la presencia de un absceso presacro secundario a una enfermedad de Crohn.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 22 años de edad que consultó en el servicio de urgencias del hospital en febrero de 2001 por dolor abdominal de tipo cólico de 6 meses de evolución. Como antecedentes cabe destacar que había sufrido una adenoidectomía a los 2 años de edad y era alérgico al polen y a los ácaros. El paciente refería dolor abdominal tipo cólico de 6 meses de evolución acompañado de pérdida de peso de 10 kg. El ritmo intestinal era normal. Había presentado episodios intermitentes de tumefacción articular en los tobillos que se habían resuelto espontáneamente. Además, desde hacía 2 semanas refería un dolor en el glúteo derecho de características continuas que se irradiaba a la cara posterior del muslo y que relacionaba con el ejercicio. A su llegada al servicio de urgencias, el paciente presentaba un regular estado general; en la exploración física presentaba palidez cutánea, la presión arterial era de 150/90 mmHg y la temperatura de 38,5 °C. La auscultación cardiopulmonar era normal y la exploración abdominal puso de manifiesto un abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en el hemiabdomen inferior, sin masas palpables y con un discreto aumento del peristaltismo a la auscultación. La inspección y el tacto rectal fueron normales, sin que se evidenciaran lesiones perianales. El examen neurológico revelaba reflejos osteotendinosos presentes y simétricos, y las funciones sensitivas y motrices estaban conservadas. No presentaba lesiones cutáneas. En la analítica destacaba un hemograma con 14.800 leucocitos/ l (80% de neutrófilos),

Fig. 1. Afección de íleon terminal con presencia de sinus y trayectos fistulosos.

Fig. 2. Ocupación del espacio presacro por una masa de partes blandas heterogénea que asocia rarefacción y edema de la grasa adyacente y desplazamiento anterior de las asas intestinales.

hemoglobina 12,7 g/dl, hematócrito del 36,8% y 487.000 plaquetas/ l. El fibrinógeno era de 708 mg/dl, la VSG de 80 mm a la primera hora y la PCR de 108 g/ml. Se decidió su hospitalización. Durante ésta se estableció el diagnóstico de sospecha de enfermedad de Crohn y se realizó un tránsito baritado, que demostró afección del íleon terminal con este-

nosis ileal, presencia de sinus y trayectos fistulosos entre asas (fig. 1), así como una colonoscopia, que puso de manifiesto afección cecal con presencia de aftas aisladas, con válvula ileocecal edematizada y erosionada de aspecto hiperémico, presentando una erosión lineal con fibrina de 5 mm y varias aftas de pequeño tamaño. La ileoscopia puso de manifiesto una mucosa hiperémica y edematosa que condicionaba una estenosis. Se tomaron múltiples biopsias, que fueron informadas como enfermedad inflamatoria crónica inespecífica. El coprocultivo fue negativo. Inicialmente se pautó tratamiento con metronidazol a dosis de 500 mg cada 8 h. Ante los hallazgos radiológicos y endoscópicos compatibles con enfermedad de Crohn se indicó tratamiento con prednisona a dosis de 60 mg/día. Inicialmente, hubo mejoría de la sintomatología abdominal y del dolor, pero persistieron las molestias en la región glútea, que se transformaron en una ciatalgia franca, con signo de Lassegue positivo a 30°. Ante esta situación, se practicó una TC abdominopélvica con contraste, que reveló un edema y engrosamiento de la grasa del mesenterio en el hipogastrio y la fosa ilíaca derecha, alrededor de asas de íleon, y que se extendía a la pelvis menor y a la región presacra. La captación inflamatoria de contraste en esta zona se extendía a través de la escotadura ciática inferior y el músculo glúteo medio derecho, y seguía el territorio del nervio ciático derecho (fig. 2). No se identificaron colecciones intraperitoneales ni adenopatías retroperitoneales. Ante los hallazgos radiológicos de la tomografía abdominopélvica se decidió realizar tratamiento quirúrgico de forma programada. Se preparó al paciente para realizar la cirugía en las mejores condiciones posibles, disminuyendo progresivamente la dosis de prednisona e iniciando una nutrición enteral con bomba. Quince días después, el paciente fue intervenido, observándose una afección de 20 cm de íleon terminal y ciego con una fistulización a sigma y región sacra. Se realizó liberación del plastrón inflamatorio de la región presacra, cierre de la fistulización a sigma y resección de 20 cm de íleon y 10 cm de colon derecho con reconstrucción inmediata de la continuidad intestinal. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica puso de manifiesto una afección ileocólica crónica fistulizante. El postoperatorio cursó sin incidencias y, después de 6 meses, el paciente se encuentra asintomático y los controles analíticos son normales. Se han determinado las concentraciones de TPMT (tiopurilmetiltransferasa) que son de 23 U/ml pRBC y se ha iniciado tratamiento con azatioprina a la dosis de 2,5 mg/kg/día para la prevención de la recurrencia posquirúrgica.

DISCUSIÓN

Las complicaciones musculoesqueléticas de la enfermedad de Crohn secundarias a la formación de fístulas y abscesos son infrecuentes y su retraso en el diagnóstico puede aumentar la morbimortalidad de los pacientes. La incidencia de estas complicaciones evidenciadas por TC abdominopélvica es de, aproximadamente, el 4%². Dentro de ellas, las más referidas en la bibliografía han sido los abscesos musculares, en especial los del psoas³⁻⁸ y, más raramente, los glúteos^{9,10}. Los abscesos raquídeos intra y extradurales, los abscesos presacros, la osteomielitis y la espondilodistesis secundarias son excepcionales. Hasta el momento actual, con búsqueda bibliográfica mediante Medline, se han encontrado 10 casos de absceso presacro¹¹⁻²⁰. Habitualmente, estos abscesos complican una enfermedad de Crohn que está en actividad y el origen más frecuente de los mismos es la existencia de fístulas intestinales desde la pared ileal o colónica, responsables de su aparición en continuidad. En nuestro paciente, en el acto quirúrgico se evidenció una fistulización desde el íleon terminal y ciego hasta la región presacra.

El cuadro clínico del absceso presacro suele manifestarse con dolores dorsolumbares, con o sin compromiso neurológico, y ocasionalmente con un síndrome infeccioso generalizado. En ocasiones, las manifestaciones clínicas son muy inespecíficas, asemejando la sintomatología de un brote de la enfermedad de Crohn. La aparición de un absceso presacro puede ser incluso la primera manifestación de la enfermedad, como ocurrió en nuestro caso y en el

descrito por Armstrong et al¹¹. También se ha observado la aparición de complicaciones óseas asociadas, como osteítis u osteomielitis sacra y espondilodiscitis¹¹⁻¹³, así como meningitis secundarias¹⁴, empiemas epidurales y subdurales¹⁵, e incluso vejiga neurógena transitoria¹⁶ e hidronefrosis por atrapamiento del uréter¹¹. El diagnóstico del absceso se establece con la TC² o RM^{21,22}. La TC abdominal puede determinar el grosor de la pared y detectar anomalías extraluminales.

El tratamiento de elección es quirúrgico, con drenaje del absceso, resección del segmento afectado con o sin reconstrucción inmediata de la continuidad intestinal y cierre de los orificios fistulosos a otros tramos intestinales sanos. En ocasiones es necesario un tratamiento neuroquirúrgico con laminectomía si existen signos neurológicos deficitarios asociados^{7,14,15}. En el postoperatorio inicial suele requerirse reposo intestinal total con nutrición parenteral y antibioterapia sistémica. El tratamiento médico mediante drenaje percutáneo radiológico, asociado a nutrición enteral y antibioterapia sistémica, puede ser eficaz si no hay evidencia de comunicación enteral¹². La utilización de corticoides es controvertida²³. El pronóstico de los abscesos presacros, si el tratamiento se establece de manera temprana, suele ser bueno. Pese a ello, se ha comunicado un caso de fallecimiento en una paciente de 26 años que se complicó con un absceso epidural de L4 a S2¹⁷.

En conclusión, la aparición de dolores lumbosacros, especialmente si existe afección radicular, en un paciente con enfermedad de Crohn, debe alertarnos ante la posibilidad de desarrollo de un absceso raquídeo, del psoas o presacro y, de igual manera, dada la elevada incidencia de la enfermedad y la frecuencia cada vez mayor con que se inicia con manifestaciones extraintestinales, el hallazgo de un absceso en determinadas localizaciones en un paciente sin otros factores de riesgo debe hacernos sospechar la presencia de una enfermedad de Crohn. La realización de una TC o RM es necesaria para llegar al diagnóstico. El tratamiento debe ser agresivo y multidisciplinario. Suele ser necesaria la resección del segmento afectado, junto con el desbridamiento y drenaje del absceso e incluso tratamiento neuroquirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

- Levine DS. Clinical features and complications of Crohn's disease. En: Targan SR, Shanahan F, editors. *Inflammatory bowel disease. From bench to bedside*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994; p. 296-316.
- Brenner HI, Fishman EK, Harris ML, Bayless TM. Musculoskeletal complications of Crohn's disease: the role of computed tomography in diagnosis and patient management. *Orthopedics* 2000;23:1181-5.
- Zissin R, Gayer G, Kots E, Werner M, Shapiro-Feinberg M, Hertz M. Iliopsoas abscess: a report of 24 patients diagnosed by CT. *Abdom Imaging* 2001;26:533-9.
- Lobo DN, Dunn WK, Iftikhar SY, Scholefield JH. Psoas abscesses complicating colonic disease: imaging and therapy. *Ann R Coll Surg Engl* 1998;80:405-9.
- Jawhari A, Kamm MA, Ong C, Forbes A, Bartram CI, Hawley PR. Intraabdominal and pelvic abscess in Crohn's disease: results of non-invasive and surgical management. *Br J Surg* 1998;85:367-71.
- Acea Nebril B, Freire Rodríguez D, Sánchez Gonzalez F, Fraguera Marina J, Taboada Filgueira L, Gomez Freijosos C. Psoas abscess in Crohn's disease. Preoperative evaluation and surgical attitude. *Gastroenterol Hepatol* 1997; 20:412-4.
- Lamport RD, Cheskin LJ, Moscatello SA, Nikoomanesh P. Steril epidural and bilateral psoas abscesses in a patient with Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 1994;89:1086-9.
- Cellier C, Gendre JP, Cosnes J, Sebag A, Langlois P, Gallot D, et al. Abscès du psoas compliquant la maladie de Crohn. *Gastroenterol Clin Biol* 1992;16:235-8.
- Hussien M, Mudd DG. Crohn's disease presenting as left gluteal abscess. *Int J Clin Pract* 2001;55:217-8.
- Mayer DA, Zingale RG, Tsapogas MJ. Case study: gluteal abscess due to Crohn's disease. *Ostomy Wound Manage* 1993;39:30-4.
- Armstrong N, Schurr M, Helergson R, Harms B. Fungal sacral osteomyelitis as the initial presentation of Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 1998;41:1581-4.
- Cassgnou M, Notteghem B, Cotten A, Quandelle P, Descut D, Clarisse J, et al. Drainage percutané d'un abcès présacré et rachidien extra-dural compliquant une maladie de Crohn. *Gastroenterol Clin Biol* 1996;20:689-92.
- Zajac M, Engelhard K, Schuhmann R. Spondylodiscitis with presacral abscesses caused by fistulization in Crohn's disease of small intestine. *Röntgenpraxis* 2000;52:340-2.
- Piontek M, Hengels KJ, Heffter H, Aulich A, Strohmeyer G. Spinal abscess and bacterial meningitis in Crohn's disease. *Dig Dis Sci* 1992;37:1131-5.
- Hershokowitz S, Link R, Ravden M, Lipow K. Spinal empyema in Crohn's disease. *J Clin Gastroenterol* 1990;12:67-9.
- Rudy SM, Tanagho EA. Transient neurogenic bladder secondary to presacral abscess. Association with regional ileitis. *Urology* 1974;4:593-5.
- Frank B, Dorr F, Penkert G, Vogel E, Tidow G. An epidural spinal abscess with caudal symptoms as a complication of Crohn's disease [abstract]. *Dtsch Med Wochenschr* 1991;30:1313-6.
- Hassan T, Beolchi L, Pratti G, Guffanti MC, Faccini M. Una rara complicanza del morbo di Crohn. *Radiol Med* 1991;81:932-4.
- Pande KC, Prince HG, Kerslake RW. Vertebral osteomyelitis as a complication of Crohn's disease. *Eur Spine J* 1998;7:165-7.
- Denton ER, Jamieson CP, Rankin SC. Case report: abscess of the adductor muscles of the thigh—an unusual complication of Crohn's disease. *Br J Radiol* 1996;69:865-6.
- Low RN, Francis IR, Politoske D, Bennet M. Crohn's disease evaluation: comparison of contrast enhanced MR imaging and single phase helical CT scanning. *J Magn Reson Imaging* 2000;11:127-35.
- Pelvic and perineal complications of Crohn's disease: assessment using magnetic resonance imaging. *Gut* 1995;36:407-10.
- Felder JB, Adler DJ, Korelitz BI. The safety of corticosteroid therapy in Crohn's disease with an abdominal mass. *Am J Gastroenterol* 1991;86:1450-5.