



P-314 - ABSCESO PRESACRO EN EL CONTEXTO DE ENFERMEDAD DE CROHN FISTULIZANTE RECTOSIGMOIDEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ferrero San Román, Carla; López Rojo, Irene; Osorio, Irene; González, Santiago; Restrepo, Rafael; Tejedor, Patricia; Pastor, Carlos; García Olmo, Damián

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Introducción: Las complicaciones musculoesqueléticas en enfermedad de Crohn (EC) secundarias a fístulas y abscesos diagnosticadas mediante pruebas de imagen suponen un 4%, por orden de incidencia se distinguen: abscesos musculares ¿psoas el más frecuente¿, abscesos intra y extradurales, presacros, osteomielitis y espondilolistesis secundaria. No existe tratamiento único curativo y eficaz para estas complicaciones, debe individualizarse en cada paciente aunando tratamiento médico y quirúrgico. Presentamos un paciente con EC fistulizante complicada con absceso de psoas y presacro sometido a cirugía ante la tórpida evolución con tratamiento médico.

Caso clínico: Varón de 28 años, en marzo de 2007 debuta con cuadro suboclusivo, diagnosticándose EC con extensión ileal. En junio tiene un segundo brote corticodependiente, iniciando tratamiento con metrotexate. Un mes después comienza con dolor a la deambulación. Se realiza TAC hallando absceso presacro y del psoas que no responde a tratamiento médico. En septiembre se realiza resección ileocecal con anastomosis latero-lateral, los bordes de la pieza resultaron libres de enfermedad. La colonoscopia de control al año descarta recurrencia de enfermedad pero se encuentra un orificio fistuloso en rectosigma. Permanece tres años asintomático, posteriormente desarrolla dolor mecánico retro-rectal secundario a una colección presacra fistulizada a sigma que mejora con tratamiento antibiótico. Inicia infliximab con buen control de la EC hasta junio de 2013: dolor lumbar, en sacroilíacas y mesogastro. Describe dolor punzante y constante sin mejoría con analgesia habitual, que aumenta después de cada deposición. Las deposiciones, con ritmo de tres al día, asociaban urgencia y tenesmo rectal. Se realiza RMN en la que se describe un orificio fistuloso en tercio superior de recto con trayecto posterior que comunica con un absceso en espacio presacro de 7,5 × 2 cm, sin modificación respecto a estudios previos. Se intensifica el tratamiento con pentasa e infliximab sin resultados. Por empeoramiento de la clínica se decide realizar una resección anterior baja de recto laparoscópica en diciembre de 2014 con ileostomía de protección. A los tres meses se reconstruye el tránsito. El postoperatorio de ambas cirugías cursó con normalidad. En estos momentos el paciente se encuentra sin dolor y con buen control de su EC.

Discusión: Son raros los casos de absceso presacro reportados en el contexto de EC, la mayoría son secundarios a fístulas y abscesos intestinales. Pueden ser la primera manifestación de la EC. La clínica dominante es el dolor dorsolumbar, asociado o no a compromiso neurológico. En ocasiones

puede aparecer síndrome infeccioso generalizado y llegar a complicarse con osteítis, osteomielitis sacras y espondilodiscitis secundarias. El diagnóstico del absceso se establece con TAC o RMN. El tratamiento de elección es el drenaje quirúrgico con resección del segmento intestinal afectado con o sin reconstrucción inmediata de la continuidad intestinal y cierre de los orificios fistulosos. El tratamiento médico con drenaje percutáneo radiológico, nutrición enteral y antibioterapia sistémica parece ser eficaz si no hay evidencia de fístula. El pronóstico de estos pacientes suele ser bueno cuando el diagnóstico y tratamiento se establecen precozmente.