



GRUPO ESPAÑOL DE TRABAJO
EN ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA

Enfermedad Inflamatoria Intestinal al Día

www.elsevier.es/eii



REVISIÓN

Papel de las pruebas funcionales anorrectales en la enfermedad perianal: implicaciones para la práctica clínica

P. Mas Mercader* y M. Mínguez Pérez

Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

Recibido el 8 de septiembre de 2016; aceptado el 9 de diciembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Manometría rectoanal;
Función anorrectal;
Enfermedad perianal;
Enfermedad inflamatoria intestinal

KEYWORDS

Anorectal manometry;
Anorectal function;
Perianal disease;
Inflammatory bowel disease

Resumen Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedad perianal concomitante pueden presentar urgencia y/o incontinencia fecal tanto por el proceso inflamatorio subyacente, como por posibles alteraciones en la competencia anorrectal o por afectación de la complianza rectal. Los estudios de función anorrectal demuestran que en la enfermedad de Crohn la presión anal de reposo y la presión de contracción voluntaria están disminuidas en los pacientes con cirugía previa sobre la región perianal. En la colitis ulcerosa no existen datos publicados acerca de la competencia del esfínter anal en pacientes con colitis ulcerosa y enfermedad perianal. Las presiones anales son normales en los pacientes con colitis ulcerosa incluso durante los brotes de actividad, con una drástica disminución de la complianza rectal que contribuye a la urgencia y a la incontinencia en estos pacientes. Asimismo, el aumento de la fatigabilidad de la musculatura estriada del esfínter, observada tanto en pacientes con enfermedad de Crohn como con colitis ulcerosa, se asocia con urgencia fecal o incontinencia. En conclusión, podría ser útil evaluar la función anorrectal en aquellos pacientes que van a ser intervenidos por lesiones en la región perianal y previamente a la cirugía restauradora del tránsito intestinal.

© 2016 Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

The role of anorectal functional testing in perianal disease: Implications for clinical practice

Abstract Patients with inflammatory bowel disease and concomitant perianal disease may present with urgency and/or faecal incontinence due to both the underlying inflammatory process and possible abnormalities in anorectal function, or by affecting rectal compliance. Anorectal function studies show that in Crohn's disease anal resting pressure and squeeze pressure are

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pmasmercader@gmail.com (P. Mas Mercader).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eii.2016.12.007>

1696-7801/© 2016 Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Mas Mercader P, Mínguez Pérez M. Papel de las pruebas funcionales anorrectales en la enfermedad perianal: implicaciones para la práctica clínica. *Enferm inflam intest dia.* 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eii.2016.12.007>

decreased in patients with previous surgery on the perianal region. In ulcerative colitis there is no published data on the capacity of the anal sphincter in patients with ulcerative colitis and perianal disease. Anal pressures are normal in patients with ulcerative colitis even during flare-ups with a dramatic decrease in rectal compliance contributing to urgency and incontinence in these patients. Likewise, increased fatigability of the striated sphincter muscle, observed in both patients with Crohn's disease and with ulcerative colitis, is associated with faecal urgency or incontinence. In conclusion, it might be useful to evaluate anorectal function in those patients who will be operated on due to injury in the perianal region and prior to bowel transit restorative surgery.

© 2016 Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El objetivo de esta revisión es exponer los hallazgos más relevantes acerca de las alteraciones en la función anorrectal en la enfermedad perianal (EPA).

La EPA en el contexto de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye las siguientes lesiones: los pliegues hipertróficos (*skin tags*), las erosiones superficiales, las fisuras, la ulceración, las fistulas, los abscesos y la estenosis¹ (tabla 1).

Aunque la EPA se asocia con más frecuencia a la enfermedad de Crohn (EC) (20-30%) o a la colitis indeterminada, también está presente en la colitis ulcerosa (CU)².

Los primeros estudios que evaluaron la EPA en CU encontraron que la tasa de complicaciones perianales era del 20 al 25% de los casos. Sin embargo, estas frecuencias estaban sobrealzadas dado que muchos de estos pacientes que en el pasado se pensaba que padecían una CU realmente tenían una EC o una colitis indeterminada³. En un estudio reciente caso-control se ha observado que el 5% de los pacientes con CU desarrollaron EPA y que las lesiones perianales aparecieron previamente al inicio de la enfermedad intestinal en el 24% de los casos⁴.

El manejo de la EPA es complejo, por ello se han propuesto diversas clasificaciones e índices de actividad para ayudar al clínico a determinar la estrategia más óptima y evaluar la respuesta al tratamiento.

La clasificación anatómica de Parks describe la localización de las fistulas tomando como referencia el esfínter anal interno y el externo, considerando 5 tipos: superficial, interesfinteriana, transesfinteriana, supraesfinteriana y extraesfinteriana. Sin embargo, esta clasificación no incluye las conexiones de los abscesos o fistulas a otras estructuras vecinas como la vejiga o la vagina^{5,6}. La *American Gastroenterological Association* (AGA) propone una tipificación de la EPA más sencilla basada en la exploración física y la evaluación endoscópica clasificando las fistulas en: fistulas simples y fistulas complejas¹ (tabla 2).

Entre los índices clínicos, los más utilizados en las últimas 2 décadas en los ensayos clínicos que evalúan la eficacia de los fármacos biológicos en esta patología son el *perianal disease activity index* (PDAI) y el índice de Present-Rutgeerts. El PDAI se basa en el tipo y la gravedad de la EPA e incluye aspectos funcionales como la restricción en la actividad general y sexual del paciente⁷ (tabla 3). Por otra

parte, el índice de Present-Rutgeerts valora si los orificios fistulosos permanecen abiertos con supuración espontánea o a la presión digital o se encuentran cerrados⁸ (tabla 4). En cuanto a los índices radiológicos, hay que destacar el desarrollado por Van Assche et al. (tabla 5) basado en los hallazgos de la RMN, combinando aspectos anatómicos del trayecto fistuloso y la actividad inflamatoria medida por su hiperintensidad en T2⁹.

Por tanto, el diagnóstico de la EPA se fundamenta en la exploración física exhaustiva de la región perineal, la rectosigmoidoscopia para determinar el grado de afectación rectal y en las técnicas de imagen. La exploración realizada bajo anestesia por un cirujano experto se considera el patrón oro, con una precisión del 90% en la identificación de las lesiones. Las técnicas radiológicas más relevantes son la ecografía endoanal y la RMN de la pelvis, alcanzando una sensibilidad próxima al 100% cuando se combina una de ellas con la exploración física¹⁰.

Síntomas anorrectales en la enfermedad inflamatoria intestinal

La inflamación presente en la EII es la causante de los síntomas intestinales más frecuentes de la enfermedad durante los brotes de actividad. La CU se manifiesta principalmente con diarrea sanguinolenta y dolor abdominal tipo cólico asociado a síntomas de urgencia, tenesmo e incontinencia anal por la afectación rectal. En la EC el espectro de síntomas es variable y se relaciona con la región del tracto digestivo afecta y con la extensión de dicha afectación. La diarrea crónica es el síntoma más frecuente en el momento del diagnóstico, seguido del dolor abdominal y de la pérdida ponderal. Además de los síntomas intestinales producidos por el proceso inflamatorio, la presencia de EPA condicionará síntomas relacionados con el tipo de lesión, como supuración y dolor, fundamentalmente en las fistulas y los abscesos.

En los pacientes con EII pueden presentarse, en los periodos de quiescencia, síntomas superponibles a los que aparecen durante los brotes de actividad. Varios mecanismos patogénicos pueden explicar la aparición de estos síntomas. Entre los mejor estudiados se encuentran la inflamación microscópica de la mucosa en apariencia normal, las alteraciones de la motilidad colónica, la hipersensibilidad visceral y el aumento de la permeabilidad de la mucosa

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8725582>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8725582>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)