

10

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS,
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE
UNA COMPLICACIÓN INTESTINAL EN PACIENTE CON
ENFERMEDAD INFLAMATORIA**

MANIFESTACIONES CLÍNICAS,

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UNA COMPLICACIÓN INTESTINAL EN PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA

CLINICAL MANIFESTATIONS, DIAGNOSIS, AND SURGICAL TREATMENT OF AN INTESTINAL COMPLICATION IN A PATIENT WITH INFLAMMATORY DISEASE

Guido Nino Guida-Acevedo¹

E-mail: us.guidoga67@uniandes.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2215-7648>

Rafael Martín Franco-Delgado¹

E-mail: martixresident@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8408-5198>

Leonardo Alejandro Bustamante-Coello¹

E-mail: leo_bustamante94@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-1873-8413>

Roberto Javier Aguilar-Berrezueta¹

E-mail: us.robertoab26@uniandes.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7661-0687>

¹ Universidad Regional Autónoma de Los Andes, Santo Domingo. Ecuador.

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Guida-Acevedo, G. N., Franco-Delgado, R. M., Bustamante-Coello, L. A., & Aguilar-Berrezueta, R. J. (2025). Manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de una complicación intestinal en paciente con enfermedad inflamatoria. *Revista Metropolitana de Ciencias Aplicadas*, 8(S1), 75-82.

RESUMEN

La fístula colónica ciega es una complicación intestinal poco frecuente de la enfermedad de Crohn, caracterizada por la formación de trayectos fistulosos sin comunicación externa visible. Su diagnóstico representa un desafío clínico debido a la ausencia de signos específicos y la similitud con otras patologías abdominales. Se realizó un estudio de caso basado en la evaluación clínica, imagenológica e histopatológica de una paciente con fístula colónica ciega secundaria a enfermedad de Crohn. Además, se llevó a cabo una revisión sistemática en bases de datos biomédicas indexadas (2018-2024), seleccionando artículos relevantes sobre el diagnóstico y tratamiento de esta entidad. Los resultados permitieron conocer que en el caso clínico analizado, la paciente presentó dolor abdominal crónico y obstrucción intestinal parcial. El estudio imagenológico con colon por enema reveló una estenosis en la anastomosis intestinal y la presencia de una fístula ciega. El análisis histopatológico confirmó inflamación transmural con formación de granulomas no caseificantes y proliferación fibroblástica. La paciente fue sometida a cirugía, con evolución postoperatoria favorable. Se pudo concluir que la fístula colónica ciega debe considerarse en pacientes con enfermedad de Crohn y síntomas de obstrucción intestinal sin causa aparente. Su diagnóstico oportuno mediante técnicas de imagen y estudios histopatológicos es esencial para guiar el tratamiento. La intervención quirúrgica puede ser necesaria en casos avanzados, destacando la importancia de un enfoque multidisciplinario en el manejo de estas complicaciones.

Palabras clave:

Complicaciones intestinales, diagnóstico diferencial, cirugía digestiva, inflamación transmural, estenosis intestinal, manejo multidisciplinario.

ABSTRACT

Blind colonic fistula is a rare intestinal complication of Crohn's disease, characterized by the formation of fistulous tracts without visible external communication. Its diagnosis poses a clinical challenge due to the absence of specific signs and its similarity to other abdominal pathologies. A case study was conducted based on the clinical, imaging, and histopathological evaluation of a patient with a blind colonic fistula secondary to Crohn's disease. Additionally, a systematic review was carried out in indexed biomedical databases (2018-2024), selecting relevant articles on the diagnosis and treatment of this condition. The results revealed that in the analyzed clinical case, the patient presented with chronic abdominal pain and partial intestinal obstruction. Imaging studies using a contrast enema revealed stenosis at the intestinal anastomosis and the presence of a blind fistula. Histopathological analysis confirmed transmural inflammation with the formation of non-caseating granulomas and fibroblastic proliferation. The patient underwent surgery, with a favorable postoperative outcome. It was concluded that blind colonic fistula should be considered in patients with Crohn's disease and symptoms of intestinal obstruction with no apparent cause. Timely diagnosis through imaging techniques and histopathological studies is essential to guide treatment. Surgical intervention may be necessary in advanced cases, highlighting the importance of a multidisciplinary approach in managing these complications.

Keywords:

Intestinal complications, differential diagnosis, digestive transmural inflammation, intestinal stenosis, multidisciplinary management.

INTRODUCCIÓN

La fístula colónica ciega es una comunicación anómala entre el colon y una estructura adyacente, generalmente el ciego, que puede formarse debido a procesos inflamatorios, infecciosos, traumáticos o neoplásicos. Su desarrollo puede generar complicaciones severas como abscesos, sepsis y alteraciones en la función intestinal. Dependiendo de su etiología, el tratamiento puede incluir manejo conservador con antibióticos y nutrición parenteral, drenaje percutáneo o, en casos más graves, intervención quirúrgica para resección del segmento afectado y restauración del tránsito intestinal (Tjandra et al., 2021).

En la enfermedad de Crohn, la fístula colónica ciega es una complicación rara pero significativa, asociada con inflamación transmural crónica que favorece la formación de trayectos fistulosos entre el colon y otras estructuras abdominales. Se estima que hasta un 35% de los pacientes con enfermedad de Crohn desarrollarán fístulas a lo largo de su evolución, siendo las enteroentéricas y perianales las más comunes. Sin embargo, las fístulas colónicas ciegas representan un subgrupo menos frecuente, generalmente asociado con enfermedad avanzada, obstrucción intestinal o abscesos intraabdominales (Brochard et al., 2022).

La incidencia y prevalencia de la fístula colónica ciega en la enfermedad de Crohn no están completamente establecidas debido a su baja frecuencia y variabilidad en los reportes clínicos. Estudios sugieren que las fístulas internas ocurren en aproximadamente un 15-20% de los pacientes con enfermedad de Crohn a lo largo del tiempo, aunque la proporción específica de fístulas colónicas ciegas dentro de este grupo sigue sin estar claramente definida. El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha y suele confirmarse mediante estudios de imagen como tomografía computarizada, enterografía por resonancia magnética o colonoscopia, siendo vital un enfoque multidisciplinario para su manejo (Adegbola et al., 2020).

La enfermedad de Crohn es un tipo de enfermedad inflamatoria intestinal que causa inflamación, es decir hinchazón e irritación, en los tejidos del tracto digestivo. Esto puede causar dolor en el abdomen, diarrea intensa, fatiga, pérdida de peso y malnutrición. La enfermedad de Crohn comienza con inflamación y abscesos de las criptas, que progresan a pequeñas úlceras aftoides focales. Estas lesiones mucosas pueden evolucionar a úlceras longitudinales y transversales profundas, con edema de la mucosa interpuesta, lo que crea un aspecto de empedrado típico del intestino (Tsai et al., 2022).

La propagación transmural de la inflamación causa linfedema y engrosamiento de la pared intestinal y el mesenterio. Por lo general, la grasa mesentérica se extiende sobre la superficie serosa del intestino. A menudo, se observa agrandamiento de los ganglios linfáticos mesentéricos. La inflamación extensa puede causar hipertrofia de

la muscular de la mucosa, fibrosis y formación de estenosis, que pueden provocar obstrucción intestinal (Rios et al., 2022).

Los abscesos son comunes, y las fístulas suelen penetrar hasta estructuras contiguas, como asas intestinales, vejiga o músculo psoas. Las fístulas pueden extenderse incluso a la piel de la pared abdominal anterior o de los flancos. Independientemente de la actividad de la enfermedad intraabdominal, se observan fístulas y abscesos perianales en el 25-33% de los casos; estas complicaciones suelen ser los aspectos más problemáticos de la enfermedad de Crohn.

Pueden formarse granulomas no caseosos en ganglios linfáticos, peritoneo, hígado y todas las capas de la pared intestinal. Si bien son patognomónicos cuando están presentes, no se detectan granulomas en alrededor de la mitad de los pacientes con enfermedad de Crohn. La presencia de granulomas no parece estar relacionada con la evolución clínica. Hay una clara delimitación entre los segmentos de intestino patológico y el intestino normal adyacente (llamadas zonas preservadas), de lo que deriva el nombre de enteritis regional:

- Alrededor del 30% de los casos de enfermedad de Crohn solo compromete el íleon (ileítis).
- Aproximadamente el 40% involucra el íleon y el colon (ileocolitis), con una predilección por el hemicolon derecho.
- Alrededor del 30% de los casos involucra solo el colon (colitis granulomatosa) y, a diferencia de la colitis ulcerosa, la mayor parte no afecta el recto (Gklavas et al., 2021).

Las manifestaciones iniciales más comunes de la enfermedad de Crohn son:

- Diarrea.
- Fiebre.
- Fatiga.
- Dolor y calambres abdominales.
- Sangre en las heces.
- Llagas en la boca.
- Disminución del apetito y pérdida de peso.
- Dolor o supuración cerca o alrededor del ano debido a la inflamación de un conducto que se produce en la piel, llamado fístula.
- El abdomen es doloroso a la palpación, y puede palparse una masa o zona ocupada.

La rectorragia macroscópica es inusual, excepto en la enfermedad colónica aislada, que puede tener manifestaciones similares a las de la colitis ulcerosa. Algunos pacientes debutan con un abdomen agudo que simula apendicitis aguda u obstrucción intestinal. Alrededor del 33% de los pacientes tienen enfermedad perianal (en

especial, fisuras y fistulas), que a veces es la manifestación más notoria o, incluso, la inicial.

En caso de enfermedad recurrente, los síntomas varían. Es probable que los pacientes con exacerbación intensa o absceso presenten marcado dolor a la palpación, defensa, dolor a la descompresión y aspecto tóxico general. Los segmentos estenóticos pueden causar obstrucción intestinal, con dolor cólico, distensión, estreñimiento y vómitos. Las adherencias de cirugías previas también pueden provocar obstrucción intestinal, que comienza rápidamente, sin el pródromo de fiebre, dolor y malestar general típicos de la obstrucción secundaria a exacerbación de la enfermedad de Crohn. Una fístula enterovesical puede causar burbujas de aire en la orina (neumatúria) (Vásquez De la Bandera et al., 2023).

Deben efectuarse pruebas de laboratorio para investigar anemia, hipoalbuminemia y trastornos electrolíticos. Hay que solicitar pruebas hepáticas; el aumento de fosfatasa alcalina y gamma-glutamiltanspeptidasa en pacientes con compromiso colónico importante sugiere una posible colangitis esclerosante primaria. La leucocitosis o el aumento de las concentraciones de reactantes de fase aguda (p. ej., eritrosedimentación, proteína C reactiva) son inespecíficos, pero se pueden utilizar de manera seriada para vigilar la actividad de la enfermedad (Tuma et al., 2020).

Para detectar deficiencias nutricionales, se deben controlar las concentraciones de vitaminas D y B12 cada 1 o 2 años. Cuando se sospechan deficiencias, se pueden solicitar otras determinaciones de laboratorio, como concentraciones de vitaminas hidrosolubles (ácido fólico y niacina), vitaminas liposolubles (A, D, E y K) y minerales (cinc, selenio y cobre). Se debe controlar la densidad mineral ósea, en general por radioabsorciometría de doble energía (DXA), en todos los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), sean hombres o mujeres, jóvenes o mayores (Rios et al., 2022).

Se observan anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos perinucleares en el 60-70% de los pacientes con colitis ulcerosa y sólo en el 5-20% de aquellos con enfermedad de Crohn. Los anticuerpos *anti-Saccharomyces cerevisiae* son relativamente específicos de enfermedad de Crohn. Sin embargo, estas pruebas no discriminan de manera fiable las 2 enfermedades y no se recomiendan para el diagnóstico sistemático. Ahora, se pueden dosar otros anticuerpos, como *anti-OmpC* y *anti-CBir1*, pero el valor clínico de estas pruebas complementarias es incierto; algunos estudios sugieren los títulos elevados de estos anticuerpos tienen implicancias pronósticas adversas (Tjandra et al., 2021).

Las personas con enfermedad de Crohn grave también podrían presentar síntomas fuera del tracto intestinal, que incluyen lo siguiente:

- Inflamación de la piel, los ojos y las articulaciones.

- Inflamación del hígado o de los conductos biliares.
- Cálculos renales.
- Deficiencia de hierro, también conocida como anemia.
- Retraso en el crecimiento o el desarrollo sexual, en el caso de los niños (Adegbola et al., 2020).

Debido al carácter transmural de la EC, los pacientes pueden desarrollar fístulas. Los trayectos fistulosos pueden avanzar hasta las asas intestinales vecinas, dando lugar a fístulas enteroentéricas, de las cuales las más frecuentes son las ileoileales, ileocecales o ileosigmoideas; en ocasiones terminan en un fondo de saco ciego, provocando abscesos abdominales; más raramente el origen de la fístula está en el colon y se dirige a otros tramos del tubo digestivo, como es el caso de las fístulas cologástricas o coloduodenales, provocando síndrome de malabsorción por exclusión de amplios tramos de intestino y por favorecer el sobrecrecimiento bacteriano.

Además, las fístulas pueden penetrar en órganos pelvianos adyacentes como la vejiga y la vagina. Por último, pueden aparecer fístulas enterocutáneas, las cuales en su trayecto hacia la piel aprovechan los planos de menor resistencia. Por lo que es frecuente que surjan en áreas de cicatrices quirúrgicas. Es importante establecer una adecuada correlación clínico-etiológica para definir el esquema terapéutico apropiado (Brochard et al., 2022).

La enfermedad de Crohn puede ser dolorosa y debilitante. A veces, puede causar complicaciones graves o que ponen en riesgo la vida. No hay una cura conocida para la enfermedad de Crohn, pero existen terapias que pueden reducir considerablemente los síntomas y que hasta pueden lograr una remisión a largo plazo y la desinflamación del intestino. Muchos pacientes con la enfermedad de Crohn pueden desenvolverse bien con la ayuda de un tratamiento. Por lo que es importante trazar estrategias para la atención integral a estos pacientes y poder así mejorar su calidad de vida.

MÉTODOLÓGIA

Este estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo y exploratorio, con diseño de estudio de caso clínico, basado en una revisión bibliográfica y un análisis exhaustivo de la historia clínica de la paciente. La recolección de información se llevó a cabo mediante búsqueda sistemática en bases de datos biomédicas, incluyendo PubMed, Scielo y ScienceDirect, utilizando términos MeSH y palabras clave relacionadas con “Fístula colónica ciega”, “Enfermedad de Crohn” y “diagnóstico”.

Los criterios de inclusión comprendieron artículos publicados entre 2018 y 2024 en revistas indexadas en inglés y español, que abordaran la patogenia, diagnóstico diferencial y tratamiento de fístulas colónicas asociadas a enfermedad de Crohn. Se seleccionaron 17 artículos con base en su relevancia clínica y metodológica. Se excluyeron

investigaciones previas a 2018, así como estudios sin datos específicos sobre fistulas colónicas ciegas.

Para la evaluación del caso clínico, se analizaron los datos clínicos, imagenológicos e histopatológicos, así como la evolución postoperatoria de la paciente. Se empleó un análisis descriptivo para interpretar los resultados obtenidos en relación con la literatura revisada. El análisis histopatológico fue realizado mediante tinción con hematoxilina-eosina, complementado con estudios inmunohistoquímicos para la caracterización del tejido afectado. Asimismo, se empleó un estudio radiológico de colon por enema para evaluar la anatomía de la fístula y la presencia de complicaciones asociadas.

Los datos obtenidos fueron contrastados con la evidencia científica disponible, permitiendo establecer correlaciones clínicas y proponer estrategias para la optimización del diagnóstico y tratamiento de esta entidad patológica.

DESARROLLO

Se presenta paciente femenina de 46 años, quien refiere dolor abdominal, de dos años de evolución, en FII, tipo cólico, de moderada intensidad, sin irradiación. En la exploración abdomen blando, depresible, sin visceromegalias, Ruidos Hidroaéreos Presentes. Ante la sospecha de tumoración ovárica izquierda por estudios clínicos y paraclínicos se realiza laparotomía exploradora, observándose plastrón mesentérico con anexo izquierdo y sigmoides. Se realiza hemicolectomía izquierda y anastomosis transverso-sigmoidea termino-terminal. La paciente egresa a los 15 días con evolución satisfactoria, presentando al mes dolor abdominal con iguales características semiológicas y distensión abdominal, realizándose manejo conservador con evolución satisfactoria.

Histopatología: Microscópicamente, el tejido afectado por la enfermedad de Crohn revela una serie de características distintivas. Entre las más notables se encuentran las células gigantes multinucleadas de tipo Langhans, que son grandes células formadas por la fusión de varios macrófagos y que contienen múltiples núcleos organizados en una disposición en forma de herradura o anillo. Dentro de estas células gigantes, es posible observar cuerpos asteroides, que son inclusiones citoplasmáticas en forma de estrella, aunque su presencia no es específica de esta enfermedad y puede observarse en otras condiciones granulomatosas.

Estas células gigantes y cuerpos asteroides se encuentran en el contexto de granulomas no caseificantes, una característica clave de la enfermedad de Crohn, en los cuales la necrosis central está ausente, a diferencia de otras enfermedades granulomatosas como la tuberculosis. El entorno inmediato de estos granulomas incluye un área edematosa, que indica la presencia de inflamación y acumulación de líquido. Esta área edematosa está rodeada por una densa infiltración de células inflamatorias,

que incluye histiocitos, fibroblastos y células inflamatorias mononucleadas como linfocitos y células plasmáticas.

Los histiocitos, que son células del sistema inmunológico derivadas de monocitos, participan activamente en la fagocitosis y en la presentación de antígenos, jugando un papel central en la respuesta inmunitaria local. Los fibroblastos, por su parte, son responsables de la síntesis de colágeno y otros componentes de la matriz extracelular, contribuyendo a la fibrosis y a la formación de tejido cicatricial que puede llevar a estenosis intestinal. La presencia de estas células inflamatorias mononucleadas indica una respuesta inflamatoria crónica y sostenida, que es característica de la enfermedad de Crohn, y que puede llevar a una destrucción progresiva del tejido intestinal y a la formación de complicaciones como fistulas y abscesos.

Colon por enema: El estudio radiológico del colon mediante enema de contraste revela importantes datos característicos de la enfermedad de Crohn. Se observa una estenosis significativa en la zona de la anastomosis término-terminal, que es una unión quirúrgica entre dos extremos del intestino. Esta estenosis se manifiesta como un estrechamiento pronunciado del lumen intestinal, lo cual es indicativo de un proceso patológico subyacente como la fibrosis, el engrosamiento de la pared intestinal, y la inflamación persistente. Este estrechamiento puede resultar en una obstrucción parcial o completa del paso del contenido intestinal, lo que se asocia clínicamente con síntomas como dolor abdominal, distensión, y cambios en los hábitos intestinales, como la diarrea o el estreñimiento.

Además de la estenosis, el estudio revela la presencia de una fístula entérica ciega, que es una comunicación anómala que conecta una parte del intestino con otra estructura adyacente, pero que no tiene una abertura externa visible para permitir el drenaje del contenido intestinal. Estas fístulas ciegas son complicaciones graves de la enfermedad de Crohn y pueden llevar a la formación de abscesos y otras infecciones secundarias si no se tratan adecuadamente.

La enfermedad de Crohn ha demostrado ser uno de los factores de riesgo para la formación de fistulas, con altas tasas de recurrencia. Aproximadamente, el 35% de los pacientes con enfermedad de Crohn experimentan al menos una fístula durante el curso de su enfermedad, siendo el 33% en los primeros 10 años y el 50% en la siguiente década (Adegbola et al., 2020). Es importante destacar que las fístulas asociadas con la enfermedad de Crohn ocurren de manera espontánea en el intestino afectado con una fisiopatología poco clara, posiblemente relacionada con la inflamación transmural sostenida y la posterior transición de las células epiteliales polarizadas a células mesenquimales invasoras migratorias. Lo que resulta en remodelación y formación de fistulas, o postquirúrgicamente, principalmente en el sitio anastomótico después de una resección intestinal, considerándose así una complicación postquirúrgica (Gklavas et al., 2021).

Las fístulas ciegas, también llamadas fístulas subcutáneas no comunicantes, son tractos inflamatorios que no tienen una abertura externa visible y no permiten la salida de material intestinal al exterior del cuerpo. En lugar de drenar, estos tractos pueden formar abscesos en su terminación (Feuerstein et al., 2021). Estas fístulas pueden formarse debido a la inflamación crónica que caracteriza a la enfermedad de Crohn, la cual puede conducir a la formación de ulceraciones profundas en la mucosa intestinal. A medida que estas úlceras se agravan, pueden extenderse a través de las capas de la pared intestinal, creando un tracto fistuloso (Chapuis-Biron et al., 2020).

El proceso inflamatorio en la enfermedad de Crohn está mediado por una respuesta inmunológica anormal a los antígenos intestinales. La inflamación crónica provoca daño tisular y fibrosis, lo que puede contribuir a la formación de estos tractos anormales. La translocación bacteriana y la sobreinfección pueden complicar el proceso, perpetuando la inflamación y la formación de fístulas. Además, los factores genéticos y ambientales también juegan un papel importante en la predisposición y la severidad de estas complicaciones (Biemans et al., 2020).

Los pacientes con enfermedad de Crohn son altamente susceptibles a someterse a múltiples procedimientos. Existen estudios que reportan que aproximadamente el 21% de los pacientes con enfermedad de Crohn se someterán al menos a una intervención quirúrgica dentro de los primeros 10 años desde el inicio de su enfermedad, aumentando la probabilidad de desarrollar fístulas enterocutáneas (De Gregorio et al., 2022).

A diferencia de las fístulas enterocutáneas, que presentan una abertura visible con drenaje, las fístulas ciegas no tienen una salida externa. Esto hace que su diagnóstico clínico sea más desafiante. Los pacientes con fístulas ciegas pueden presentar síntomas inespecíficos, como dolor abdominal, fiebre recurrente, pérdida de peso, y malestar general. Estos síntomas pueden confundirse con exacerbaciones de la enfermedad de Crohn o con otras complicaciones como abscesos u obstrucciones intestinales (Malian et al., 2020).

La presencia de una fístula ciega puede llevar a la formación de abscesos, que son colecciones localizadas de pus. Los abscesos se desarrollan cuando el material purulento no puede drenar y se acumula en los tejidos circundantes, lo que puede causar un dolor abdominal severo, fiebre y un aumento en los marcadores inflamatorios sistémicos. En algunos casos, los abscesos pueden perforarse espontáneamente, lo que puede complicar aún más el cuadro clínico (Singh et al., 2021). En este caso, se plantea que la historia de enfermedad de Crohn de la paciente contribuyó al desarrollo de la fístula reportada y al posterior retraso en su cicatrización.

El diagnóstico de las fístulas ciegas puede ser complejo debido a la falta de signos externos obvios. Las técnicas

de imagen son fundamentales para la identificación de estas fístulas. La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) son herramientas esenciales que permiten visualizar la anatomía del tracto fistuloso y la presencia de abscesos asociados. La RM es particularmente útil debido a su capacidad para diferenciar los tejidos blandos y proporcionar una imagen detallada de la inflamación y la fibrosis (Hu et al., 2021).

Además, la endoscopia puede ser empleada para evaluar la mucosa intestinal y detectar signos de inflamación activa, úlceras o la apertura interna de la fístula. La ecografía transanal o endoscópica también puede ser útil en algunos casos, especialmente para evaluar la enfermedad perianal (McGregor et al., 2023). Los estudios de laboratorio, aunque no son diagnósticos de fístulas ciegas, pueden mostrar signos de inflamación sistémica, como elevación de la proteína C-reactiva (PCR) o del recuento de glóbulos blancos (Andrés Moreno et al., 2021).

A partir del análisis de la literatura revisada, los factores comunes que contribuyen al desarrollo de fístulas ciegas en la enfermedad de Crohn incluyen:

1. **Inflamación Transmural Prolongada:** La afectación profunda de la pared intestinal favorece la formación de trayectos fistulosos.
2. **Fibrosis y Estenosis Intestinal:** la cicatrización excesiva puede atrapar segmentos de intestino, generando trayectos fistulosos sin salida.
3. **Sobreinfección Bacteriana y Translocación Microbiana:** la alteración de la barrera intestinal permite la migración de bacterias, promoviendo la formación de abscesos y fístulas.
4. **Cirugías Previas:** las anastomosis intestinales postquirúrgicas pueden predisponer a la aparición de fístulas en el sitio operado.
5. **Factores Genéticos y Autoinmunes:** variantes genéticas asociadas a la inflamación crónica pueden predisponer a la formación de fístulas.
6. **Uso Prolongado de Corticoides o Inmunosupresores:** aunque reducen la inflamación, pueden debilitar la reparación tisular, facilitando la formación de fístulas.

La prevención de complicaciones en pacientes con esta condición, es fundamental debido a la alta morbilidad asociada con esta patología. La inflamación transmural crónica y la formación de trayectos fistulosos sin una salida externa evidente pueden conducir a abscesos intraabdominales, perforaciones y sepsis, lo que incrementa el riesgo de hospitalizaciones prolongadas y procedimientos quirúrgicos repetitivos. El diagnóstico tardío de estas fístulas complica el tratamiento y puede derivar en estenosis intestinales severas, aumentando la probabilidad de obstrucción y afectando significativamente la calidad de vida del paciente.

Por lo anteriormente mencionado, es necesario implementar estrategias de monitoreo temprano, para reducir

complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes, se proponen las siguientes estrategias:

1. Abordaje Multidisciplinario

- Involucrar a gastroenterólogos, cirujanos, radiólogos y nutricionistas en el manejo del paciente.
- Monitoreo frecuente con pruebas de imagen para detectar fístulas en fases tempranas.

2. Optimización del Tratamiento Médico

- Uso de terapia biológica (ej. infliximab, adalimumab) para reducir la inflamación y prevenir la formación de nuevas fístulas.
- Evitar el uso prolongado de corticoides, optando por estrategias inmunomoduladoras más seguras.

3. Estrategias Nutricionales

- Implementación de nutrición enteral o parenteral en pacientes con obstrucciones o malabsorción severa.
- Evaluación de déficit de vitaminas y minerales (B12, D, zinc, selenio) y suplementación adecuada.

4. Seguimiento Postquirúrgico Rigurosamente Planificado

- Evaluación endoscópica periódica en pacientes con antecedentes de cirugía para detectar recurrencias tempranas.
- Uso de fármacos antifibróticos en pacientes con tendencia a desarrollar estenosis y fístulas.

5. Educación y Apoyo Psicológico

- Programas de educación para el paciente sobre síntomas de alarma y prevención de complicaciones.
- Apoyo psicológico y terapias para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad de Crohn severa.

CONCLUSIONES

La fístula colónica ciega es una complicación infrecuente de la enfermedad de Crohn, cuyo diagnóstico suele ser tardío debido a la inespecificidad de sus manifestaciones clínicas y la ausencia de drenaje externo evidente.

La combinación de estudios imagenológicos y evaluación histopatológica es fundamental para confirmar el diagnóstico y diferenciarlo de otras patologías abdominales con presentación similar.

El manejo quirúrgico representa una opción efectiva en casos avanzados o con complicaciones, aunque es necesario un seguimiento postoperatorio riguroso para evitar recurrencias y evaluar la respuesta del paciente.

La enfermedad de Crohn se asocia a un alto riesgo de fístulas y estenosis, por lo que se recomienda un abordaje multidisciplinario que incluya gastroenterólogos, cirujanos y especialistas en nutrición para optimizar el tratamiento y mejorar la calidad de vida del paciente.

La identificación temprana de biomarcadores inflamatorios y el uso de terapias biológicas podrían contribuir a la prevención y manejo de las fístulas colónicas ciegas en pacientes con enfermedad de Crohn.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adegbola, S. O., Dibley, L., Sahnan, K., Wade, T., Verjee, A., Sawyer, R., & Hart, A. L. (2020). Burden of disease and adaptation to life in patients with Crohn's perianal fistula: a qualitative exploration. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, 1-13. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12955-020-01622-7>

Andrés Moreno, A., Ponce Dorrego, M., Jiménez Gómez, J., Gómez Cervantes, M., Vilanova Sánchez, A., López Gutiérrez, J., & López Santamaría, M. (2021). Combined treatment of enterocutaneous fistula with laser diode and embolization. *Cir Pediatr*, 34, 43-46. https://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2021_34-1_43.pdf

Biemans, V. B., Van der Meulen-de Jong, A. E., Van Der Woude, C. J., Löwenberg, M., Dijkstra, G., Oldenburg, B., & Hoentjen, F. (2020). Ustekinumab for Crohn's disease: results of the ICC registry, a nationwide prospective observational cohort study. *Journal of Crohn's and Colitis*, 14(1), 33-45. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjz119>

Brochard, C., Rabilloud, M. L., Hamonic, S., Bajoux, E., Pagenault, M., Dabadie, A., & Seyrig, J. A. (2022). Natural history of perianal Crohn's disease: Long-term follow-up of a population-based cohort. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 20(2). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1542356520317201>

Chapuis-Biron, C., Kirchgessner, J., Pariente, B., Bouhnik, Y., Amiot, A., Viennot, S., & GETAID BioLAP Study Group. (2020). Ustekinumab for perianal Crohn's disease: the BioLAP multicenter study from the GETAID. *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG*, 115(11), 1812-1820. https://journals.lww.com/ajg/fulltext/2020/11000/ustekinumab_for_perianal_crohn_s_disease_the.16.aspx

De Gregorio, M., Lee, T., Krishnaprasad, K., Amos, G., An, Y. K., Bastian-Jordan, M., & Ding, N. S. (2022). Higher anti-tumor necrosis factor- α levels correlate with improved radiologic outcomes in Crohn's perianal fistulas. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 20(6), 1306-1314. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S154235652100865X>

Feuerstein, J. D., Ho, E. Y., Schmidt, E., Singh, H., Falck-Ytter, Y., Sultan, S., & Weiss, J. M. (2021). AGA clinical practice guidelines on the medical management of moderate to severe luminal and perianal fistulizing Crohn's disease. *Gastroenterology*, 160(7), 2496-2508. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2021.04.022>

- Gklavas, A., Sotirova, I., Karageorgou, M., Kozonis, T., Poulaki, A., & Papaconstantinou, I. (2021). Is the Quality of Life of Patients with Fistulizing Perianal Crohn's Disease Impaired by the Presence of Chronic Loose, Non-cutting Seton? *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 25(10), 2686-2689. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1091255X23008028>
- Hu, A., Kotze, P. G., Burgevin, A., Tan, W., Jess, A., Li, P. S., & Ananthakrishnan, A. N. (2021). Combination therapy does not improve rate of clinical or endoscopic remission in patients with inflammatory bowel diseases treated with vedolizumab or ustekinumab. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 19(7), 1366-1376. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.07.012>
- Malian, A., Rivière, P., Bouchard, D., Pigot, F., Eléouet-Kaplan, M., Favreau-Weltzer, C., & Laharie, D. (2020). Predictors of perianal fistula relapse in Crohn's disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 26(6), 926-931. <https://doi.org/10.1093/ibd/izz200>
- McGregor, C. G., Tandon, R., & Simmons, A. (2023). Pathogenesis of fistulating Crohn's disease: a review. *Cellular and molecular gastroenterology and hepatology*, 15(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.jcmgh.2022.09.011>
- Ríos, P., Güell Bara, A., Serra, M. M., Nova, D. E., Gordillo, K. J., Ponce, R. J., Eva, E., & De Lama, M. E. (2022). Complicaciones intestinales de la enfermedad de Crohn. Hallazgos radiológicos. *Seram*, 1(1). <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8623>
- Singh, S., Murad, M. H., Fumery, M., Sedano, R., Jairath, V., Panaccione, R., & Ma, C. (2021). Comparative efficacy and safety of biologic therapies for moderate-to-severe Crohn's disease: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 6(12), 1002-1014. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(21\)00312-5](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(21)00312-5)
- Tjandra, D., Garg, M., Behrenbruch, C., McCormick, J., Simkin, P., Prentice, R., & Christensen, B. (2021). Investigation and management of internal fistulae in Crohn's disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 53(10), 1064-1079. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apt.16326>
- Tsai, L., McCurdy, J. D., Ma, C., Jairath, V., & Singh, S. (2022). Epidemiology and natural history of perianal Crohn's disease: a systematic review and meta-analysis of population-based cohorts. *Inflammatory Bowel Diseases*, 28(10), 1477-1484. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34792604/>
- Tuma, F., Crespi, Z., Wolff, C. J., Daniel, D. T., & Nassar, A. K. (2020). Enterocutaneous fistula: a simplified clinical approach. *Cureus*, 12(4). https://assets.cureus.com/uploads/review_article/pdf/30483/1612430103-1612430098-20210204-18268-yjgrfi.pdf
- Vásquez de la Bandera Gonzenbach, P. D., Sigüencia Muñoz, J. M., Acosta Mayorga, C. G., & Pérez Quiroga, F. D. (2023). Enfermedad de Crohn Perianal Fistulizante. Reporte de caso clínico y Revisión bibliográfica. *Revista UNIANDES De Ciencias De La Salud*, 6(3), 1414-1424. <https://doi.org/10.61154/rucs.v6i3.2740>