

Repercusión diagnóstica y terapéutica del estudio ecográfico en los trayectos fistulosos perianales en pacientes con sospecha de hidradenitis supurativa



Diagnostic and Therapeutic Implications of Ultrasound Imaging of Perianal Fistulous Tracts in Patients with Suspected Hidradenitis Suppurativa

Sra. Directora:

La Real Academia Española define fístula como un conducto anormal que se abre en la piel o en las membranas mucosas. Este tracto fistuloso puede comunicar 2 estructuras o tener un fondo ciego. En el caso de la fístula perianal, la conexión se establece entre el canal anal y la piel del periné, con un recorrido variable a través de las estructuras de esta región anatómica, que permite clasificarlas, según Parks, en interesfinterianas, transesfinterianas, supraesfinterianas y extraesfinterianas. Además, para algunos autores^{1,2} existiría un quinto grupo de fístulas denominado superficial, con recorrido desde el extremo inferior del canal anal hasta la piel perineal.

Las fístulas perianales son más frecuentes en hombres, con un pico de incidencia entre la tercera y la quinta década de la vida, y se manifiestan a nivel cutáneo en la región perianal, perineal o glútea como un orificio o nódulo violáceo indurado y doloroso que drena un material serosanguinolento. Pueden tener un origen primario (fístulas criptogénicas primarias) o aparecer en el contexto de una enfermedad de Crohn (EC) o una hidradenitis supurativa (HS).

Presentamos 2 pacientes sin antecedentes de EC o HS, con sendas lesiones violáceas induradas en la zona perineal que drenaban material serosanguinolento, en los que el estudio ecográfico fue determinante para establecer el diagnóstico y la actitud terapéutica.

El primer caso fue un varón de 73 años de edad derivado a la consulta de Dermatología desde Cirugía General por sospecha de HS. Presentaba un nódulo indurado perineal izquierdo doloroso a la palpación, de más de un año de evolución (fig. 1a). No presentaba otras lesiones cutáneas en la zona o en el resto de los pliegues ni refería molestias gastrointestinales. Se realizó exploración ecográfica con sonda de alta resolución (Esaote MyLab Clase c, sonda lineal de 18 MHz), que reveló una banda ancha hipoeicoica que conectaba la lesión cutánea descrita con el canal anal, sin presencia de abscesos asociados ni vascularización en el modo doppler color (fig. 1b). Ante estos hallazgos se planteó el diagnóstico de fístula perianal primaria, se solicitó una ecografía transcutánea perianal (fig. 2a) y una resonancia magnética (fig. 2b), y se remitió de nuevo a Cirugía General para tratamiento quirúrgico.

El segundo paciente fue un varón de 32 años de edad, remitido desde el Servicio de Urgencias para descartar HS.

Presentaba una placa indurada en el glúteo izquierdo de 6 meses de evolución, sobre la que asentaban 2 nódulos erosivos y exudativos (fig. 3a). No presentaba otras lesiones cutáneas en la zona o en el resto de los pliegues corporales. En el estudio ecográfico se describió una banda ancha hipoeicoica dermohipodérmica que conectaba el orificio cutáneo visible con la piel perianal (fig. 3b). Además, asociaba un engrosamiento local de la dermis, dilatación de los folículos pilosos y el estudio doppler color era positivo en la periferia. Con la sospecha diagnóstica de fístula perianal como forma de presentación de una HS, se planteó tratamiento con infiltración de acetónido de triamcinolona y seguimiento en consulta de Dermatología. La resonancia magnética solidificada confirmó el recorrido dermohipodérmico del trayecto fistuloso.

Las fístulas perianales primarias se originan a partir de un absceso en las criptas anales, cuya patogenia no está claramente establecida. Aparecen en adultos jóvenes, fundamentalmente varones, y no precisan otros estudios si cursan como un episodio único. La resonancia magnética constituye actualmente el examen de referencia para su diagnóstico y clasificación, lo que permitirá planear el tratamiento quirúrgico preservando la funcionalidad esfinteriana y evitando la recidiva³.

Sin embargo, las fístulas perianales también pueden constituir el inicio o la complicación de una EC o una HS, por lo que si un individuo las presenta de forma recurrente será necesario descartar estas enfermedades.

El 20% de los enfermos con EC presentan afectación perianal, con formación de fístulas complejas, en ocasiones con trayectos ramificados que discurren por planos anatómicos profundos desde la piel perineal, atravesando esfínteres hasta el canal endoanal, pudiendo formar colecciones en su recorrido^{4,5}. Son muy invalidantes y presentan escasa respuesta a los tratamientos médicos.

La afectación de la región perineal y glútea en la HS no es infrecuente, sobre todo en varones y en el fenotipo LC3 de Canoui-Poitrine⁶, pudiendo complicarse con la presencia de fístulas perianales hasta en el 9% de los casos según algunas series⁷. Se trata de formas fistulosas superficiales, con trayectos simples entre la piel regional y el extremo inferior del orificio anal, por debajo de la línea dentada⁴. Además del trayecto fistuloso, el estudio ecográfico revelará otros cambios propios de la HS, como engrosamiento dérmico y del tejido celular subcutáneo, folículos dilatados o colecciones hipoeicoicas, lo que facilita el diagnóstico^{8,9}. Su presencia es criterio de gravedad en la HS, necesitando un abordaje multidisciplinar, aunque se pueden ensayar tratamientos médicos locales previos a la exéresis quirúrgica¹⁰.

En estudios recientes¹, tanto la ecografía endoanal como la ecografía transcutánea perianal se postulan como las pruebas de imagen de elección, al tratarse de técnicas accesibles y mínimamente invasivas que permiten determinar con exactitud el recorrido del trayecto fistuloso. Ante una lesión perianal, perineal o glútea similar a las de los pacientes presentados es primordial realizar un estudio ecográfico, que, ligado a la historia clínica del paciente, nos permitirá orientar el diagnóstico y establecer una actitud terapéutica adecuada.

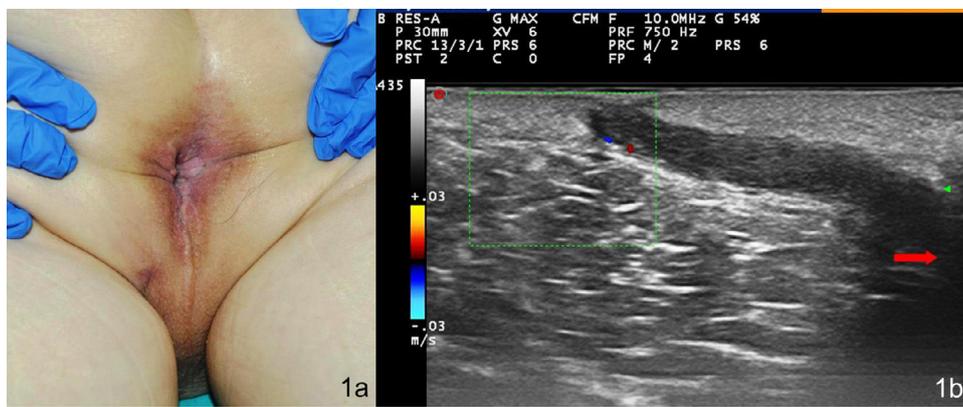


Figura 1 Imagen clínica y ecográfica del primer paciente. 1 a: nódulo violáceo perineal izquierdo en el que se intuye el orificio central. 1 b: banda hipoeoica correspondiente a tracto fistuloso que une la dermis inferior a la lesión con el canal anal (flecha roja).

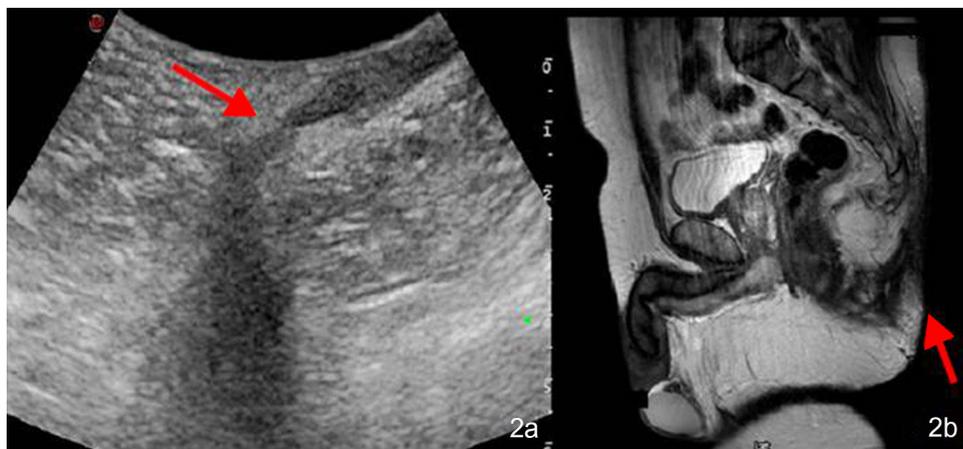


Figura 2 Confirmación diagnóstica de la fístula criptogénica perianal primaria y detalle del trayecto fistuloso (flecha roja) en ecografía transcutánea perianal (2 a) y resonancia magnética (2 b).



Figura 3 Imagen clínica y ecográfica del segundo paciente. 3 a: nódulos violáceos con zona central erosiva en el glúteo izquierdo. 3 b: banda hipoeoica dermohipodérmica correspondiente a tracto fistuloso que une la lesión visible con la piel perianal. También se aprecia engrosamiento dérmico y folículos dilatados (flecha roja).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Lacoma EM, Gimeno MJ, Guirola JA, Sánchez E, López JI. Ecoografía endoanal en el diagnóstico de las fistulas relacionadas con la enfermedad de Crohn. *Intervencionismo*. 2016;16:14–23.
2. Wedemeyer J, Kirchoff T, Sellge G, Bachmann O, Lotz J, Galanski M. Transcutaneous perianal sonography: A sensitive method for the detection of perianal inflammatory lesions in Crohn's disease. *World J Gastroenterol*. 2004;10:2859–63.
3. Charúa-Guindic L. Fístula anal. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 2007;70:85–92.
4. Bassas-Villa J, González-Lama Y. Hidradenitis supurativa y enfermedad de Crohn perianal: diagnóstico diferencial. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107:27–31.
5. Wright E, Novak KL, Lu C, Panaccione R, Ghosh S, Wilson SR. Transperineal ultrasonography in perianal Crohn disease: A valuable imaging modality. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2015;29:445–7.
6. Martorell A, García-Martínez J, Jiménez-Gallo D, Pascual JC, Pereyra-Rodríguez J, Salgado L, et al. Actualización en hidradenitis supurativa (I): epidemiología, aspectos clínicos y definición de severidad de la enfermedad. *Actas Dermosifiliogr*. 2015;106:703–15.
7. Kolodziejczak M, Sudol-Szopinska I, Wilczynska A, Bierca J. Utility of transperineal and anal ultrasonography in the diagnosis of hidradenitis suppurativa and its differentiation from a rectal fistula. *Postepy Hig Med Dosw*. 2012;66:838–42.
8. Martorell A, Segura-Palacios JM. Ecoografía de la hidradenitis supurativa. *Actas Dermosifiliogr*. 2015;106:49–59.
9. Wortsman X, Jemec GB. Real-time compound Imaging ultrasound of hidradenitis suppurativa. *Dermatol Surg*. 2007;33:1340–2.
10. Wortsman X, Castro A, Figueroa A. Color Doppler ultrasound assessment of morphology and types of fistulous tracts in hidradenitis suppurativa (HS). *J Am Acad Dermatol*. 2016;75:760–7.

A. Gómez-Zubiaur^{a,*}, F. Alfageme^b, E. Martínez-Lorenzo^c y G. Roustán^b

^a *Servicio de Dermatología y Venereología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España*

^b *Servicio de Dermatología y Venereología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España*

^c *Servicio de Dermatología y Venereología, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: agomezubiaur@gmail.com (A. Gómez-Zubiaur).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.10.017>

0001-7310/

© 2018 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.