

CASO CLÍNICO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

**II JORNADA DE
FORMACIÓN CONTINUADA
EN GASTROENTEROLOGÍA
Y HEPATOLOGÍA
PARA RESIDENTES**

24 y 25 de septiembre de 2021
Palacio de Congresos y Exposiciones de Ronda

www.sapd.es

**Francisco Jesús Mata Perdigón
Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz)**

**José Manuel Benítez Cantero
Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)**



Motivo de consulta

- Varón de 31 años que consulta por dolor abdominal, diarrea y fiebre



Antecedentes personales

- Alergia a penicilinas
- Hábitos tóxicos: No fumador. Bebedor de 3-4 cervezas y algún destilado los fines de semana.
- Situación social: Trabaja como informático. Casado y con un hijo. Vida activa.
- No HTA. No DM. No DLP.
- Asma bronquial.
- No intervenciones quirúrgicas.
- Tratamiento habitual: Salbutamol inhalado cuando precisa.



Enfermedad actual



- Varón de 31 años que acude a urgencias por dolor abdominal a nivel de fosa ilíaca derecha iniciado hace cuatro semanas pero intensificado en los últimos 4 días y que le empeora tras las comidas.
- Desde ayer con sensación distérmica con fiebre de 38°C en la mañana de hoy.
- Asocia aumento del ritmo intestinal con unas 5-6 deposiciones líquidas en la última semana, que no respetan el descanso nocturno, con mucosidad pero sin otros productos patológicos.
- Refiere que en los últimos tres años ha presentado episodios de molestias abdominales y diarrea de forma intermitente así como dolores en grandes articulaciones que cedían con paracetamol.

Exploración física

- Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo con SatO₂ del 98% basal. TA 110/70 mmHg. FC 95 lpm. T^a 36,8 °C. Talla 1,80 cm. Peso 58 kg. IMC 17,9.
- AC: tonos rítmicos sin soplos. AR: MVc sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen: RHA presentes, blando, depresible con dolor a la palpación a nivel de fosa ilíaca derecha que se encuentra empastada pero sin defensa abdominal.
- MMII: sin edemas.
- Tacto rectal: eritema perianal, sin hemorroides externas, esfínter normotónico no doloroso, sin palpase lesiones en ampolla rectal y dedil con heces marronáceas a la extensión en papel.

Pruebas complementarias

Analítica urgente

HEMOGRAMA

Hemoglobina	12,5 g/dL	(13,5-17,2)
Leucocitos	16790	(4000-11000)
Neutrófilos	85%	(42-77)
Plaquetas	370x10³	(130-400)

BIOQUÍMICA

Creatinina	0,8 mg/dL	(0,72-1,26)
Urea	38 mg/dL	(19-44)
Na	142 mEq/L	(135-145)
K	3,7 mEq/L	(3,5-5)
LDH	169 U/L	(4-150)
PCR	26 mg/L	(0-5)

COAGULACIÓN

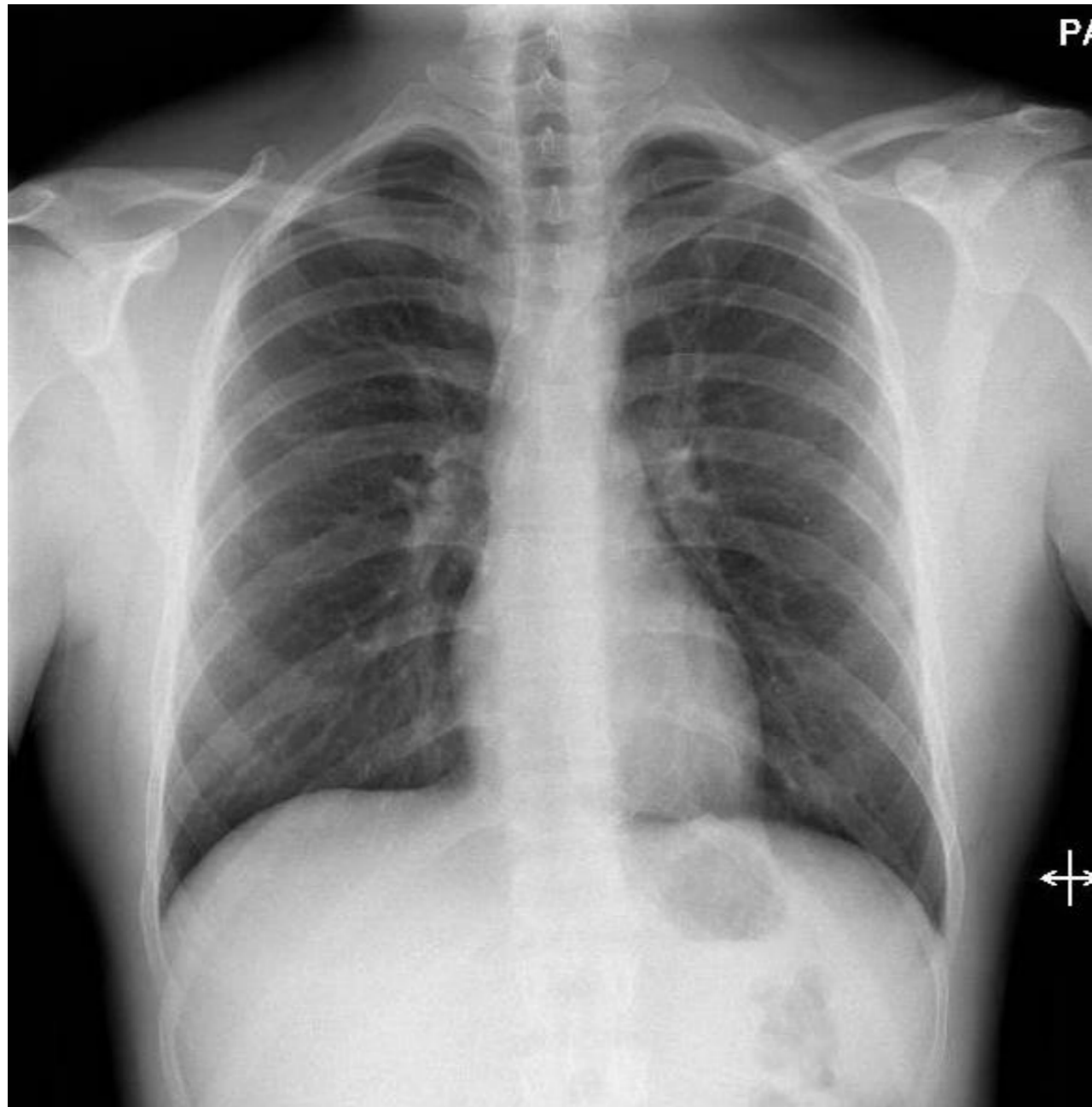
INR	1,04	(0,8-1,2)
Actividad de protrombina	93%	(75-140)
Fibrinógeno	212 mg/dL	(150-550)

GASOMETRÍA VENOSA

pH	7,38	(7,35-7,45)
pCO₂	38 mmHg	(35-45)
Bicarbonato	23,5 mmol/L	(22-26)
Ácido láctico	8,9 mg/dL	(5,4-22,3)

Pruebas complementarias

Imagen



Pruebas complementarias

Imagen

Ecografía abdominal:

En FID a nivel de la válvula ileocecal, se aprecia un moderado engrosamiento parietal de íleon terminal que se acompaña de mínima cantidad de líquido libre.

No se aprecian colecciones abdominales ni otros hallazgos de interés.

Conclusión: Ileítis terminal.



Pruebas complementarias

Imagen



TC abdominal urgente

Engrosamiento mural concéntrico de un segmento de unos 12cm de íleon terminal con intenso realce estratificado, disminución de su luz de etiología inflamatoria sin dilatación de segmentos proximales. Se acompaña de discreta cantidad de líquido libre y adenopatías reactivas.

INGRESO EN PLANTA

Sueroterapia

Analgesia

Profilaxis antitrombótica

Ciprofloxacino y metronidazol



1



¿DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTE UN CUADRO DE ILEÍTIS?

¿PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS A LLEVAR A CABO?

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Coprocultivo

- No se aíslan bacterias enteropatógenas habituales (Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, Aeromonas, Pleisomonas, Vibrio)



Parásitos

- No se observan huevos de helmintos ni quistes de protozoos



Clostridium difficile

- No se detecta toxina.

Pruebas complementarias

Analítica rutina

HEMOGRAMA

Hemoglobina	12,2 g/dL	(13,5-17,2)
Leucocitos	12100	(4000-11000)
Neutrófilos	75%	(42-77)
Plaquetas	350x10 ³	(130-400)

COAGULACIÓN

INR	1	(0,8-1,2)
Actividad de protrombina	90%	(75-140)
Fibrinógeno	129 mg/dL	(150-550)

BIOQUÍMICA

Creatinina	0,8 mg/dL	(0,72-1,26)
Urea	21 mg/dL	(19-44)
Na	138 mEq/L	(135-145)
K	4,1 mEq/L	(3,5-5)
Calcio	9,4 mEq/L	(8,8-10,6)
AST	16 U/L	(1-40)
ALT	21 U/L	(1-40)
BT	0,37 mg/dL	(0,3-1,2)
FA	42 U/L	(40-150)
GGT	18 U/L	(12-64)
LDH	165 U/L	(4-150)
PCR	18 mg/L	(0-5)

Pruebas complementarias

Analítica rutina

PERFIL FÉRRICO Y VITAMINAS

Hierro	32 mcg/dL	(65-175)
Ferritina	350 ng/mL	(21,8-274,7)
IST	17%	(20-50)
Vitamina B12	343 pg/mL	(187-883)
Ácido fólico	3,7 ng/mL	(3,1-20)

BIOQUÍMICA

Colesterol	110 mg/dL	(1-200)
Triglicéridos	129 mg/dL	(4-150)
Proteínas	6,1 g/dL	(6,4-8,3)
Albúmina	3,2 g/dL	(3,5-5,2)

SEROLOGÍAS

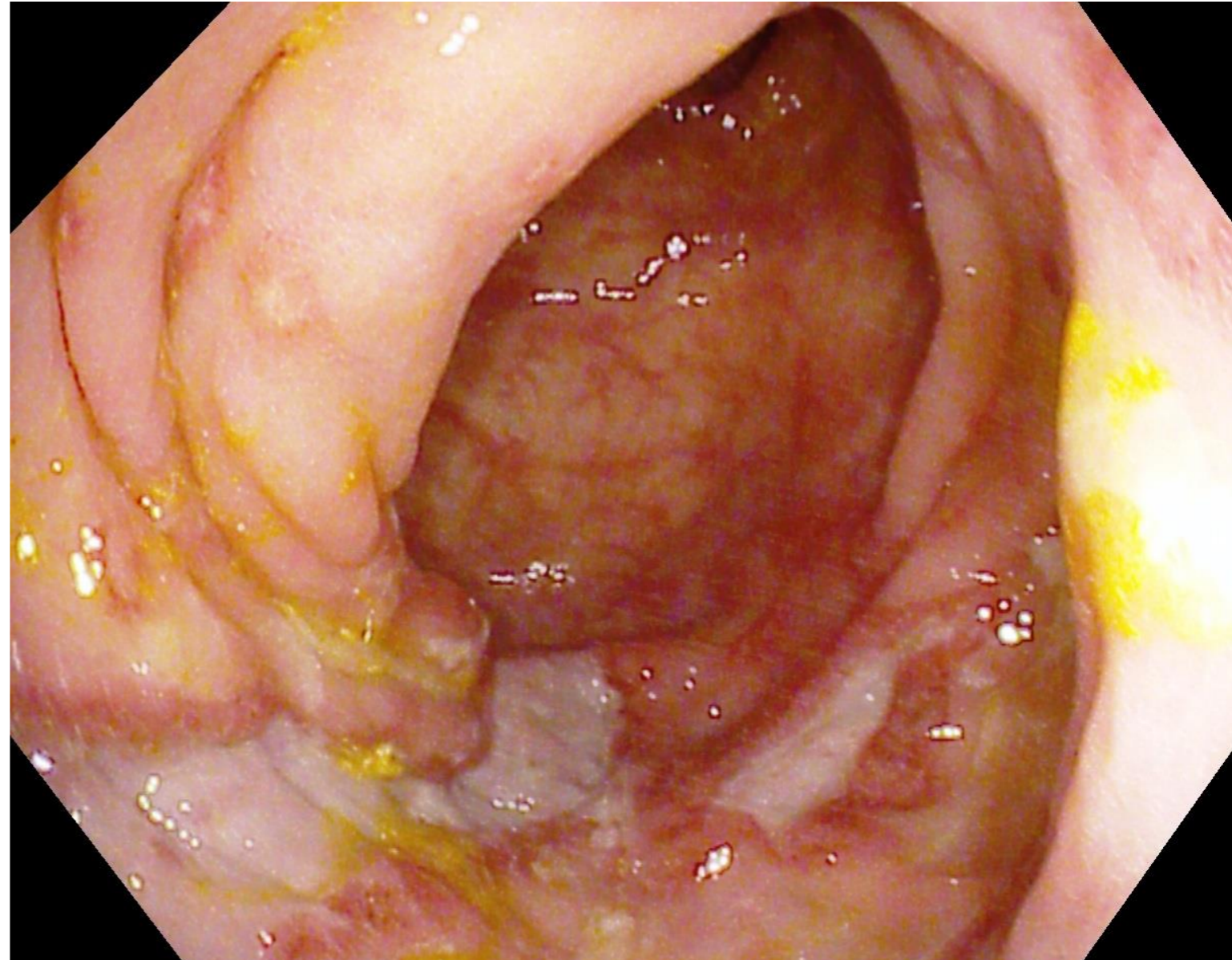
Shigella	Negativa
Salmonella	Negativa
Yersinia	Negativa
Campilobacter	Negativa

Pruebas complementarias

Colonoscopia

Buena preparación colónica.
Escala de Boston: CD3-CT3-CI3.

Ciego y válvula ileocecal con
numerosas **aftas y úlceras
superficiales.**



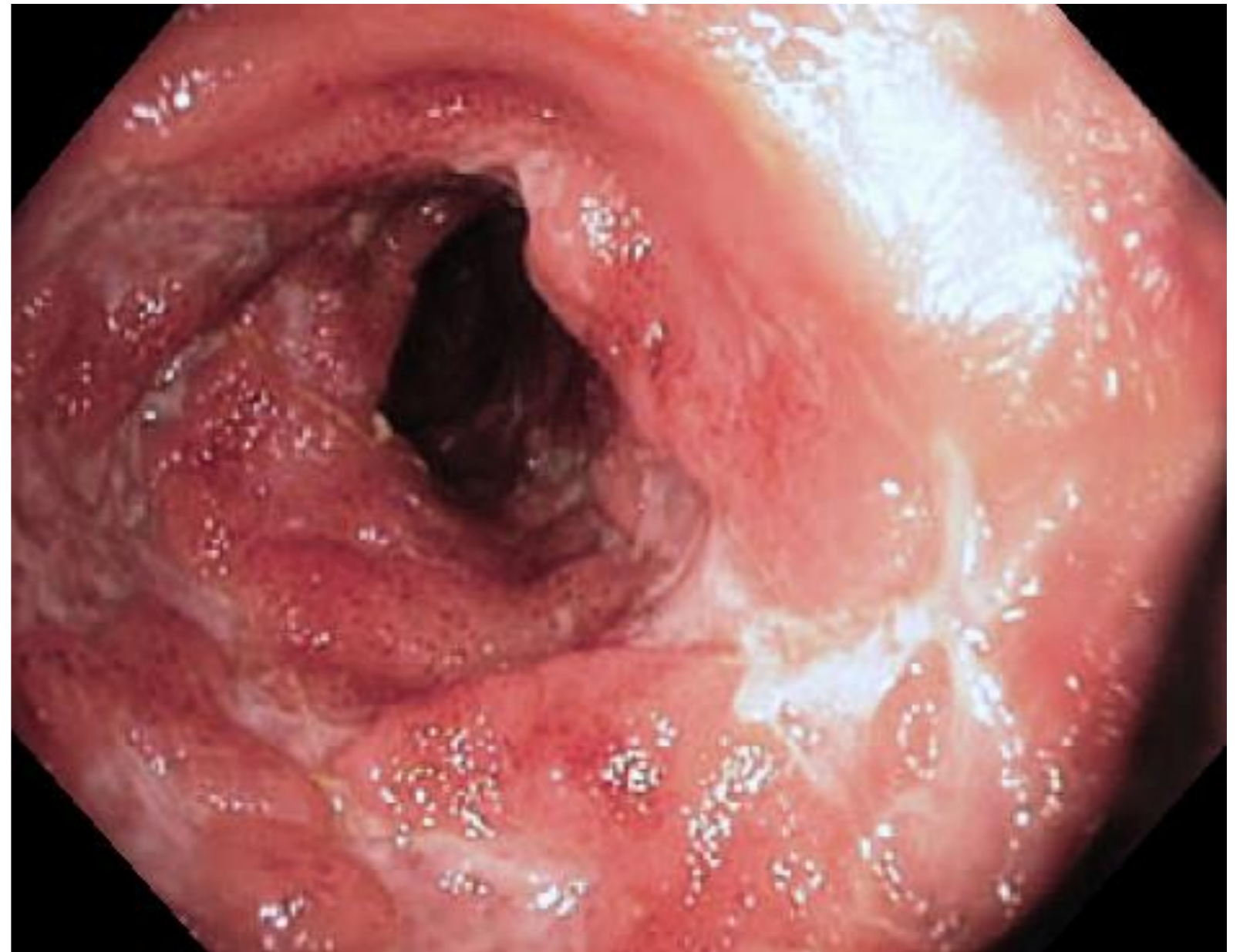
Pruebas complementarias

Colonoscopia

Últimos centímetros del íleon terminal con **mucosa edematosa y eritematosa con úlceras superficiales**. Resto de mucosa colónica normal con patrón vascular conservado.

Se toman **biopsias** de íleon y ciego para estudio histológico y microbiológico.

**JUICIO ENDOSCÓPICO:
ENFERMEDAD DE CROHN
ILEOCECAL**



2



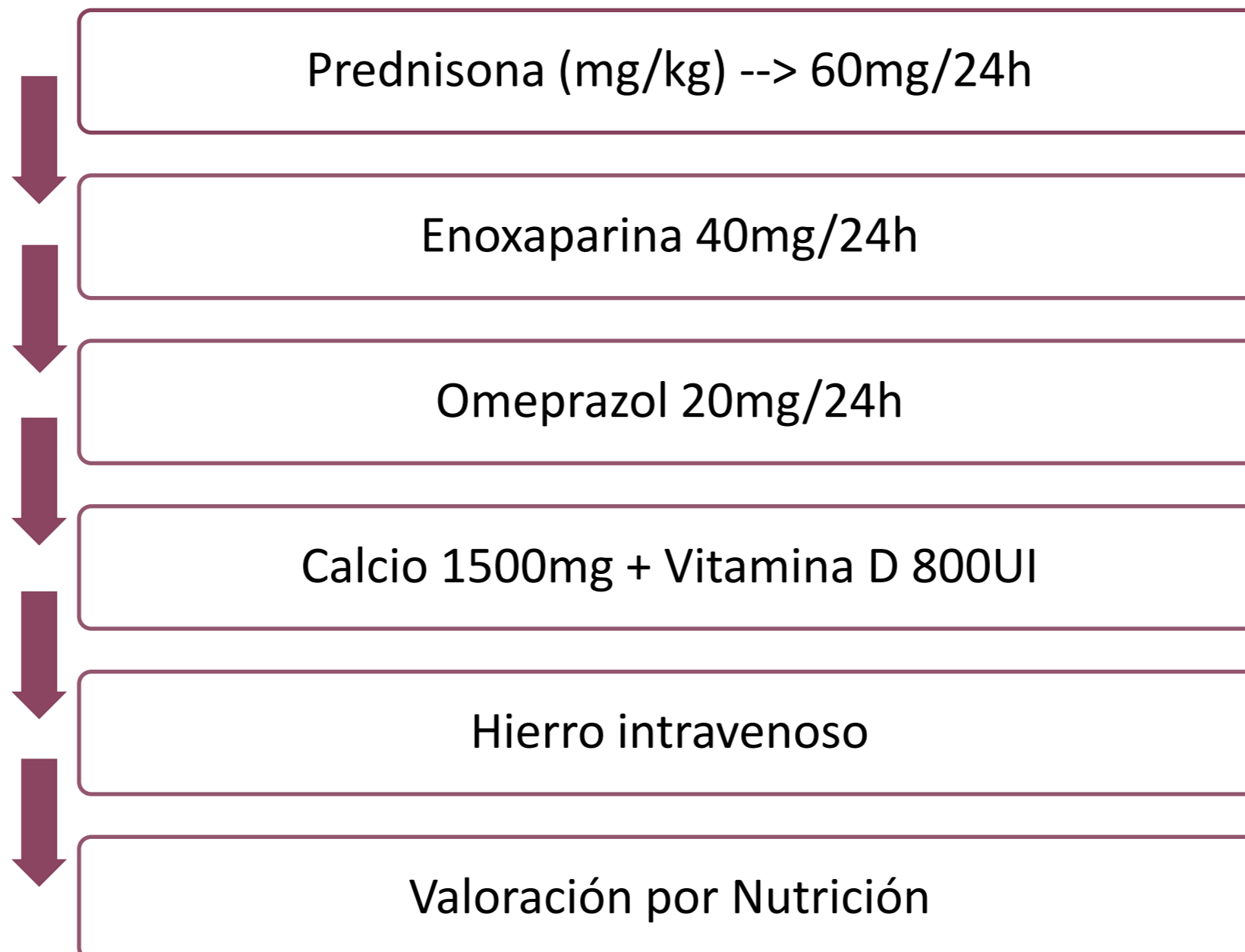
¿CÓMO VALORAS LA GRAVEDAD DEL BROTE QUE PRESENTA EL PACIENTE?

¿UTILIZAS ÍNDICES DE GRAVEDAD?

Ante la clínica y los hallazgos endoscópicos se sospecha de...

Brote moderado-grave de enfermedad de Crohn ileocecal

Índice de Harvey Bradshaw 13



ÍNDICE DE HARVEY BRADSHAW	
Variables	Puntos
1. Estado general	0. Muy bueno
	<u>1. Regular</u>
	2. Malo
	3. Muy malo
	4. Malísimo
2. Dolor abdominal	0. No
	1. Ligero
	2. Moderado
	<u>3. Intenso</u>
3. Número de deposiciones líquidas (n puntos)	<u>6</u>

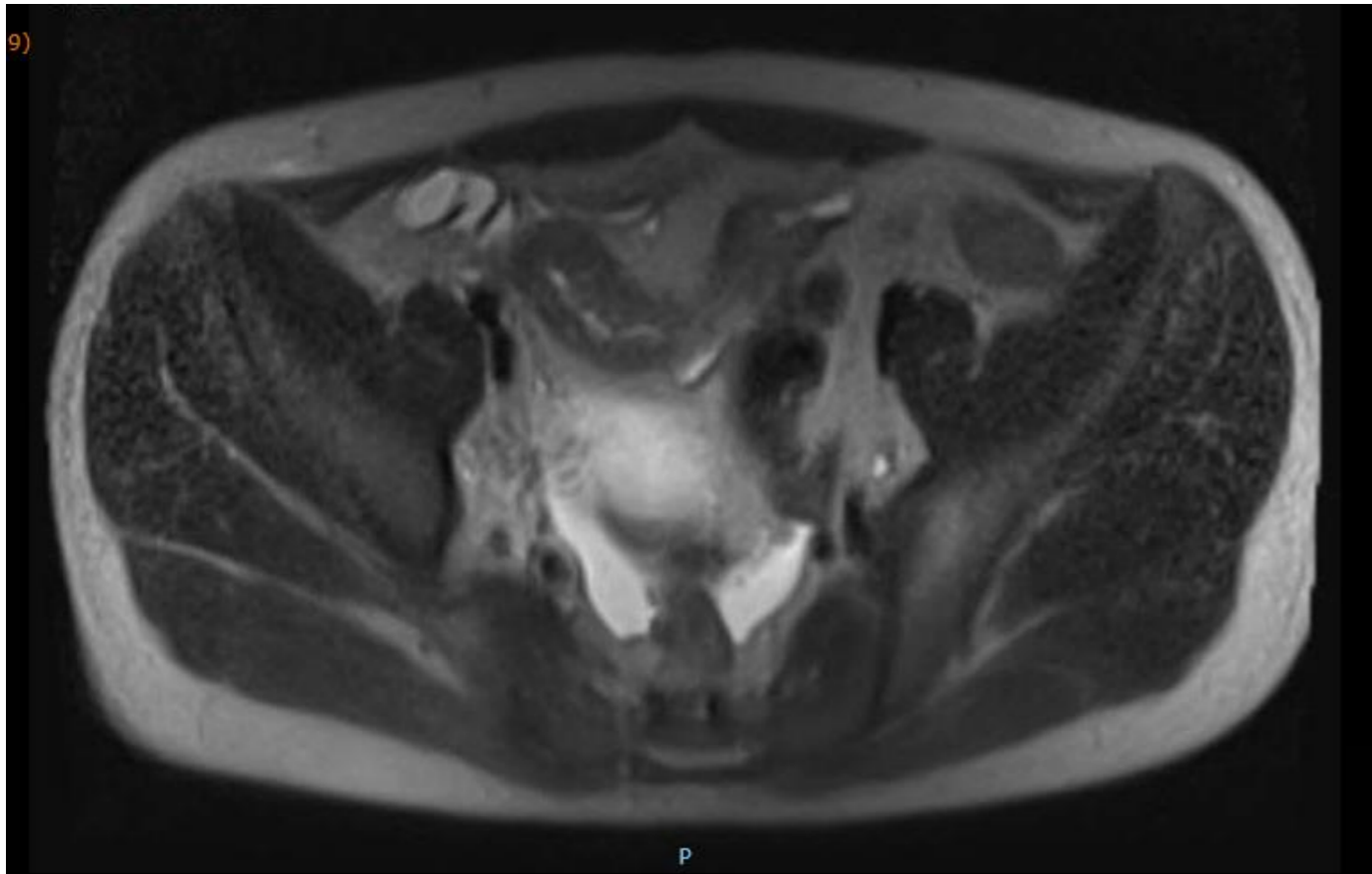
ÍNDICE DE HARVEY BRADSHAW	
4. Masa abdominal	0. No
	1. Dudosa
	2. Definida
5. Complicaciones	<u>3. Definida y dolorosa</u>
	1. Artralgias
	2. Uveítis
	3. Eritema nodoso
	4. Aftas
	5. Pioderma gangrenoso
	6. Fístula anal
	7. Otras fístulas
	8. Abscesos

Brote leve <6

Brote moderado 6-12

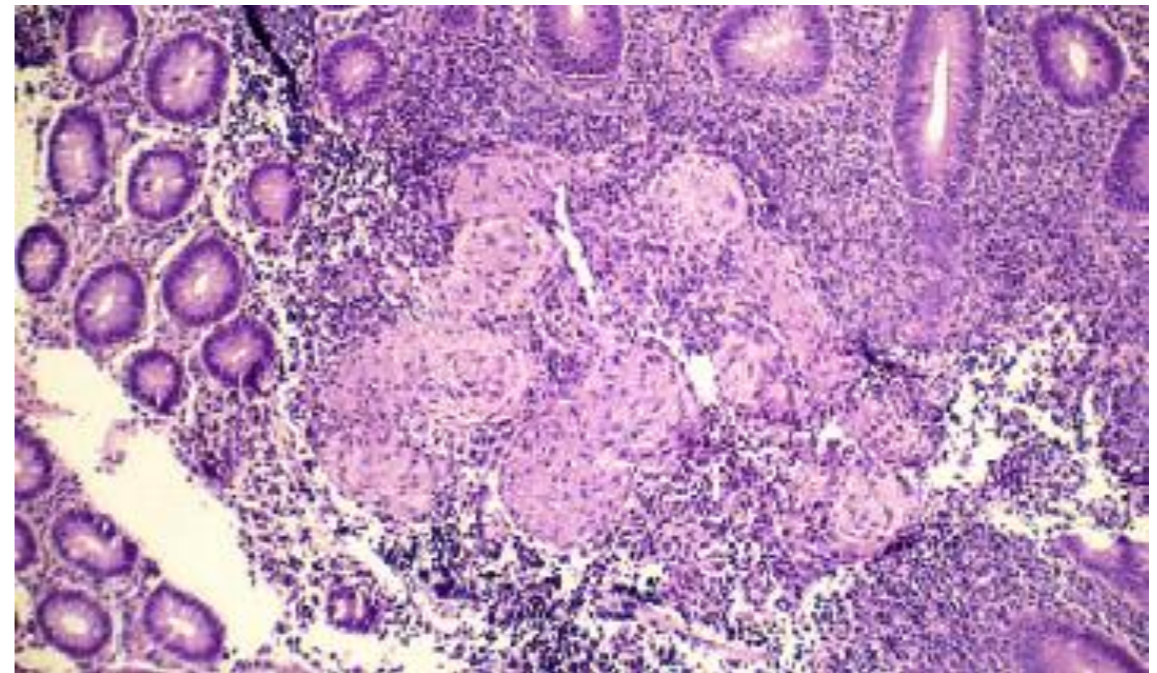
Brote grave >12

Entero-RM



Engrosamiento concéntrico de la pared de íleon distal y terminal, en un segmento aproximado de 15 cm, sin reducción de la luz y sin asociar dilatación proximal. Se acompaña de **realce** progresivo tras contraste. Además, se observan **cambios inflamatorios** a nivel del mesenterio con ingurgitación de vasos y adenopatías milimétricas.

Histología



Fragmentos de mucosa ileal y colónica con inflamación aguda y crónica con exocitosis neutrofílica y presencia de granulomas epiteliales compatible con enfermedad inflamatoria intestinal.

Tras el inicio de la corticoterapia → **Mejoría clínica** del paciente con disminución del dolor abdominal, reducción del número de deposiciones a unas 2-3 al día y de mayor consistencia

En el control analítico a los 4 días se observa un descenso de los reactantes de fase aguda con **PCR de 5mg/L** y mejoría de la anemia con **Hb en 14 g/dL**.

DIAGNÓSTICO:

**Brote moderado-grave de enfermedad de Crohn ileocecal A2L1B1.
Índice de Harvey Bradshaw 13
Patrón inflamatorio.**

Se procede al alta para seguimiento en consultas externas de Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

3



¿QUÉ TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO PLANTERÍAS EN EL PACIENTE?

¿CÓMO CARACTERIZARÍAS LA ENFERMEDAD DE CROHN QUE PRESENTA EL PACIENTE?

1ª visita a la semana tras hospitalización

Refiere **mejoría sintomática** con solo leves molestias a nivel de fosa ilíaca derecha por las que de forma puntual toma paracetamol y con **una deposición** al día formada.

Se mantiene tratamiento con **corticoides en pauta descendente**, IBP y suplementación con calcio y vitamina D.

Revisión en 3 meses con analítica y calprotectina fecal.

Sin embargo...

1ª visita a la semana tras hospitalización

Aproximadamente al mes de finalizar el tratamiento con corticoides, el paciente acude a **Urgencias**.

Refiere **dolor abdominal** intenso a nivel de fosa ilíaca derecha de 5 días de evolución con fiebre en los dos últimos días con pico de **38,7°C**.

Además, **4-6 deposiciones líquidas** al día, algunas con hilos de **sangre** y que no respetan el descanso nocturno.

Ha disminuido la ingesta por empeoramiento del dolor con episodios de **vómitos** puntuales.

Valoración

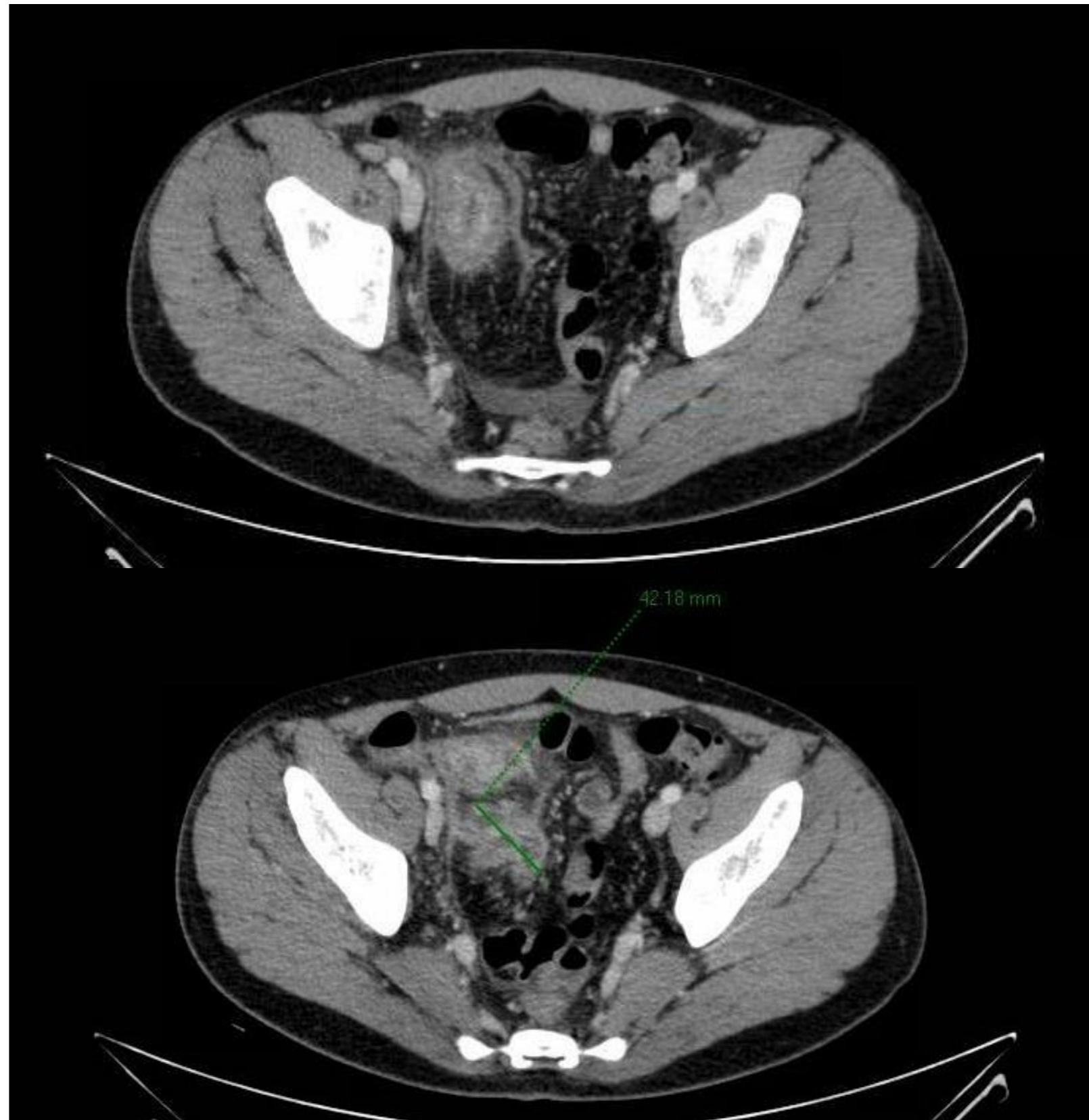
Regular estado general, **palidez** cutánea, estable hemodinámicamente y **Tª 37,8°C**.

A la exploración abdominal con dolor a nivel de fosa ilíaca derecha donde se palpa sensación de **masa** con signos flogóticos en la pared abdominal pero sin peritonismo.

ANALÍTICA		
Hemoglobina	11 g/dL	(13,5-17,2)
Leucocitos	18790	(4000-11000)
Neutrófilos	91%	(42-77)
Plaquetas	410x10 ³	(130-400)
Actividad de protrombina	73%	(75-140)
PCR	67 mg/L	(0-5)

TC ABDOMINAL

Engrosamiento mural de un segmento de íleon terminal con estratificación de la pared, mínima cantidad de líquido libre y rarefacción de la grasa adyacente donde se identifican pequeñas **coleciones mal definidas** con algunas burbujas de gas, que en su conjunto llegan a medir aproximadamente 3,4 x 4,2 cm. Además, se aprecia una **fístula** que comunica dicha colección con el íleon terminal.



4



¿CÓMO MANEJARÍAS DICHA COMPLICACIÓN?

¿TE CONDICIONARÍA CAMBIO DE TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO EN SU ENFERMEDAD DE CROHN?

Ingreso en planta

Antibioterapia

- Ciprofloxacino y metronidazol iv.

Cultivos

- Hemocultivos, coprocultivo y toxina de Clostridium negativos

Serologías

- VHC, VIH y EBV negativos
- VHB, VVZ, sarampión, rubeola y parotiditis compatible con vacunación

Despistaje TBC

- Mantoux e IGRA negativos

A los tres días del inicio del tratamiento antibiótico el paciente se mantenía **estable y afebril.**

Presentaba una **mejoría clínica** con menor dolor abdominal y 3-4 deposiciones al día blandas sin productos patológicos.

En el control analítico se observaba reducción de la **PCR a 16 mg/L**, normalización de la **leucocitosis con 9570 con 66% de PMN** y normalización de la coagulación.

Tras la resolución del proceso infeccioso completando 10 días de tratamiento antibiótico y comprobar mediante ecografía abdominal la **desaparición de la colección** y ante el **patrón fistulizante** de enfermedad de Crohn ileocecal se decide...

Inicio de tratamiento biológico con anti-TNF α optándose por Adalimumab

Se administra al alta la primera **dosis de inducción con 160mg sc** con la **segunda dosis** de 80mg sc a las dos semanas.



El paciente es revisado en CCEE previamente a la administración de la **tercera dosis** de Adalimumab con 40mg sc.

Se encuentra **clínicamente bien** sin dolor abdominal y con 1 o 2 deposiciones al día formadas.

Analíticamente presenta una **Hb de 14,2 g/dL**, forma leucocitaria normal, PCR en **2,1 mg/L** y una **calprotectina fecal en 375 μ g/g**

Se mantiene seguimiento ambulatorio y tratamiento con Adalimumab 40mg / 2 semanas sc



¿CÓMO MONITORIZAS EL TRATAMIENTO CON ANTI-TNF Y HASTA CUANDO LO MANTIENES?

¿QUÉ IMPORTANCIA LE DAS A LAS MEIs EN EL MANEJO HABITUAL DEL PACIENTE CON EII?

Mensajes para llevar a casa...

1



¿DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTE UN CUADRO DE ÍLEITIS?

¿PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS A LLEVAR A CABO?

**ILEITIS
VERDADERAS**

**CUADROS
DE VECINDAD**

- Yersinia
- Salmonella
- Campylobacter
- Anisakis
- TBC...

Infecciones

Inflamatoria (EII)

Isquemia

Vasculitis

Fármacos / Drogas

Neoplasias

RT / traumatismos

Cuerpos extraños



1



¿DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTE UN CUADRO DE ÍLEITIS?

¿PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS A LLEVAR A CABO?

ANAMNESIS DIRIGIDA

Consumo de alimentos en mal estado, viajes a países exóticos o casos similares en convivientes → Ileitis infecciosa.

Antecedentes de consumo de pescado crudo → Anisakis

Toma de AINEs → Ileitis por fármacos.

Lesiones cutáneas, antecedentes de vasculitis → Ileitis por vasculitis.

Factores de riesgo vascular → Ileitis isquémica.

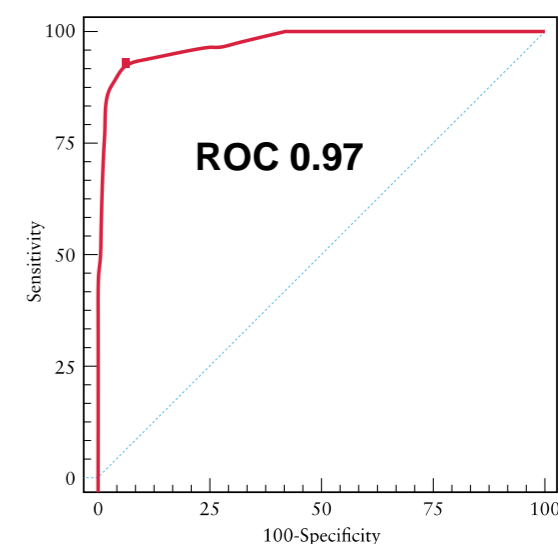
Radioterapia abdominal previa → Ileitis postradioterapia.

Diagnóstico de tuberculosis o linfoma.

Inmunodeficiencias → TBC, CMV.

“RED FLAGS” EII

Item	Coefficient	SE
Non-healing or complex perianal fistula or abscess or perianal lesions (apart from haemorrhoids)	4.648	1.822
First-degree relative with confirmed inflammatory bowel disease	4.282	1.174
Weight loss (5% of usual body weight) in the last 3 months	3.303	0.721
Chronic abdominal pain (>3 months)	2.928	0.750
Nocturnal diarrhoea	2.541	0.813
Mild fever in the last 3 months	2.169	0.882
No abdominal pain 30–45 min after meals, predominantly after vegetables	1.581	0.750
No rectal urgency ^a	1.569	0.831



2



¿CÓMO CARACTERIZARÍAS LA ENFERMEDAD DE CROHN QUE PRESENTA EL PACIENTE?

Clasificación de Montreal en EC

**A (age):
EDAD AL DIAGNÓSTICO**

- **A1: < 16 años**
- **A2: 17-40 años**
- **A3: >40 años**

**B (behaviour):
PATRÓN**

- **B1: inflamatorio**
- **B2: estenosante**
- **B3: fistulizante**
- **p+: perianal**

**L (location):
LOCALIZACIÓN**

- **L1: ileal**
- **L2: colónico**
- **L3: ileocolónico**
- **L4: TD superior**

2



¿CÓMO CARACTERIZARÍAS LA ENFERMEDAD DE CROHN QUE PRESENTA EL PACIENTE?

Clasificación de Montreal en EC

A (age):
EDAD AL DIAGNÓSTICO

- A1: < 16 años
- A2: 17-40 años
- A3: >40 años

B (b)
PATI

**Predecir pacientes de ALTO RIESGO
al diagnóstico**

- p+: perianal

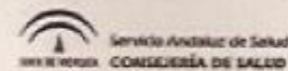
L (location):
LOCALIZACIÓN

- L1: ileal
- L2: colónico
- L3: ileocolónico
- L4: TD superior

2



¿CÓMO CARACTERIZARÍAS LA ENFERMEDAD DE CROHN QUE PRESENTA EL PACIENTE?



HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Avda. Menéndez Pidal S/N. 14004. Córdoba Tf: 957010000 FAX 957010419

Consulta de Digestivo. Hospital General. Unidad Clínica Aparato Digestivo

diges.hrs.sspa@juntadeandalucia.es

Nombre
Historia
Nº Asegurado
F. Nacimiento
Domicilio
Población
Fecha Historia



INFORME BÁSICO

Orientación diagnóstica

- Enfermedad de Crohn ilcoecólica.

Resumen Exploraciones Complementarias y Evolución

Enfermedad Crohn:

- Diagnóstico: noviembre 2016.
- Montreal al diagnóstico: A2, B1, L3, p-
- Brote de actividad debut (11/2016): grave.
- Manifestaciones extraintestinales: 0.
- Antecedentes familiares: 0.
- Tabaquismo: 0.
- Comorbilidad: anemia ferropénica, desnutrición.
- Estudio prebiológico: negativo.
- Cirugía: Cirugía de urgencias el 2/2/2018 por perforación de colon ascendente con peritonitis fecaloidea y afectación inflamatoria de ileon terminal realizándose resección de ID a 20 cm aprox de válvula ileocecal con colectomía subtotal e ileostomía temporal.
- Tratamiento: corticoides, infliximab (Remsima)(11/2016-3/2018), AZA (12/2016-3/2018).

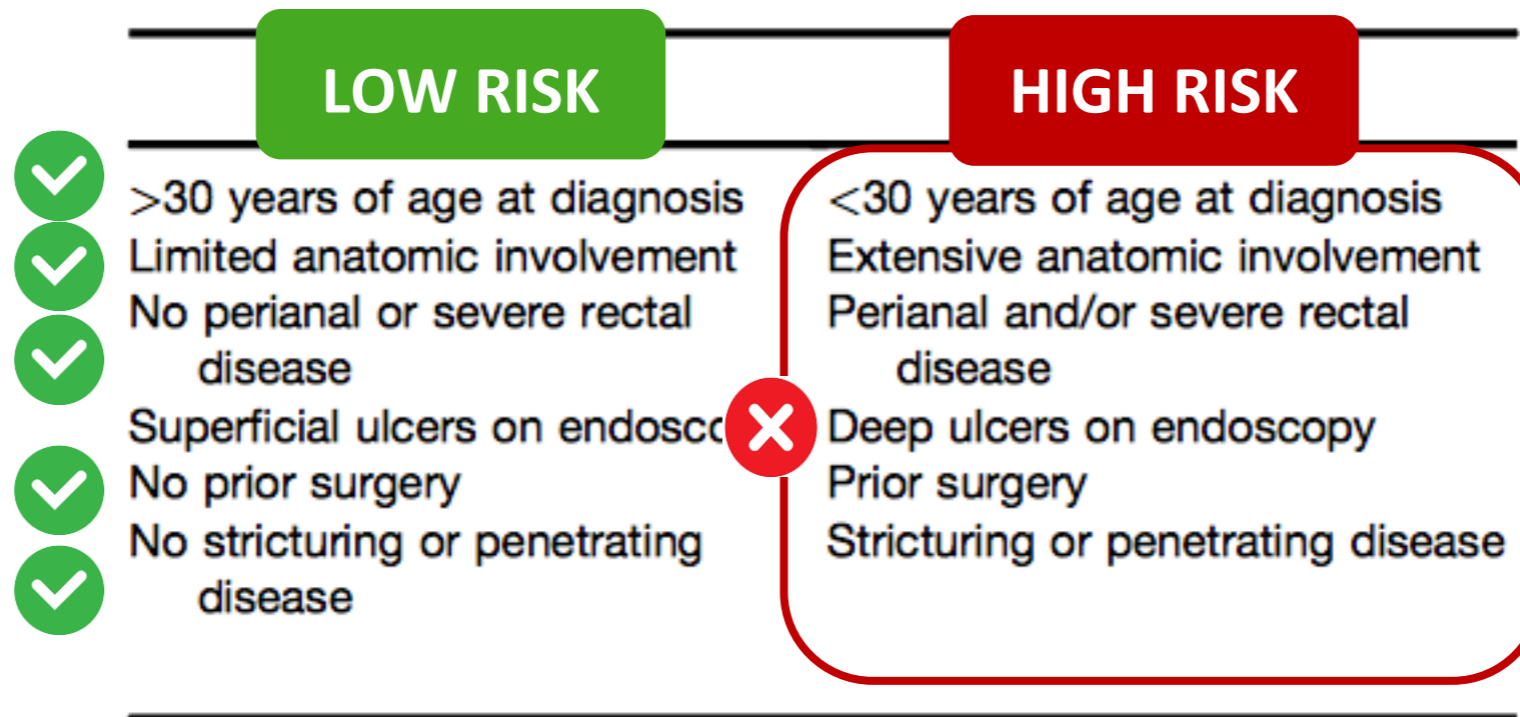
2



¿CÓMO CARACTERIZARÍAS LA ENFERMEDAD DE CROHN QUE PRESENTA EL PACIENTE?

Estratificación del riesgo de progresión de EC

Asociación Americana Gastroenterología



Comorbilidades ✓

Tabaco ✓

Adherencia ?

MEIs ✗

¿QUÉ TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO PLANTERÍAS EN EL PACIENTE?



Siegel C et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2020
Sandborn WJ. Gastroenterol 2014



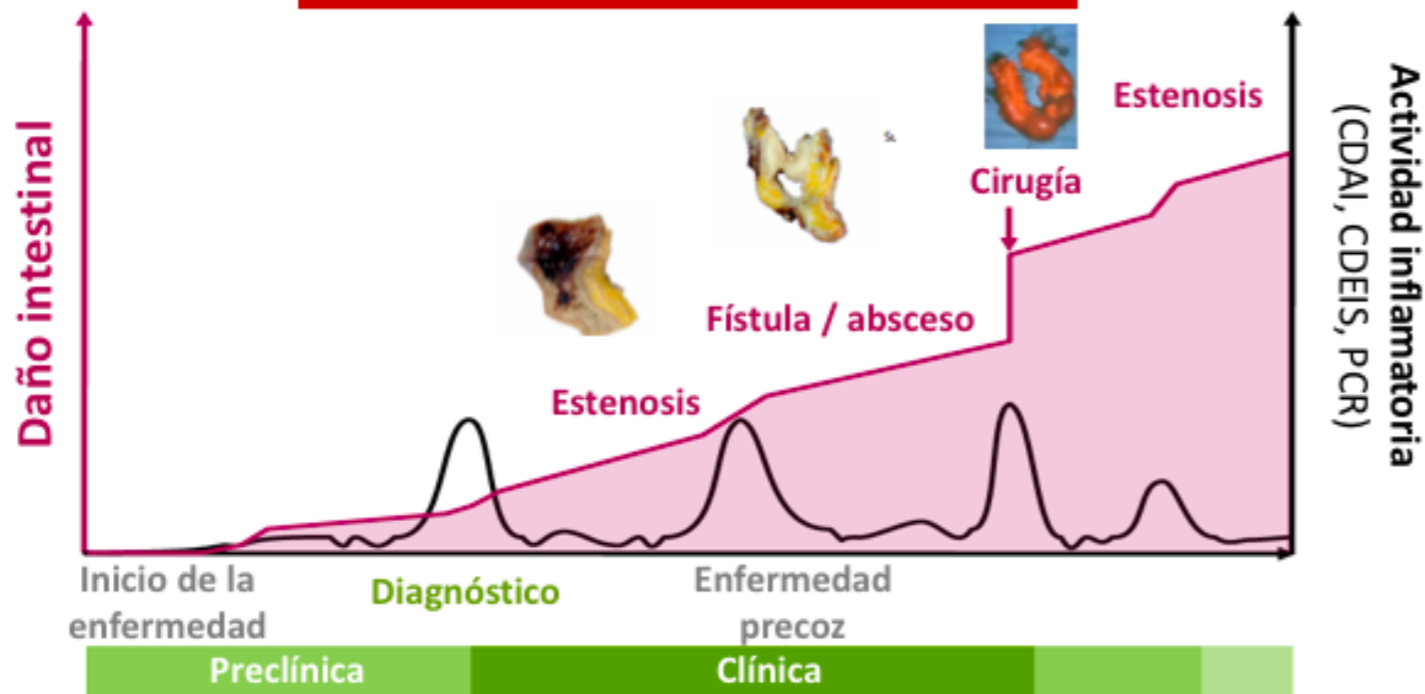
¿CÓMO MANEJARÍAS DICHA COMPLICACIÓN?

¿TE CONDICIONARÍA CAMBIO DE TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO EN SU ENFERMEDAD DE CROHN?

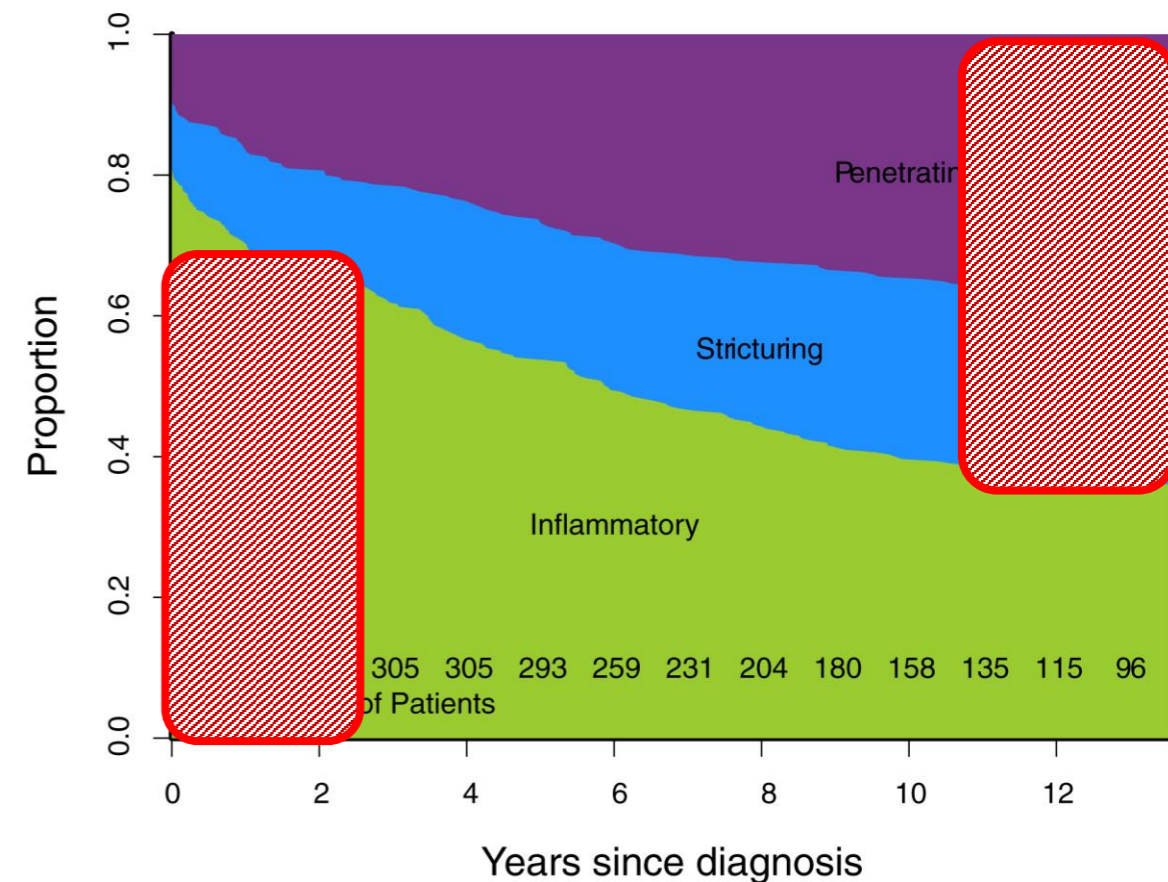
El es una enfermedad progresiva

Progresión del daño intestinal y la actividad inflamatoria en Crohn

TIEMPO = DAÑO INTESTINAL



Cambios en el patrón en EC



Pariente B et al. *Inflamm Bowel Dis* 2011

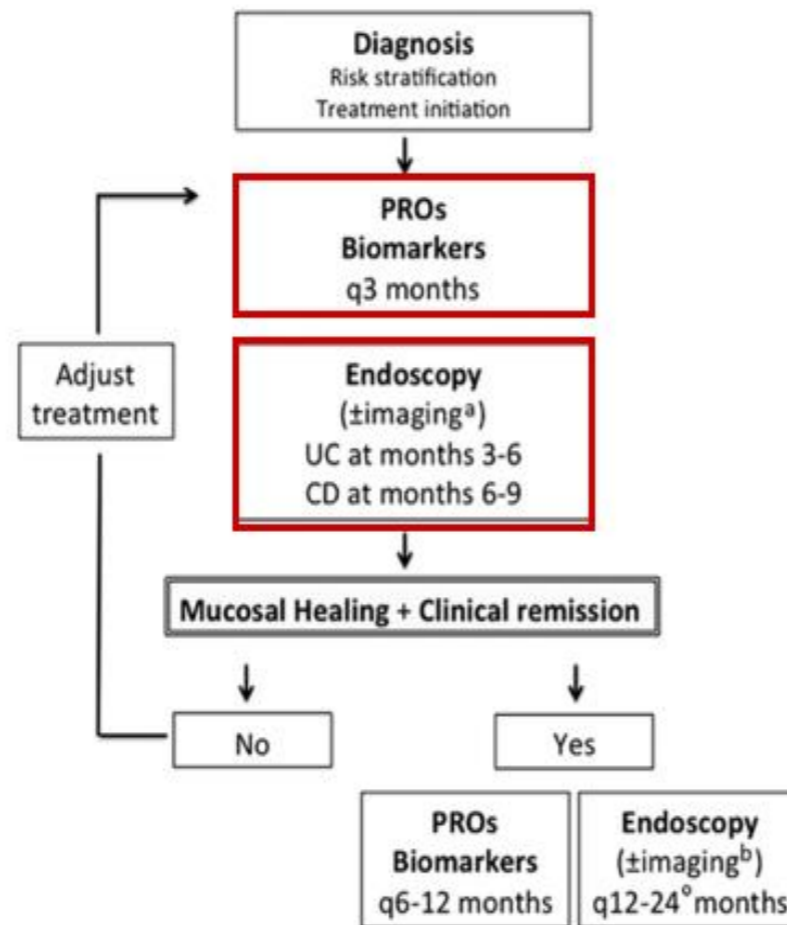
Irwin J et al. *Plos One* 2017
 Cosnes J et al. *Inflamm Bowel Dis* 2002
 Thia KT et al. *Gastroenterol* 2010



¿CÓMO MONITORIZAS EL TRATAMIENTO CON ANTI-TNF Y HASTA CUANDO LO MANTIENES?

TDM

Algoritmo "Treat to target"

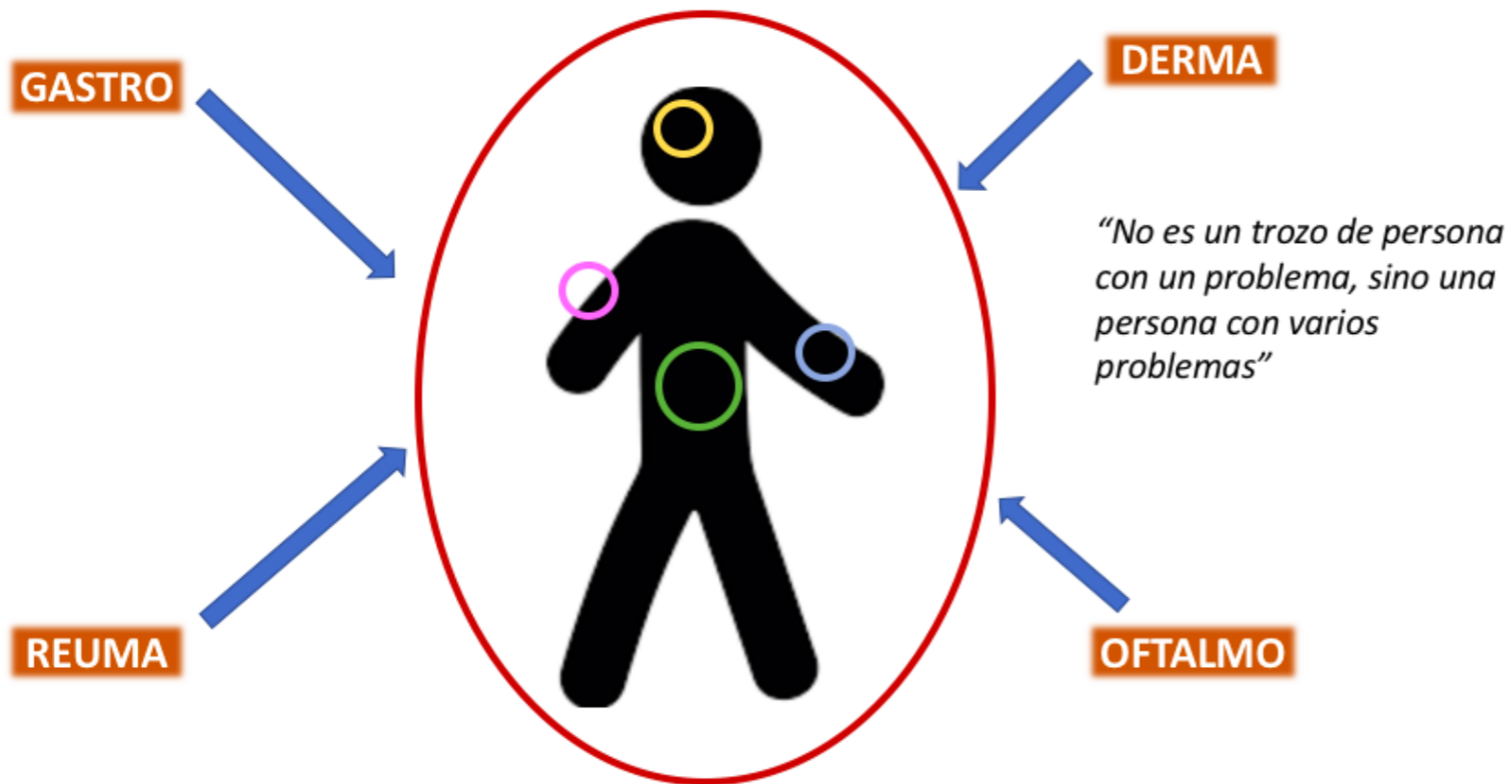


Statement	Acceptance (%)	EL	RG
Scenarios when TDM of anti-TNF agents should be performed			
1. In patients in clinical remission following anti-TNF therapy induction, TDM should be considered to guide management	100	II	C
2. TDM can inform clinical decision-making in patients with primary nonresponse	100	III2	C
3. TDM should be performed in patients with secondary loss-of-response to guide clinical decision-making	100	I	B
4. TDM should be considered periodically in patients in clinical remission if the results are likely to impact management	90	IV	D
5. Patients maintained in clinical remission in whom a drug holiday is contemplated, are suggested to have TDM along with other investigations to help guide this decision	100	III2	C
General approach to patients with symptoms of active disease on anti-TNF therapy			
6. Patients with symptoms of active disease on anti-TNF therapy should have active inflammatory disease confirmed via objective measures (endoscopy, imaging, serum/faecal biomarkers) and investigations to exclude alternative/concomitant causes of symptoms, prior to change in therapy	100	III3	C



¿QUÉ IMPORTANCIA LE DAS A LAS MEIs EN EL MANEJO HABITUAL DEL PACIENTE CON EII?

Es fundamental entender que...



Muchas gracias