

AGÈNCIA
VALÈNCIANA
DE SALUT

VARON DE 34 AÑOS CON CAMBIO DEL HÁBITO INTESTINAL

Hospital General Universitario d'Alacant i C.I.E. Babel

Cayetano Miralles,
R4 digestivo

ANTECEDENTES

- Varón de 34 años con antecedentes:
 - Alteración del ritmo intestinal desde hace 10 años asociado a dolor en FID estudiado en digestivo (Babel). Gastroscoopia y enema opaco sin hallazgos
 - Dolor dorso lumbar en seguimiento por rehabilitación desde hacia 10 meses, tomador habitual de AINEs
 - Ex fumador desde hace un año

INGRESO

- 21 de Septiembre de 2011
acude a puerta de urgencia



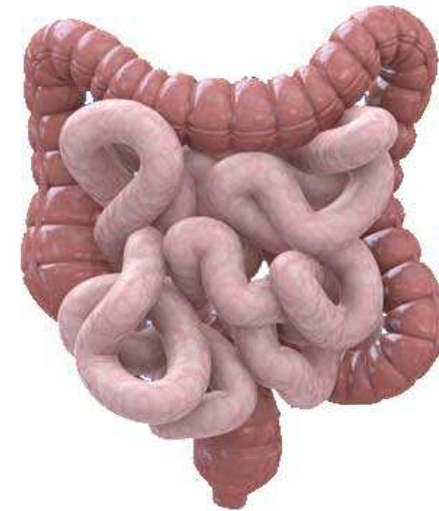
- Dolor en FID, vómitos y ausencia de deposiciones de 24h
- T 36°□37,7°, TA 130/85mmHg, FC 95 lpm
- Buen estado general. Abdomen blando y depresible salvo en FID que es doloroso a la palpación con Blumberg positivo

CUADRO CLÍNICO

- Abdomen agudo en contexto de ileítis
 - Complicaciones en TC
 - Paciente con buen estado general
-
- Cirugía valora beneficio/riesgo
 - Decide actitud conservadora
 - Necesidad de llegar al diagnóstico de base para proporcionar el tratamiento óptimo

DIAGNÓSTICO E. DE CROHN

- Enterocolitis infecciosas: (Shigella, Yersinia, Salmonella, E. coli...). Anisakis
- Isquemia intestinal segmentaria
- Enteropatía por AINEs
- Enteritis rádica
- Neoplasia intestinal
- Cuerpo extraño
- Vasculitis
- Trastornos imitativos



DIAGNÓSTICO E. DE CROHN

- En el diagnóstico de la e. de Crohn no existe una prueba diagnóstica gold standard
- El diagnóstico de la e. de Crohn se confirma mediante la evaluación clínica y la combinación de:
 - Pruebas endoscópicas
 - Muestras histológicas
 - Pruebas radiológicas
 - Marcadores bioquímicos

..... *Pruebas microbiológicas negativas*

INGRESO A CARGO DE MDI

□ Dieta absoluta

□ Fluidoterapia

□ Antibioterapia empírica con Imipenem 1g/8h IV

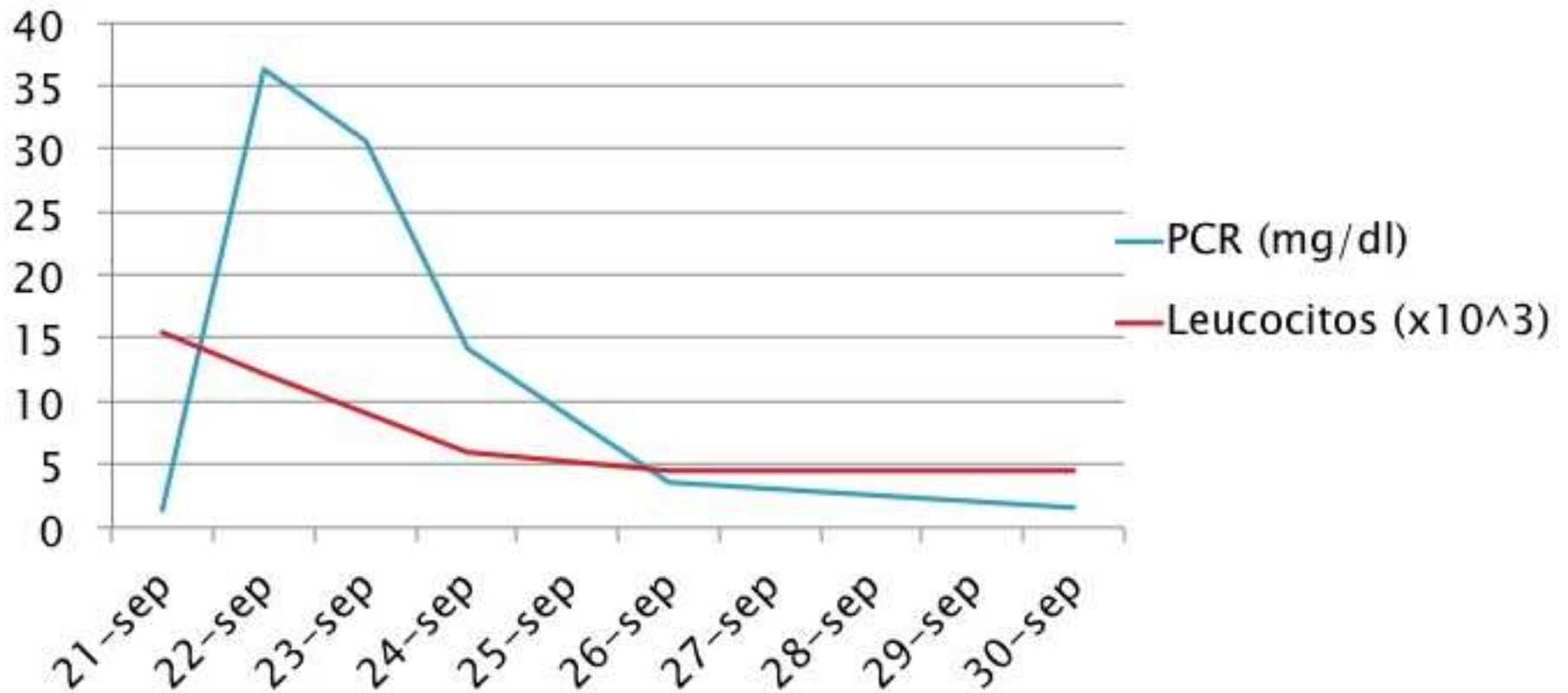
□ Profilaxis con HBPM (Clexane 40/2)



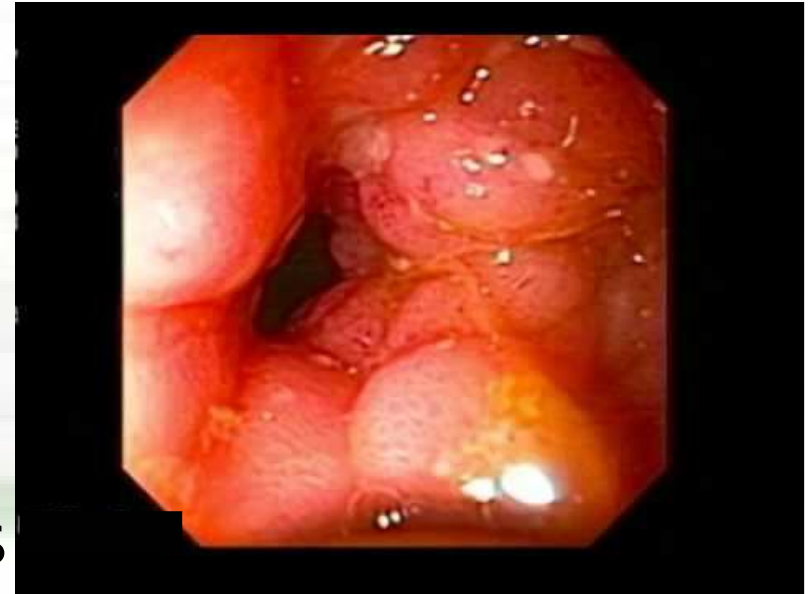
EVOLUCIÓN

- 26/9/11: inicio de nutrición parenteral central
- 27/9/11: TC de control, mejoría radiológica, sin neumatosis ni gas portal.
- Buena evolución clínica
- 4/10/11: dieta oral, tolerancia sólo a nutrición enteral y dieta líquida

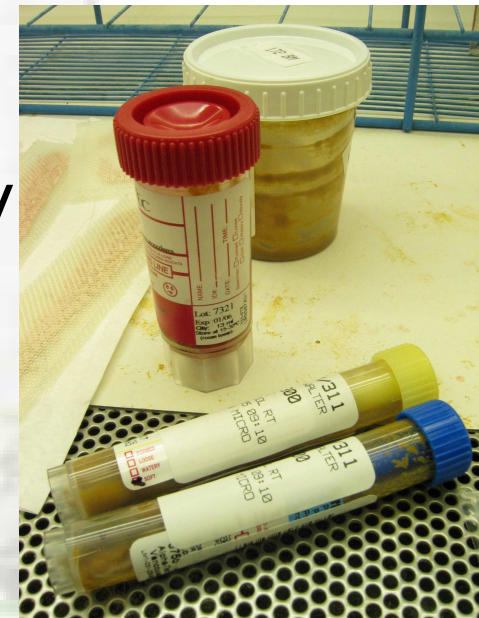
EVOLUCIÓN ANALÍTICA

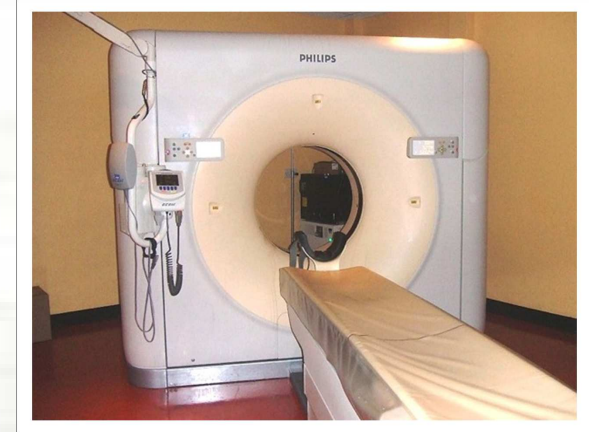


- 11/10/11: colonoscopia, colon sin alteraciones. Estenosis de válvula ileocecal. AP: ileítis crónica activa. No se identifican granulomas

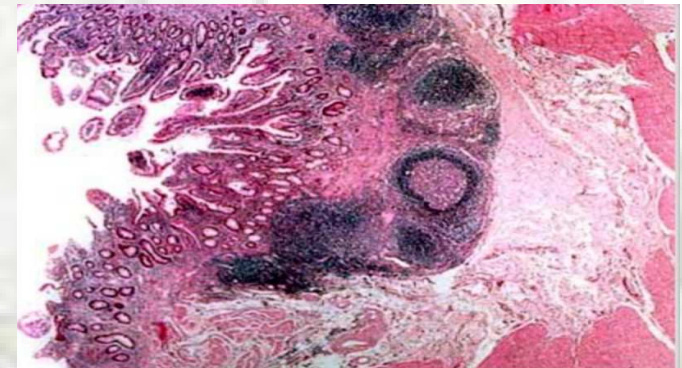
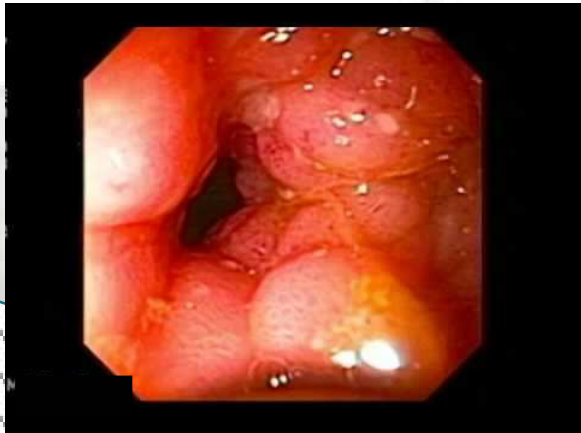


- Estudio de heces con coprocultivos y parásitos negativos
- IgE Anisakis negativa





ENFERMEDAD DE CROHN



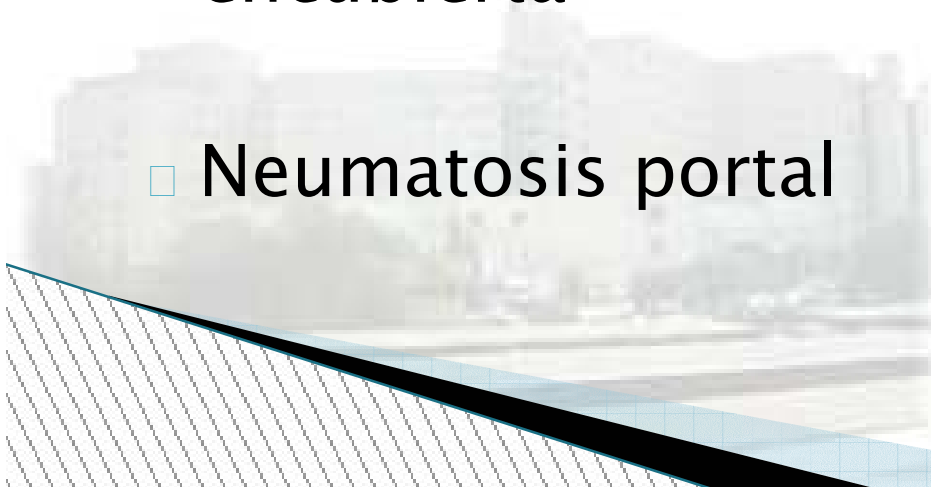
ENFERMEDAD DE CROHN

- A valorar:
 - Extensión
 - Presencia de complicaciones (estenosis, fístulas,...)
- Proporcionar el tratamiento más adecuado

- Planteamos entero-RNM que no fue posible por cuerpo extraño metálico en ojo izquierdo
- Solicitamos tránsito intestinal

DIAGNÓSTICOS

- Enfermedad de Crohn ileal
- Estenosis ileal
- Abdomen agudo por probable perforación encubierta
- Neumatosis portal



TRATAMIENTO

- Valorar beneficio/riesgo de tratamiento médico inmunosupresor versus cirugía

- Aceptable estado general
- Tolerancia oral limitada
- Complicación mayor con probable perforación encubierta y neumatosis portal
- Estenosis y baja probabilidad de respuesta a tratamiento médico
- Enfermedad localizada

- Se decide tratamiento quirúrgico

EVOLUCIÓN CLÍNICA

Mejoría dietológica y antibioterapia

SEGUIMIENTO
POR
CIRUGÍA

11/10/11

4/10/11

26/9/11

20/10/11

21/9/11

Colonoscopia la siguiente día. Colonoscopia para transferencia intestinal. Estenc

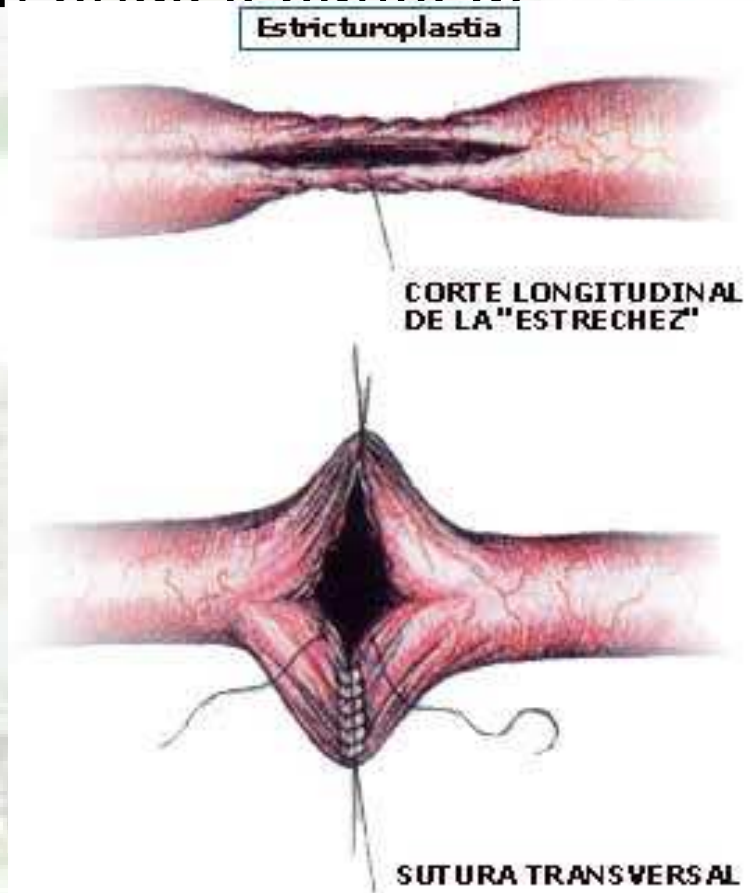
ALTA EL 25/10/11, CIRUGÍA PROGRAMADA EL 11/11/11

CIRUGÍA

□ 11 de Noviembre 2011: Laparotomía media con hallazgo de:

- Afectación de íleon terminal con brida a punta de apéndice
- Estenosis en yeyuno medio de 3cm sin signos inflamatorios

□ Resección de íleon terminal afecto y ciego con anastomosis



CIRUGÍA

□ Informe anatomo-patológico:

- Segmento unos 22cm de intestino delgado con fenómenos de inflamación crónica transmural, úlceras, fisuras en hachazo, metaplasia gástrica e infiltrado crónico subseroso, concordante con e. de Crohn ileal
- Válvula ileocecal, apéndice cecal y ciego sin cambios relevantes
- Ganglios linfáticos regionales con adenitis reactiva inespecífica

INDICACIONES CIRUGÍA

CIRUGÍA URGENTE	CIRUGÍA PROGRAMADA
Hemorragia masiva	Abscesos-Fístulas
Perforación libre	Compromiso de otros órganos
Megacolon tóxico	Retraso del crecimiento
Obstrucción aguda que no responde a tratamiento médico	Displasia
	Fracaso del tratamiento médico
	Debut grave, enfermedad complicada
	Clínica oclusiva sin actividad inflamatoria

CONSIDERACIONES CIRUGÍA

- Momento quirúrgico: dar el mejor tratamiento en el momento óptimo.
 - Enfermedad complicada, cirugía temprana es una alternativa válida al tratamiento médico
 - Estenosis o abscesos secundarios a fístulas, es preferible cirugía temprana dado el mayor riesgo de complicaciones tras tratamientos inmunosupresores prolongados

AGÊNCIA

Caso clínico



EVOLUCIÓN EN CIRUGÍA

- 11/11/11: se realiza intervención programada
- Dieta absoluta, SNG y antibioterapia con Augmentine 2g IV pre y post-cirugía (3 dosis)
- Evolución satisfactoria
- 15/11/11: inicio de tolerancia
- 16/11/11: alta con tratamiento



AGÈNCIA
VALENCIANA
DE SALUT

Hospital General Universitario d'Alacant i C.I.F. Elibol

PREVENCIÓN DE LA RECURRENCIA POSTQUIRÚRGICA



ECCO

EUROPEAN CROHN'S AND COLITIS ORGANISATION

SIN TRATAMIENTO

AGÈNCIA

**Review article: the natural history of
postoperative Crohn's disease
recurrence**

Aliment Pharmacol Ther 2012; 35: 625-
633

FACTORES DE RIESGO

- Fumadores
- Resección previa
- Enfermedad penetrante
- Enfermedad perianal
- Afectación extensa (>50cm) de intestino delgado

RECURRENCIA POST-QUIRÚRGICA

- Recurrencia prácticamente universal: establecer riesgo para tratamiento tras resección
- No inmediata: desde meses a años tras intervención
- Inicio en las 2 semanas post-cirugía, aunque no se ha demostrado que un inicio precoz sea superior
- Tratamiento al menos durante 2 años *ECCO 2010*

PREVENCIÓN DE LA RECURRENCIA

AGÈNCIA
VALENCIANA
DE SALUT

Hospital General Universitario d'Alacant i C.E. Babel

Azatioprina/6-MP +/- Metronidazol

Sin tratamiento/Mesalazina
Metronidazol

FACTORES DE RIESGO

-

+

RECURRENCIA POST-QUIRÚRGICA

- Mesalazina es superior a placebo en reducción de la recurrencia clínica al año
- Metronidazol superior a placebo en pauta de 3 meses en reducción de la recurrencia clínica y endoscópica a un año
- Azatioprina superior a placebo y mesalazina en reducción de la recurrencia endoscópica a un año y clínica a dos años

Therapy of Metronidazole With Azathioprine to Prevent Postoperative Recurrence of Crohn's Disease: A Controlled Randomized Trial

GEERT R. D'HAENS,*[†] SEVERINE VERMEIRE,* GERT VAN ASSCHE,* MAJA NOMAN,* ISOLDE AERDEN,*
GUST VAN OLMEN,[†] and PAUL RUTGEERTS*

GASTROENTEROLOGY 2008;135:1123-1129

- Ensayo clínico aleatorizado en 85 pacientes de alto riesgo

- Metronidazol 250mg/8h (3 meses) +
 - Azatioprina 100mg/24h (<60 Kg) o 150mg/24h (>60 Kg)
 - Placebo
 - 12 meses

- Menor recurrencia endoscópica a 12 meses en el grupo Metronidazol+Azatioprina y de menor gravedad

PREVENCIÓN DE LA RECURRENCIA

□ Anti-TNF

□ Evidencia con Infliximab:

- Eficaz en la prevención de la recurrencia endoscópica

□ Evidencia con Adalimumab

- Dos estudios (no publicados en las guías de la ECCO)
- Adalimumab es eficaz en la prevención de la recurrencia clínica y endoscópica^{1,2}



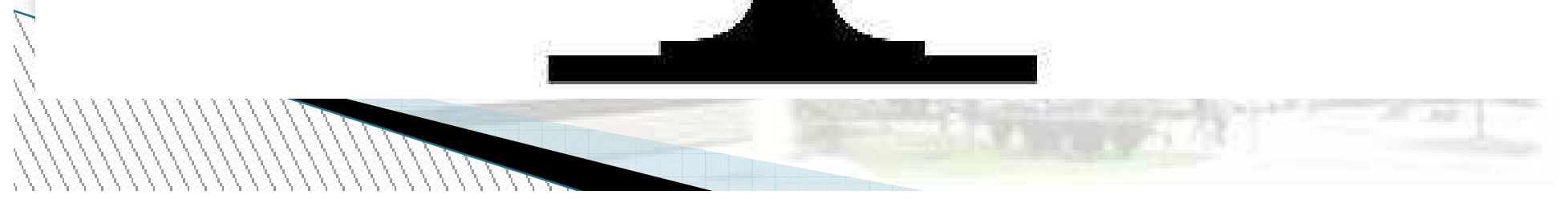
¹ Adalimumab in prevention of postoperative recurrence of crohn's disease

World Journal of Gastroenterology 2012 August 28; 18(32): 4391

² Adalimumab for the prevention and/or treatment of post-operative recurrence of Crohn's disease: a prospective, two year,

Single center, pilot study

J Crohns Colitis. 2012 Oct; 6(9):924-31



Anti-TNF



Hospital General Universitari d'Alacant y C.E. Babel

FACTORES DE RIESGO:

- Fumadores
- >1 intervención
- Patrón penetrante
- Enfermedad perianal
- Afectación extensa

Alto

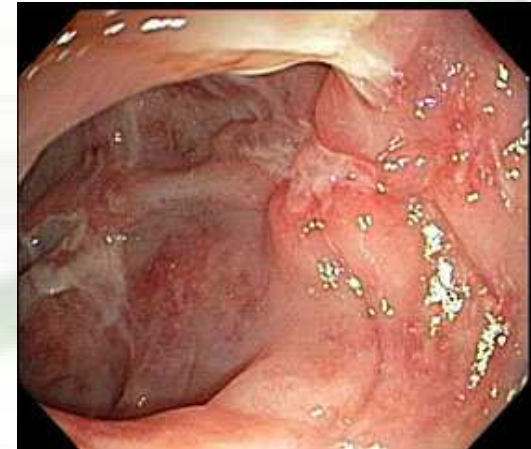
ENDOSCOPIA 6-12 MESES

Risk of postoperative recurrence and postoperative
Management of Crohn's disease

World Journal of Gastroenterology 2011 July 21; 17(27): 3213-3219

PREVENCIÓN DE LA RECURRENTIA

- Endoscopia entre 6-12 meses post-cirugía
- Recurrencia endoscópica:
Rutgeerts score

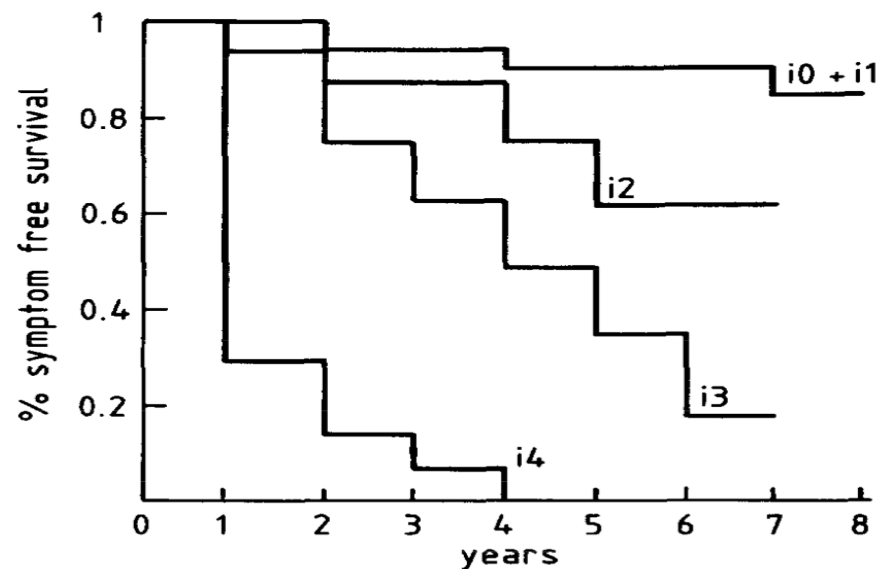


- Recurrencia endoscópica predice la recurrencia clínica 1



1ECCO Statement 8C

	RUTGEERTS SCORE
GRADO	LESIÓN ENDOSCÓPICA
0	NO
1	< 5 AFTAS
2	≥ 5 AFTAS O LESIÓN LOCALIZADA EN LA ANASTOMOSIS
3	ILEÍTIS DIFUSA AFTOSA
4	ÚLCERAS, NÓDULOS O ESTENOSIS



RUTGEERTS P. ET AL. PREDICTABILITY OF THE POSTOPERATIVE COURSE OF CROHN'S DISEASE. GASTROENTEROLOGY 1990;99:956-963

AGÊNCIA

Caso clínico



SEGUIMIENTO EN CCEE

□ Diciembre 2011

- Dolor en FID y múltiples deposiciones líquidas. PCR 7mg/dl
- Se pauta Resincolestiramina 3 gr/día
- Se solicita ECO abdominal

□ Enero 2012

- Mejoría clínica, sin dolor en FID. 2 deposiciones día normales
- TPMT 24,4 U/ml. ECO: No engrosamiento de asas
- Serologías CMV, VEB, parotiditis, rubeola, sarampión, toxoplasma, varicella. VHC y VHB negativos
- Mantoux y hongos negativos

SEGUIMIENTO EN CCEE

□ Febrero 2012

- Se decide iniciar tratamiento con Azatioprina a 150mg/24h y se suspende Metronidazol
- HC Medicina Preventiva para vacunación

□ Marzo 2012

- En principio en tratamiento con Mesalazina y Azatioprina
- Dolor en FID y dolor lumbar que empeora con el reposo
- Reparición de diarrea 6 deposiciones al día blandas

Se solicita Rx de ... y ... DMNI

INGRESO EN HEMATOLOGÍA

- 5 de Abril de 2012 acude al hospital
 - Cefalea, acúfenos, disnea a moderados esfuerzos
 - Refiere estar en tratamiento con Mesalazina y Metronidazol
 - Hemograma: Hb 5,3gr/dl, 1.960 leucocitosx10³/ml con 420 neutrófilos y 35.000 plaquetas/ml. Bioquímica y coagulación normales
 - Ingreso en Hematología con Ciprofloxacino

INGRESO EN HEMATOLOGÍA

- Serología:
 - Se añadió Aspergillus, C. neoformans, HSV, LUES, parvovirus B19 y VIH

- Citometría, aspirado de médula ósea y biopsia de médula ósea:
 - Sugestivos de aplasia secundaria. Sin evidencia de celularidad neoplásica

- Microorganismos asociados a casos de aplasia negativos



AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

Hospital General Universitario d'Alacant y C.E. Babel



8/4/12 transfusión de 2CH y 1CP
12/4/12 transfusión de 1CP

INGRESO EN HEMATOLOGÍA

- Recuperación de las cifras hematológicas 2 semanas tras la suspensión de la Mesalazina
- 9/4/12: cambio a Meropenem 1g/8h IV por fiebre 37,8°
- 10/4/12: se añade Metilprednisolona 80mg/24h en pauta descendente por flemón parafaríngeo derecho

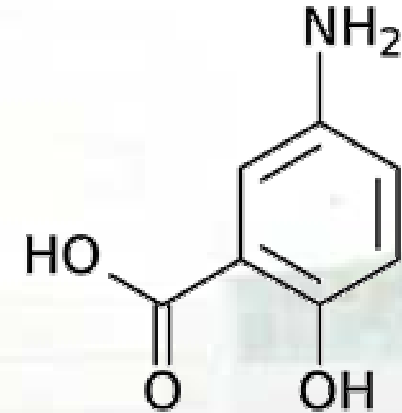
INGRESO EN HEMATOLOGÍA

- 20/4/12: alta con diagnóstico de aplasia medular probablemente secundaria a Mesalazina
- Sin tratamiento para e. Crohn
- Prednisona 10mg/24h en pauta descendente
- Seguimiento en CCEE de Hematología con última visita en Marzo 2013

MESALAZINA

AGÈNCIA
VALENCIANA
DE SALUT

Hospital General Universitario d'Alacant i C.E. Babel



- Aminosalicilato eficaz por vía oral y tópica en la EIC
- Mejor tolerancia que Sulfasalazina
- Efectos secundarios: gastrointestinales, cefalea, reacciones cutáneas... aplasia

APLASIA SECUNDARIA A MESALAZINA

- Complicación rara, pocos casos descritos en la literatura
- Puede ocurrir meses-años tras inicio del tratamiento
- Clínica hemorrágica, infecciosa, anemia sintomática
- Diagnóstico de exclusión
- Mortalidad elevada



- Se suspendió tratamiento con Mesalazina
- No se inicia Azatioprina tras comentar el caso con Hematología

AGÊNCIA

Caso clínico



CLÍNICA REUMATOLÓGICA

□ Junio 2012

- Empeoramiento de la clínica reumatológica con dolor dorse lumbar de predominio matutino
- Estable desde el punto de vista digestivo
- Se remite al paciente a CCEE Reumatología
- Se solicita RNM columna

PRUEBAS DE REUMATOLOGÍA

- Rx columna y pelvis sin hallazgos
- RNM columna agosto 2012: Cambios degenerativos



FÁRMACOS EN ARTROPATÍA ASOCIADA A EIIC

EFICACES	NO EFICACES
Sulfasalazina (sintomático)	Mesalazina
Corticoides (sintomático)	Azatioprina
Metotrexato (solo periférica)	
<i>ANTI-TNF</i>	

REUMATOLOGÍA

□ Octubre 2012–Enero 2013:

◦ A pesar de RNM sin cambios inflamatorios, dada la clínica compatible se presentó en comité de Reumatología para valorar tratamiento con Anti-TNF

◦ Se desestimó tratamiento por no cumplir criterios

SEGUIMIENTO EN CCEE

□ Junio 2013

- Enteró RM y colonoscopia e ileoscopia normal
- Sólo leves molestias en FID. 3 deposiciones al día blandas. Mejoría dolor lumbar
- Sin indicios de recurrencia clínica ni endoscópica

Tratamiento con Resincolestiramina 3g/día y vit. B12 IM 1.000mcg/mensual

CONCLUSIONES

- En ocasiones el tratamiento médico aporta más riesgos que beneficios □ Valoración quirúrgica
- En pocas ocasiones el tratamiento quirúrgico representa una urgencia inmediata
- La recurrencia post-quirúrgica de la e. de Crohn es prácticamente universal, aunque no inmediata
- Tratamiento para la prevención de la

CONCLUSIONES

- Frecuente asociación con complicaciones extra-intestinales, que deben ser cuidadosamente valoradas para un manejo óptimo del paciente

- Manejo fundamental a cargo del gastroenterólogo pero...

- Importancia del manejo multidisciplinar
 - Complejidad creciente de los posibles tratamientos médicos / quirúrgicos
 - Posibilidad de plantear tratamientos de forma conjunta

AGRADECIMIENTOS

- SERVICIO DE DIGESTIVO
- SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
- SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO
- SERVICIO DE HEMATOLOGÍA
- SERVICIO DE REUMATOLOGÍA