

Orientación, manejo y seguimiento de la enfermedad inflamatoria intestinal en la consulta de Atención Primaria

Myriam Herrero Álvarez, Beatriz Martínez Escribano,
Raquel Checa Rodríguez

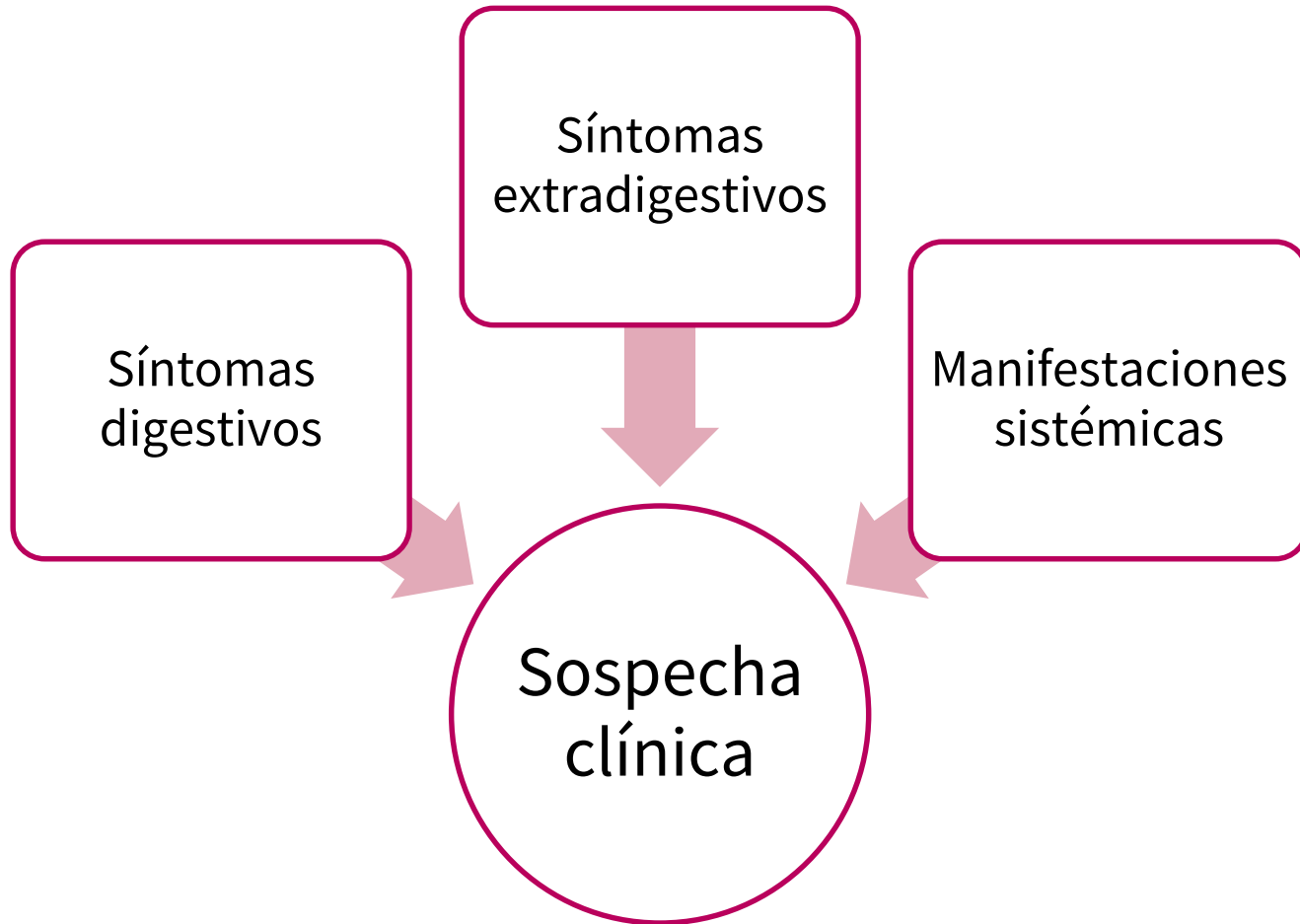
Septiembre 2019

Epidemiología

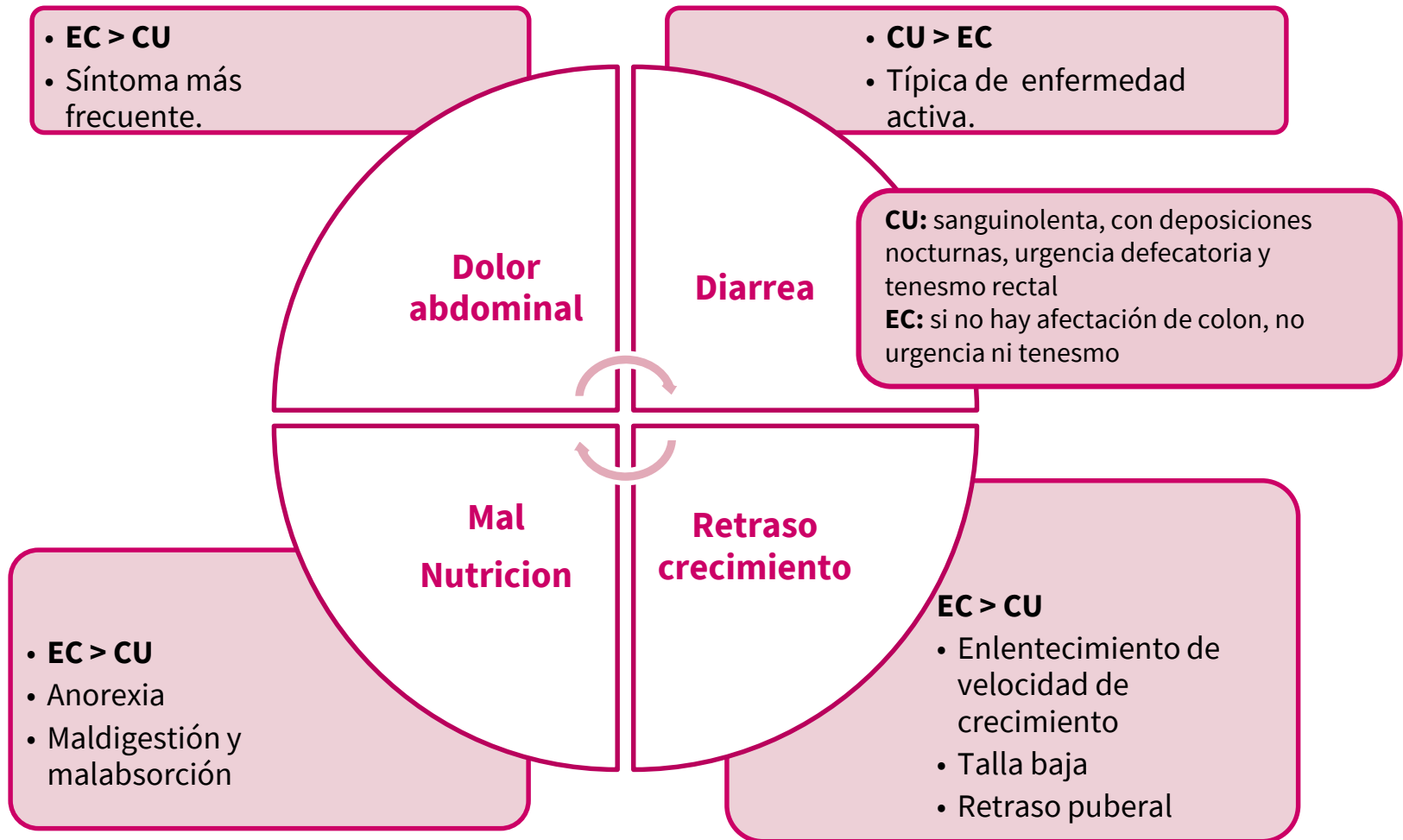
- Aumento en la incidencia en edad pediátrica.
- Edad media de diagnóstico: 12 años.
- Síntomas más frecuentes:
 - Dolor abdominal.
 - Diarrea.
- Factores de mal pronóstico (**inespecíficos**):
 - Edades tempranas (<5 años).
 - Afectación ileal aislada.
 - Retraso diagnóstico.

Fundamental diagnóstico precoz desde AP

Clínica



Síntomas



Tipos de EII

- **Enfermedad de Crohn:**
 - Afectación: boca-ano y transmural. Íleon terminal y ciego ++.
 - Enfermedad perianal frecuente.
 - Niños: evolución crónica con patrón inflamatorio ++.
- **Colitis ulcerosa:**
 - Afectación: **exclusiva** del colon y mucosa. Extensión proximal desde el recto.
 - En niños: pancolitis ++.
- **EII no clasificada.**

Tipos de EI

Colitis ulcerosa	Enfermedad de Crohn
Manifestaciones clínicas: <ul style="list-style-type: none"> • Diarrea mucosanguinolenta • Rectorragia • Dolor abdominal crónico • Urgencia y tenesmo rectal 	Manifestaciones clínicas: <ul style="list-style-type: none"> • Retraso en el crecimiento/pubertad • Dolor abdominal crónico • Enfermedad perianal • Anemia ferropénica refractaria a tratamiento
Presentación típica: <ul style="list-style-type: none"> • Pancolitis 	Presentación típica: <ul style="list-style-type: none"> • Ileítis
Marcadores biológicos: <ul style="list-style-type: none"> • pANCA 	Marcadores biológicos: <ul style="list-style-type: none"> • ASCA
Endoscopia: <ul style="list-style-type: none"> • Exclusivamente colon • Afectación continua y solo mucosa • Pérdida del patrón vascular, edemas, úlceras... 	Endoscopia: <ul style="list-style-type: none"> • Tracto digestivo completo • Afectación segmentaria y transmural • Úlceras serpinginosas en empedrado
Histología: <ul style="list-style-type: none"> • Abscesos de criptas • Lesiones continuas • Distorsión de arquitectura glandular 	Histología: <ul style="list-style-type: none"> • Granulomas no caseificantes • Lesiones discontinuas • Fibrosis
Manifestaciones extradigestivas: <ul style="list-style-type: none"> • Sacroileítis y espondilitis anquilosante • Colangitis esclerosante primaria • Pioderma gangrenoso 	Manifestaciones extradigestivas: <ul style="list-style-type: none"> • Artritis periférica • Enfermedad perianal (abscesos, fístulas, úlceras...) • Eritema nodoso

Manifestaciones extraintestinales (MEI)

Relacionadas con la actividad de la EII	No relacionadas con la actividad EII
<p>Articulares (25%):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artropatía periférica tipo 1 (pauciarticular)* 	<p>Articulares (25%):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artropatía periférica tipo 2 (poliarticular)* • Artritis centrales**: sacroileítis y espondilitis anquilosante
<p>Cutáneas específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estomatitis aftosa* • Enfermedad perianal* <p>Cutáneas reactivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eritema nodoso* • Pioderma gangrenoso** 	<p>Hepatobiliares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colangitis esclerosante primaria**
<p>Oculares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Epiescleritis • Escleritis 	<p>Oculares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uveítis*

*Más frecuentes en EC.

**Más frecuentes en CU.

Hallazgos característicos en PC

- Hemograma:
 - Anemia microcítica hipocroma.
 - Leucocitosis.
 - Trombocitosis.
- Hipoproteinemia e hipoalbuminemia.
- Hipertransaminasemia si patología hepatobiliar.
- Ferropenia: ¡ojo!, la ferritina puede ser normal
- p-ANCA > CU; ASCA > EC
- Aumento de reactantes: PCR y VSG.
- Coprocultivo.
- Calprotectina elevada.

Hallazgos característicos en PC

- Pruebas de imagen:
 - Ecografía.
 - Enterorresonancia magnética.
 - Videocápsula endoscópica.
- Endoscopia digestiva alta.
- Endoscopia digestiva baja.

Signos de alarma

HISTORIA CLÍNICA

- Síntomas generales: pérdida de peso, astenia o fiebre
- Fallo de crecimiento
- Diarrea sanguinolenta
- Dolor abdominal o diarrea que interfiere AVD o sueño

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Dolor abdominal en FID
- Palidez cutánea
- Alteraciones perianales

ALTERACIONES ANALÍTICAS

- Anemia, leucocitosis, trombocitosis
- Proteínas y albúmina bajas
- Ferropenia e IST bajo
- Transaminasas elevadas
- Elevación PCR y VSG
- Elevación calprotectina fecal

Diagnóstico diferencial

- En **ausencia de datos de alarma**, pensar primero en **otras patologías gastrointestinales** más frecuentes en la edad infantil:
 - Infecciones intestinales.
 - Enfermedad celíaca.
 - Alergia alimentaria.
 - Trastornos eosinofílicos primarios.
 - Trastornos funcionales.
 - Si el síntoma predominante es la **rectorragia**: pólipos, hemorroides, estreñimiento, fisura anal, hemorroides, púrpura, divertículo de Meckel...

Tratamiento

- El **objetivo** es lograr la remisión clínica pero también la **curación mucosa**.
- La elección del tratamiento se hará en función de diversos factores.
 - **Nutrición enteral exclusiva** durante 6-8 semanas.
 - **Aminosalicilatos**: tratamiento de primera elección en brotes leves o moderados de CU.
 - **Corticosteroides**: control rápido del brote si no hay respuesta a otros tratamientos.

Utilizarlos el menor tiempo posible y nunca como tratamiento de mantenimiento, hacer descenso gradual y suplementar con calcio y vitamina D.



Tratamiento

- **Inmunomoduladores:**
 - ✓ AZA, 6 MP y MTX eficaces como tratamiento de mantenimiento en EC y CU.
 - ✓ Inicio de acción 3 meses después en AZA y 6-MP y 4 semanas con MTX.
- **Inhibidores de calcineurina:** poca experiencia. La escasa evidencia apoya el uso de tacrolimus en la EC del adulto.
- **Terapia biológica:** infliximab y adalimumab (anti-TNF α) son eficaces en la inducción y mantenimiento de la remisión en la EC.



Tratamiento

- Otros tratamientos:
 - **Antibióticos** para tratar complicaciones sépticas y enfermedad perianal.
 - **Probióticos:** no existe evidencia para recomendar su uso. Útil en reservoritis.
- **Cirugía** si:
 - Desnutrición y retraso en el crecimiento y desarrollo refractarios a tratamiento médico.
 - Obstrucción intestinal secundaria a un patrón estenosante.
 - Otros: hemorragia intensa incontrolable y enfermedad perianal.



Cuidados en AP

- **Alimentación sana y equilibrada**, evitando alimentos procesados y condimentados.
- Vigilar la aparición de **deficiencias nutricionales** y suplementar si es necesario.
- Determinar niveles de **vitamina D** anualmente.
- Valorar **antropometría** (peso, talla, IMC y estatus puberal) cada 4 meses si el paciente está en remisión o antes si mantiene actividad.



Velocidad de crecimiento <4 cm/ año
IMC $<$ p5 para su edad



Cuidados en AP

Identificar efectos secundarios de los fármacos:

Tratamiento	Efecto secundario	Actitud
Nutrición enteral	Hipertransaminasemia	
Aminosalicilatos	Sulfasalazina: infertilidad reversible en el varón Mesalazina: cefalea, náuseas, dolor abdominal	
Corticoides	↓ Densidad mineral ósea Riesgo aumentado de infecciones	Minimizar su uso Ingesta adecuada de calcio y vitamina D
Inmunomoduladores	Supresión de la médula ósea Hepatotoxicidad Pancreatitis Fiebre recurrente, infecciones Fotosensibilidad Metotrexato: no embarazo	Hemograma, perfil hepato-renal y lipasa cada 3 meses Protección solar alta
Biológicos	Infecciones Tumores sobre todo si combinado con AZA	Despistaje previo al inicio de tuberculosis, VHB, VHC, VEB, VIH

Vacunas en AP

- Comprobar el estado vacunal.
- Vacunas de virus vivos al menos 3 semanas antes del inicio del tratamiento inmunosupresor o 3 meses después de concluirlo.
- Vacunación anual frente a gripe y neumococo.

