

## ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

### CUCI y CROHN

Pueden diferenciarse por genética, FR, clínica endoscopia e histología

- 15-30 años
- Judíos

	CUCI	CROHN
AFECTACIÓN	MUCOSA	TRANSMURAL
LOCALIZACIÓN	<b>Solo intestino grueso:</b> recto 25% recto y sigma 50% colon descendente 30%	<b>Todo el tracto digestivo:</b> (30% colon, 30% colon e ileon, 40% solo ileon) respeta recto pero afecta el ano
MACRO/MICRO	<b>Continua</b> (ulceras superficiales) /pared delgada/ <b>abscesos críticos</b>	<b>Segmentaria</b> ( ulceras profundas, fistulas)/ pared gruesa // <b>granulomas no caseificantes</b> <b>Aspecto empedrado</b>
CLÍNICA	<b>Diarrea sanguinolenta/tenesmo</b> + extra intestinales (Eritema nodoso, Psoriasis, Artritis)	<b>Diarrea/Dolor abdominal fosa iliaca derecha/ perdida peso</b> + extraintestinales (Psoriasis, Uveitis, Epiescleritis, Artritis)
FACTORES PROTECTORES	Tabaco (protector)	Tabaco (empeora cuadro)
AUTOINMUNIDAD	<b>PANCA</b> (Ac anticitoplasma de neutrófilos)	<b>ASCA</b> (ac anti saccharomyces )
RADIOGRAFÍA	Tubería de plomo	Manguera de jardín
CLASIFICACIÓN	Leve /moderado/ grave	Leve /moderado/ grave // harvey-bradshaw // crohn's disease activity index [cdai] //lennard-jones //montreal de la enfermedad de crohn
DIAGNÓSTICO	Endoscópico (sigmoidoscopia flexible elección) + clínica + histológico	Endoscópico (sigmoidoscopia flexible elección →colonos) transito gástrico + clínica + labs (vsg, pcr, calprotectina fecal) + histológico
TRATAMIENTO	Leve: primero 5-asa → no mejora: esteroides Moderada – grave: esteroide → sino mejora: inmunosupresor o ac. M.→ Sino mejora: qx	Leve: sulfasalazina oral 3-6 g diarios // moderada: remisión: prednisona 40- 60 mg/día- mantenimiento: azatriopina >2.5 mg/kg/día metrotexate(refractaria).. Grave: infliximab (anti-tnf) →qx
QUIRÚRGICO	Complicada: colectomía asociada a ileostomía terminal de brooke // no complicada: panproctocolectomía restauradora con reservorio en J'ileal (anastomosis ileo-anal) ( <b>curativa</b> )	Qx: fistula compleja : seton o fistulotomía + metronidazol o ciprofloxacino Complicados // no complicados /falla tx: resección intestinal limitada o estructuroplastia (estenosis) ( <b>no curativa</b> )

# Enfermedad de Crohn

Es un trastorno inflamatorio crónico transmural que puede involucrar cualquier parte del tracto gastrointestinal desde la boca hasta el ano, localizándose con mayor frecuencia en el íleon, el ciego y el colon, generando lesiones transmurales discontinuas.

## Epidemiología

Predomina en hombres, con un pico de incidencia entre los 15 a 25 años y 55 a 65 años. Los familiares de primer grado confieren un riesgo 10 veces mayor de padecer la enfermedad.

## F. de riesgo

Antecedente familiar (más común), anticonceptivos orales, gastroenteritis infecciosa reciente, tabaquismo, dietas ricas en proteínas de origen animal, azúcar, aceites, mariscos y grasas.

## Clínica

Sospechar ante diarrea de  $\geq 6$  semanas, dolor abdominal tipo cólico y pérdida de peso. Un dato de gravedad es la diarrea sanguinolenta. Considerar la presencia de lesiones perianales como fisuras, úlceras, fistulas, abscesos y fistula anovaginal.

- Síntomas extraintestinales: eritema nodoso, estomatitis, artritis, uveítis, ulceraciones bucales aftosas y coletitis.

## Diagnóstico

No se dispone de un estándar de oro para el diagnóstico, por lo que parte de una adecuada historia clínica y la presencia de síntomas nocturnos, manifestaciones extraintestinales, episodios de absceso perianal o fisura anal nos orienta a él.

Inicialmente se puede solicitar biometría completa, VSG, PCR, prueba de sangre oculta en heces, búsqueda de toxina de *C. difficile*, calprotectina fecal, proteínas totales y albúmina sérica.

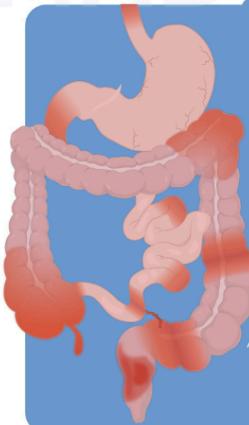
## Etiología

Interfieren diversos factores, se asocia con anticuerpos *anti-Saccharomyces cerevisiae* (ASCA), susceptibilidad genética, alteraciones en microbiota entérica e inmunidad de mucosa.

## F. protectores

Alimentación al seno materno, implementación de vitamina D, tener una dieta rica en zinc (40% menos riesgo), consumo de estatinas, vivir en zona rural, así mismo, el ser hispano.

### Localización



Afección segmentaria (parches) y discontinua.

El porcentaje de afección es de:

- Intestino delgado (30-40%).
- Delgado + colon (40-55%).
- Íleon terminal (90%).
- Solo colon (15 a 25%).

A diferencia de CUCI, la enfermedad de Crohn puede afectar cualquier parte del tubo digestivo.

## Dx endoscópico

- ileocolonoscopia y endoscopia alta con toma de biopsia
- Lesiones segmentarias
- Mucosa de aspecto empedrado

## Dx radiográfico

- Estudios contrastados: úlceras, estenosis, fistulas y fisuras

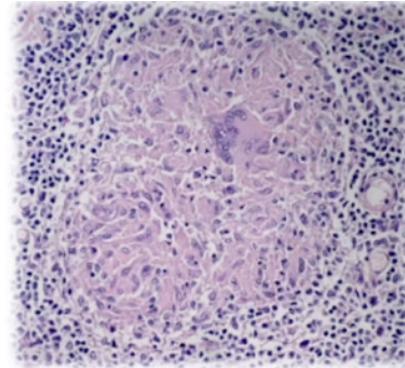


## Laboratoriales

VSG, PCR, Calproteína fecal (inflamación intestinal)

## Histológico

Granulomas no caseificantes, inflamación transmural  
Úlceras, fistulas y fisuras



#### CRITERIOS LENNARD JONES:

Valora si hay **enfermedad**

#### ÍNDICE DE HARVEY-BRADSHAW

Valora **actividad** de la enfermedad

- < 4 remisión
- 5-9: Moderadamente activo
- > 9 marcadamente activo

**CDAI**

#### COMPLICACIONES:

- **FÍSTULAS: ENTEROENTÉRICA**
- **OBSTRUCCIÓN**

#### GRAVEDAD BROTE

<b>LEVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 5 DEPOSICIONES AL DÍA</li> <li>• AFEBRIL</li> <li>• HB &gt;12 G/DL</li> </ul>
<b>MODERADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5-10 DEPOSICIONES AL DÍA</li> <li>• FEBRÍCULA</li> <li>• HB 8-12 G/DL</li> </ul>
<b>GRAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt;10 DEPOSICIONES AL DÍA</li> <li>• FIEBRE &gt;38°C</li> <li>• HB &lt;8 G/DL</li> </ul>

#### LEVE Y EN CASO DE NO TOLERAR ESTEROIDE

- MESALAZINA Y SULFASALAZINA

#### MODERADO

- PARA REMISIÓN: **PREDNISONA** (DOSIS REDUCCIÓN)
- PARA MANTENIMIENTO: **AZATIOPINA (TIOPURINA)** O METROTREXATE
- EXTENSA: AZATIOPRINA

#### MODERADO A SEVERA

- **INFILIXIMAB / ADALIMUMAB** (ANTI-TNF) +/- AZATIOPRINA



Los anti-TNF están indicados en EC moderada a grave que no responden o son intolerantes al tratamiento convencional y son dependientes de esteroides.

#### QUIRÚRGICO

- **Enfermedad de Crohn Perianal localizada o con supuración aguda. CIRUGÍA + ATB + AZATIOPRINA**
- **Fístula compleja**: SETON O FISTULOTOMÍA + METRONIDAZOL O CIPROFLOXACINO
- **Complicados, no complicados o no ceden con TX: RESECCIÓN INTESTINAL LIMITADA O ESTRUCTUROPLASTIA (ESTENOSIS)**

**+ Envío a 2º nivel**

**NAK MALA**

**Quirúrgico**

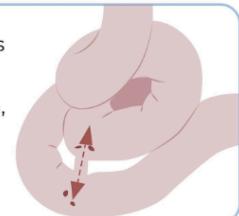
Se debe realizar envío a su hospital general de zona a todo paciente con sospecha de enfermedad de Crohn para su evaluación y a pacientes con diagnóstico ya establecido, que presenten respuesta parcial, actividad persistente o recaída.

En caso de supuración aguda para valorar la colocación de setones de drenaje, en presencia de absceso perianal debe ser drenado como con carácter de urgencia y en caso de falla a la farmacoterapia o complicaciones que obligar su intervención.

2022

#### Complicaciones

- Estenosis con síntomas obstructivos, enfermedad fistulizante, perforación (aparece en 1 a 2% de los casos, por lo regular en el ileón, puede ser letal), megacolon, hemorragia persistente y peritonitis.
- La malabsorción intestinal puede llegar a provocar anemia, hipocalcemia, hipoalbuminemia, hipomagnesemia, coagulopatía e hiperoxaluria con nefrolitiasis en pacientes con el colon intacto.
- Entre el 40% a 80% de los pacientes presentan enfermedad perianal. Tienen como origen de una fistula perianal la misma actividad por el Crohn, así como de origen criptoglandular.



# Colitis ulcerativa

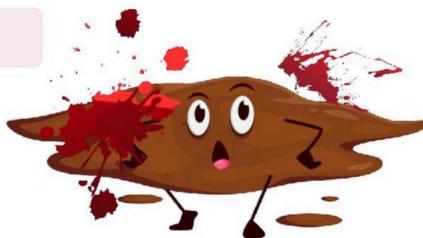
Afecta solo mucosa **intestino grueso**, **comienza en recto**  
(25% recto // 50% afecta recto-sigma y colon descendente)



Factor protector: tabaco

## CLÍNICA

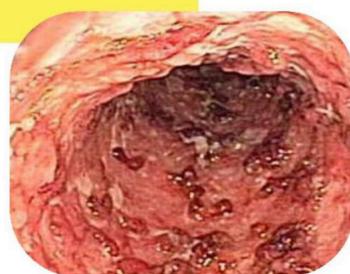
**DIARREA SANGUINOLENTA**  
TENESMO



**DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO**  
SOLO **MUCOSA** AFECTADA  
INFILTRADO INFLAMATORIO INESPECIFICO,  
**ABSCESOS CRÍPTICOS**

**DIAGNÓSTICO ENDOSCOPICO (SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE DE ELECCIÓN)**

- **CONTINÚA**
- **MUCOSA CON ASPECTO GRANULAR**
- **SUPERFICIAL**



	PROCTITIS	COLITIS IZQUIERDA	COLITIS EXTENSA
BROTE LEVE-MODERADO	MESALAZINA SUPOSITORIOS + MESALAZINA VO ESTEROIDES TÓPICOS	ENEMAS AMINOSALICILATOS 1 G AL DÍA + MESALAZINA VO >2 GR AL DÍA. SINO FUNCIONA ESTEROIDES SISTÉMICOS	5-AMINOSALICILATOS VO >2 G AL DÍA + TRATAMIENTO TÓPICO SINO MEJORA ESTEROIDES SISTÉMICOS
BROTE GRAVE	<ul style="list-style-type: none"><li>• ESTEROIDES IV 7-10 DÍAS. VALORAR RESPUESTA A LOS 3 DÍAS</li><li>• SINO MEJORA: COMPLETAR TRATAMIENTO POR 7-10 DIAS</li><li>• SINO MEJORA: CICLOSPORINA; SINO MEJORA CIRUGÍA</li><li>• BIOLÓGICOS INFILIXIMAB/ADALIMUMAB + AZATRIOPINA. SINO MEJORA CIRUGÍA</li></ul>		
CORTICODEPENDIENTE (20-25%)	AZATRIOPINA/MERCAPTOPURINA; SINO MEJORA INFILIXIMAB/ADALIMUMAB; SINO MEJORA CIRUGÍA		
CORTICORRESISTENTE (20-40%)	INFILIXIMAB/ADALIMUMAB; SINO MEJORA CIRUGÍA		
TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO	5-AMINOSALICILATOS TÓPICO + AZATRIOPINA VO; SINO MEJORA AZATRIOPINA/MERCAPTOPURINA + INFILIXIMAB/ADALIMUMAB + AZATRIOPINA. SINO MEJORA CIRUGÍA		

## TX QUIRÚRGICO (CURATIVO):

**COMPLICADA:** Colectomia asociada a ileostomía terminal de brooke

**NO COMPLICADA:** Panproctocolectomía restauradora con reservorio en "J" ileal  
(ANASTOMOSIS ILEO-ANAL)