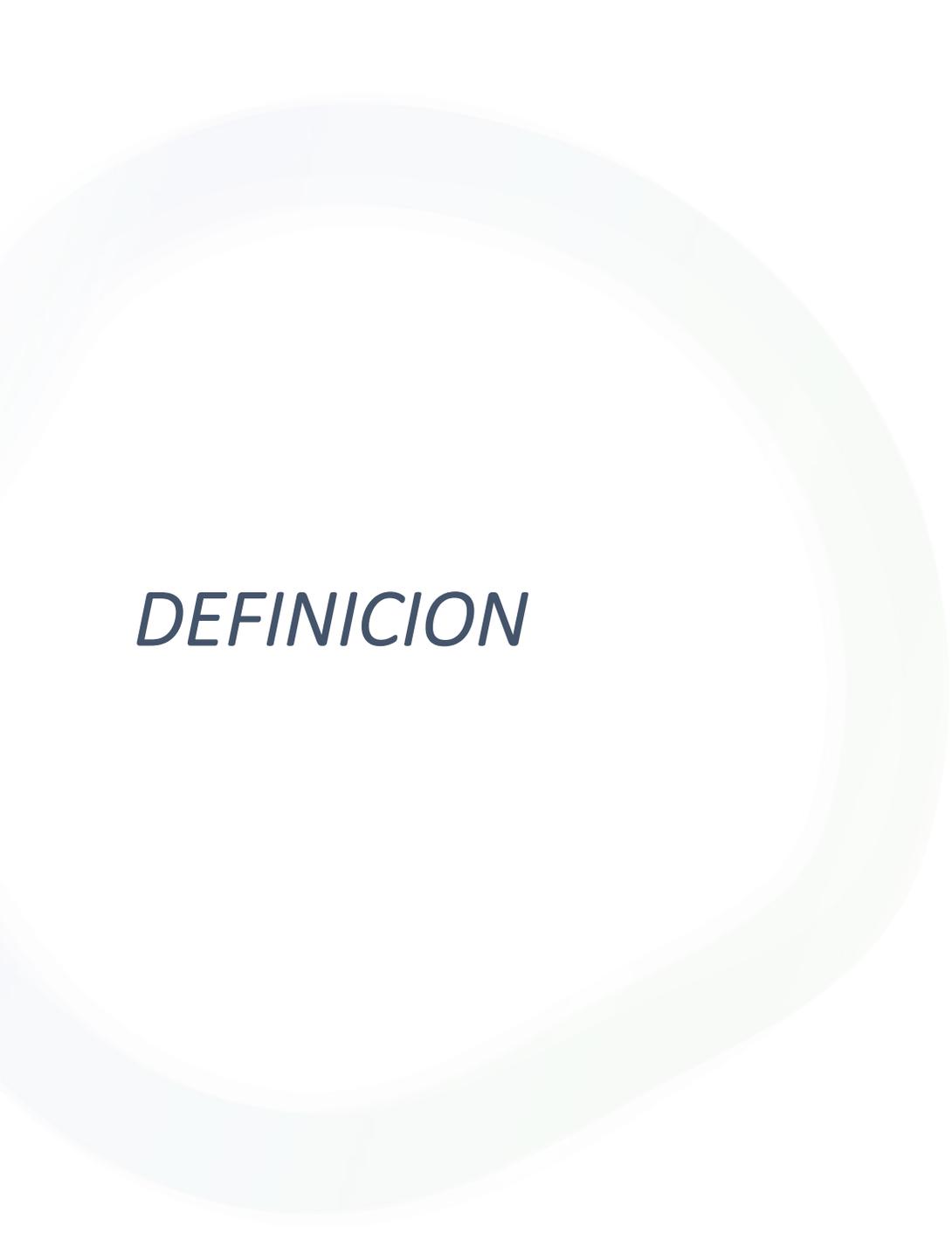


ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

*MARIA CECILIA CARRARO
MEDICA GASTROENTEROLOGA UBA/SAGE
GEDYT*

AÑO 2022



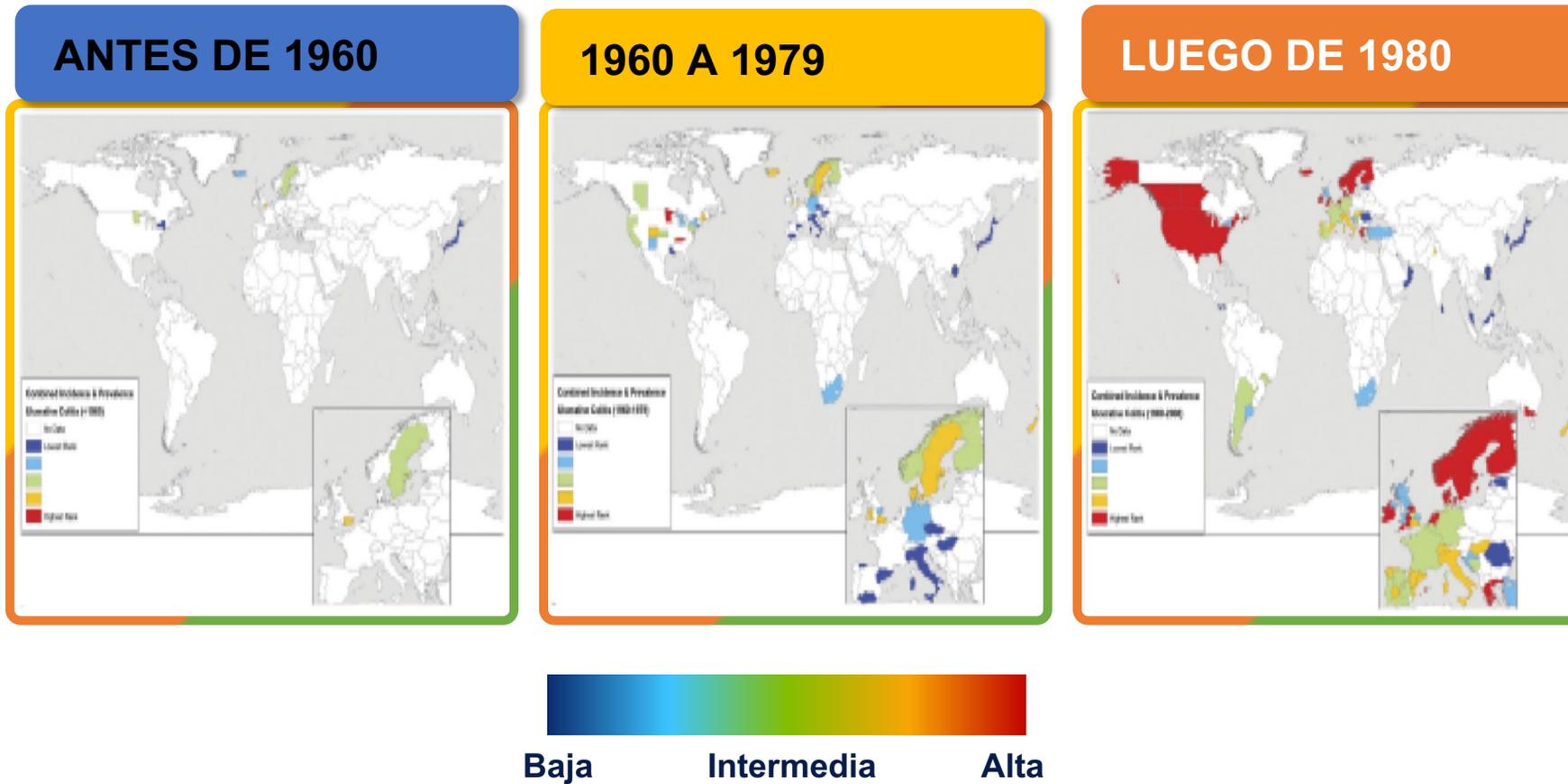
DEFINICION

GRUPO DE TRASTORNOS DE CAUSA DESCONOCIDA, ASOCIADOS A UNA RESPUESTA INMUNE DESMESURADA QUE PRODUCE LESIONES DE PROFUNDIDAD Y EXTENSION VARIABLE EN EL INTESTINO.

SON DE CURSO CRONICO, SIN TENDENCIA A LA CURACION Y CON UNA EVOLUCION DIFICIL DE PREDECIR EN LA QUE ALTERNAN PERIODOS DE ACTIVIDAD Y REMISION.

CAMBIANDO LA EPIDEMIOLOGÍA DE IBD

TASAS DE INCIDENCIA Y/O PREVALENCIA MUNDIAL DE EII PARA PAÍSES QUE REPORTAN DATOS



DEMOGRAFIA

- **INCIDENCIA**

- 10 – 20 POR 100,000 / AÑO .

- **PREVALENCIA**

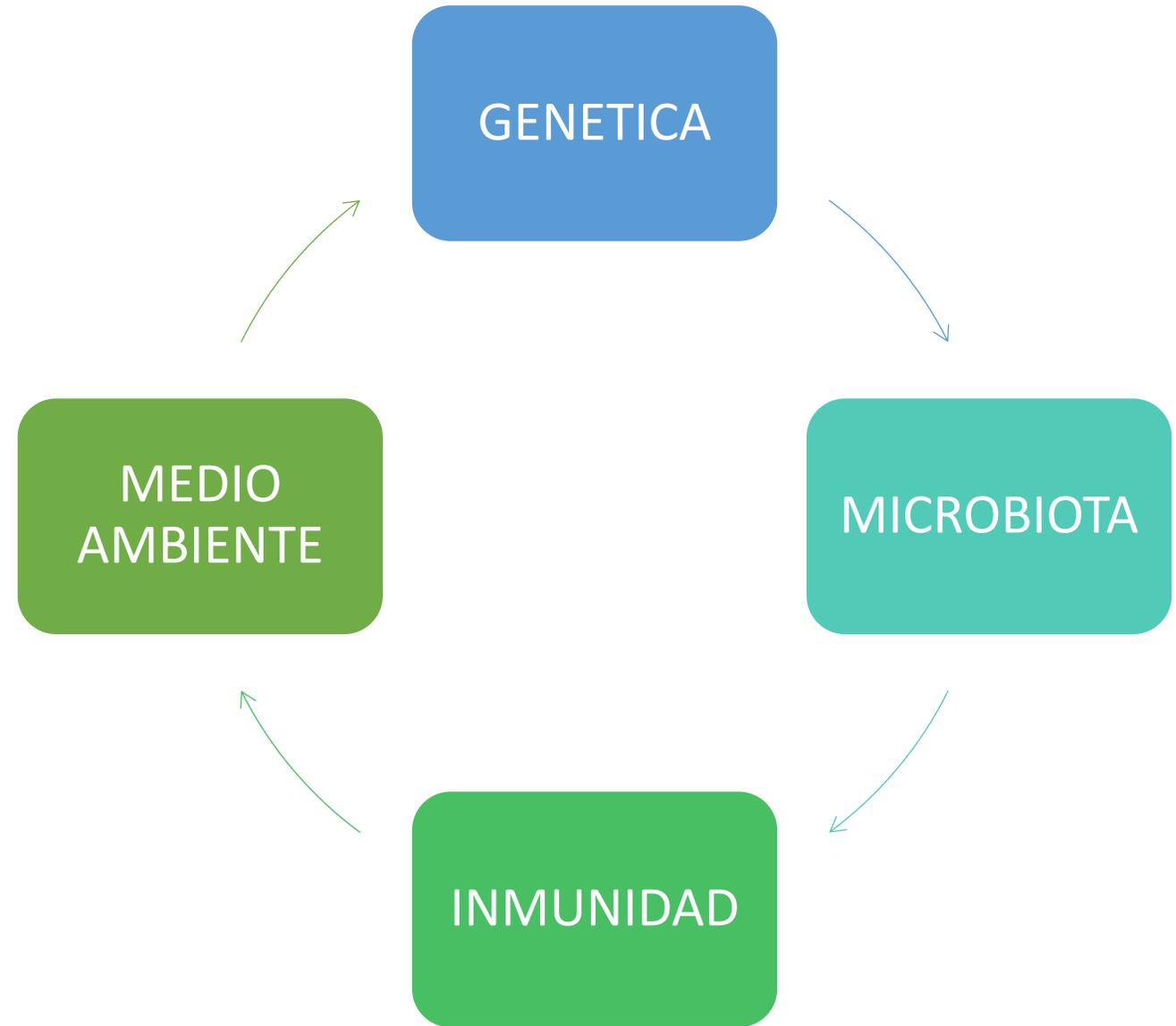
- 100 – 200 POR 100,000 (VS CD: 50–100/100,000)
- JUDÍOS CAUCÁSICOS > NO - JUDÍOS CAUCÁSICOS > NEGROS > HISPÁNICOS > ASIÁTICOS
- HOMBRES = MUJERES

- **DIAGNÓSTICO**

- CUALQUIER EDAD, PERO MÁS COMÚN 15–30 O 60–80 AÑOS
- POR HISTORIA CLÍNICA Y ENDOSCOPIA O HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS, CONFIRMADO POR BIOPSIA

- ESTA CAMBIANDO LA PREVALENCIA EN PAISES INDUSTRIALIZADOS CON UNA TENDENCIA AL AUMENTO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN SOBRE LA COLITIS ULCEROSA.

FISIOPATOLOGIA





GENETICA

HAY DIFERENTES GENES INVOLUCRADOS EN LA FISIOPATOGENIA DE LA EII, LA MAYORIA LOS COMPARTEN AMBAS ENTIDADES SIENDO ALGUNOS ESPECIFICOS DE CU Y OTROS DE LA ENFERMEDAD DE CROHN.



MEDIO AMBIENTE

TABACO – FACTOR DE RIESGO ESTABLECIDO PARA ENFERMEDAD DE CROHN. MAYOR TASA DE RECURRENCIA POSTQUIRURGICA.

VITAMINA D – BAJOS NIVELES SE ASOCIAN A MAYOR RIESGO DE DEBUT DE LA ENFERMEDAD Y A MENOR RESPUESTA A TRATAMIENTO.

AINES – FAVORECEN DEBUT Y RIESGO DE RECAIDA. NO ESTA AUN ESTABLECIDO A QUE DOSIS.

STRESS – ANSIEDAD Y DEPRESION PUEDEN FAVORECER DEBUT Y/O RECAIDA.

CONTAMINACION AMBIENTAL – PUEDE FAVORECER DEBUT Y/O RECAIDA.



MICROBIOTA

CAMBIOS EN LA MICROBIOTA ROL ESTABLECIDO.

DISMINUCION DE FIRMICUTES Y BACTEROIDES.

AUMENTO DE FLORA INESTABLE, INCLUIDA
E.COLI.

AUMENTO DE LA CAPA DE MOCO ADHERENTE DE
LA MUCOSA COLONICA QUE FAVORECE EL
SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO.

FLORA BACTERIANA CAMBIANTE E INESTABLE.

INMUNIDAD

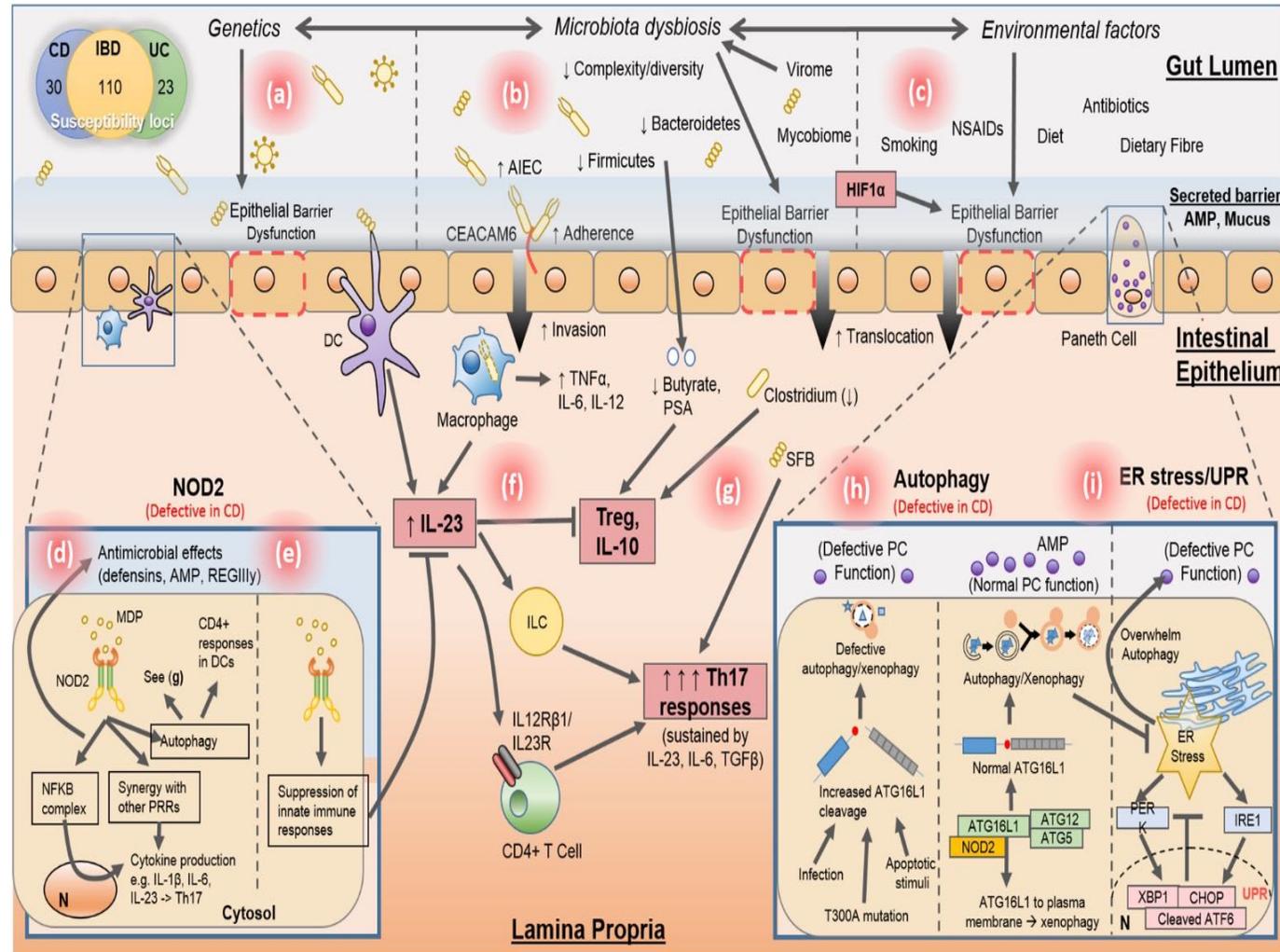
- **RESPUESTA INMUNE INNATA** – MEDIADA POR CELULAS EPITELIALES, NEUTROFILOS, CELULAS DENDRITICAS, MONOCITOS, MACROFAGOS Y NK. ESTAS CELULAS RECONOCEN ANTIGENOS MICROBIANOS A TRAVES DE TLRs DE SUPERFICIE Y RECEPTORES NOD-like DEL CITOPLASMA Y ACTIVAN LA RESPUESTA INFLAMATORIA.

- **RESPUESTA INMUNE ADAPTATIVA** – EC – Th1

CU – Th2

AUMENTO DE RESPUESTA DE LINFOCITOS Th17, IL-23 + TNF alfa!

RESUMIENDO...



COLITIS ULCEROSA (CU)

ENFERMEDAD DE CROHN (EC)

COLITIS INCLASIFICABLE (CI)

COLITIS ULCEROSA

- PROCESO INFLAMATORIO DE LOCALIZACION INICIAL Y PREDOMINANTE MUCOSA.
- LIMITADA AL COLON, CON AFECCION INVARIABLE DEL RECTO.
- AFECCION CARACTERISTICA ASCENDENTE, CONTINUA Y SIMETRICA.

ENFERMEDAD DE CROHN

- PROCESO INFLAMATORIO DE LOCALIZACION TRANSMURAL, GRANULOMATOSO Y CICATRIZANTE, DE INICIO SUBMUCOSO.
- PUEDE AFECTAR CUALQUIER ÁREA DEL TRACTO GI.
- AFECCION DISCONTINUA Y ASIMETRICA

- CUANDO EL DIAGNOSTICO DEFINITIVO NO PUEDE ESTABLECERSE CON UNA HISTORIA CLINICA ADECUADA, RADIOLOGIA, ENDOSCOPIA E HISTOLOGIA HABLAMOS DE **COLITIS INCLASIFICABLE O NO CLASIFICADA** (10%).

- CUANDO EL DIAGNOSTICO DEFINITIVO NO PUEDE ESTABLECERSE LUEGO DEL ANALISIS DE LA PIEZA QUIRURGICA HABLAMOS DE **COLITIS INDETERMINADA**.

EN EL AÑO 2006 LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE GASTROENTEROLOGIA EMITIO LA *CLASIFICACION DE MONTREAL* QUE DIVIDE LOS CASOS DE EII SEGÚN SU EXTENSION Y COMPORTAMIENTO

PERMITE:

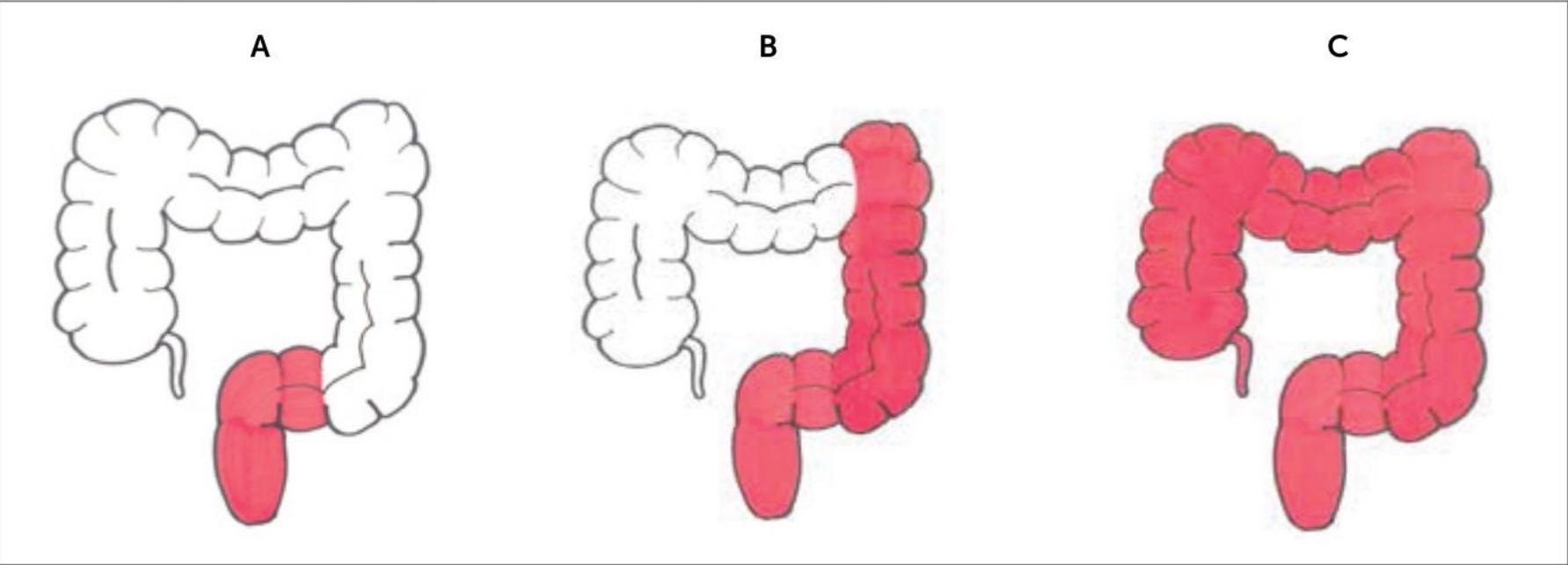
- ATENDER LA HETEROGENEIDAD DE LOS PACIENTES.
- UNIFICAR CRITERIOS PARA LOS MEDICOS QUE ATIENDEN PACIENTES CON ESTAS ENFERMEDADES.

Tabla V. Clasificación de Montreal de la colitis ulcerosa.

| | |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Extensión | <p>E1. Proctitis ulcerosa. Afectación limitada al recto</p> <p>E2. Colitis izquierda o CU distal. Afectación distal al ángulo esplénico</p> <p>E3. Colitis ulcerosa extensa/Pancolitis. Afectación proximal al ángulo esplénico</p> |
| Gravedad (Severity) | <p>S0. Remisión clínica, asintomático</p> <p>S1. Leve. Cuatro o menos deposiciones diarias con o sin sangre, ausencia de síntomas sistémicos y marcadores de inflamación normales</p> <p>S2. Moderada. Cinco o más deposiciones diarias, pero con mínimos signos de afectación sistémica</p> <p>S3. Grave. Al menos seis deposiciones diarias, taquicardia de más de 90 l.p.m. Temperatura de más de 37,5°C, hemoglobina menor de 10,5 g/100 ml y VSG mayor de 30 mm/h</p> |

PROCTITIS

PANCOLITIS



COLITIS IZQUIERDA

Tabla IV. Clasificación ALB (*Age, Location, Behaviour*) de Montreal de la enfermedad de Crohn.

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>A. Edad de comienzo (<i>Age</i>)</p> | <p>A1: comienzo hasta los 16 años inclusive A2: comienzo entre los 17 y los 40 años A3: comienzo por encima de los 40 años</p> |
| <p>L. Localización (<i>Location</i>) Para definir un segmento como afecto es necesaria al menos la presencia de aftas, no es suficiente que haya lesiones menores, como eritema y edema</p> | <p>L1: afecta a íleon distal, incluyendo si se afecta el ciego por continuidad L2: afecta a colon L3: afecta a íleon distal y colon L4: se añade a cualquiera de las anteriores si se afecta tubo digestivo alto (de boca a íleon proximal)</p> |
| <p>B. Comportamiento (<i>Behaviour</i>) Debe permitirse un periodo de observación, ya que hay cambios de B1 a B2 o B3</p> | <p>B1: comportamiento ni estenosante ni perforante B2: comportamiento estenosante B3: comportamiento perforante (incluye la masa abdominal) p: se añade a cualquiera de las anteriores si hay enfermedad perianal</p> |



*CRITERIOS
DIAGNOSTICOS*

CLÍNICOS

ENDOSCÓPICOS

HISTOLÓGICOS

IMÁGENES

SEROLÓGICOS



Tabla 4. Diferencias clínicas entre la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn del colon.

| | COLITIS ULCEROSA | ENFERMEDAD DE CROHN |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|
| Sangrado rectal | Muy frecuente | Menos frecuente |
| Dolor abdominal | Inconstante y leve | Muy Frecuente |
| Tipo (dolor / molestia) | Urgencia predefecatoria | Suboclusivo frecuente |
| Fiebre | Indica severidad | Frecuente |
| Masa abdominal | Indica complicación / (Presentación infrecuente) | Complicación - Frecuente |
| Enfermedad perianal | Igual a población normal | Frecuente / Compleja común |
| Fístulas internas y externas | Sólo rectovaginal (inusual) | Común |
| Colectomía (ileostomía definitiva) | Proctocolectomía (curación) | Recidiva Intestino delgado posible |
| Colectomía + pouch ileoanal | Pouchitis posible (30-40%) | Fracaso frecuente |

Tabla 2. Criterios diagnósticos tradicionales para definir la colitis ulcerosa (Lennard-Jones, 1980).³⁵

| CRITERIOS DE LENNARD JONNES PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA COLITIS ULCEROSA | |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Criterios clínicos | <ul style="list-style-type: none"> • Sangrado rectal. • Diarrea crónica (aunque en un 10% de los casos puede haber constipación). • Dolor abdominal. • Manifestaciones extraintestinales. |
| Criterios radiológicos | <ul style="list-style-type: none"> • Cambios mucosos: mucosa granular, úlceras espiculares o en botón de camisa, pseudopólipos. • Cambios en el calibre: estrechamiento de la luz (aumento del espacio sacro-rectal), acortamiento del colon, pérdida de haustras. |
| Criterios endoscópicos | <ul style="list-style-type: none"> • Mucosa eritematosa, granular, edematosa y/o friable. • Exudado o ulceraciones. • Sangrado al roce o espontáneo. • Pseudopólipos y pólipos. • Lesiones característicamente continuas y con afectación prácticamente constante de recto. |
| Criterios anatómo-patológicos | <ul style="list-style-type: none"> • Mayores: inflamación exclusiva de la mucosa, úlceras superficiales, distorsión de la cripta, microabscesos, depleción de células caliciformes. • Menores: infiltrado inflamatorio crónico difuso, aumento de la vascularización mucosa, metaplasia de las células de Paneth, atrofia mucosa, hiperplasia linfoide. |

Según los criterios de Lennard-Jones, para el diagnóstico de la colitis ulcerosa, se requieren, al menos, la presencia de dos criterios, siendo el anatomopatológico el definitivo.

Tabla 3. Criterios diagnósticos tradicionales para definir la enfermedad de Crohn (Lennard-Jones, 1980).³⁵

| CRITERIOS DE LENNARD JONNES PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN | |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Criterios clínicos | <ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal recurrente. • Diarrea. • Pérdida de peso. • Masa abdominal. • Fiebre/febrícula. • Enfermedad perianal. • Fístulas. |
| Criterios radiológicos | <ul style="list-style-type: none"> • Cambios mucosos: úlceras aftoides, lineales o en espina de rosal, úlceras longitudinales (imagen en empedrado), pólipos inflamatorios, edema de válvulas conniventes. • Cambios del calibre: estenosis (signo de la cuerda), dilatación, fístulas, asimetría de las lesiones. |
| Criterios endoscópicos | <ul style="list-style-type: none"> • En compromiso del colon: presencia de aftas, ulceraciones lineales profundas o serpiginosas, aspecto en empedrado (islotos de mucosa normal entre úlceras), estenosis, orificios fistulosos, pseudopólipos y pólipos; lesiones característicamente segmentarias, de extensión variable y con recto frecuentemente indemne. • En compromiso del íleon: aftas, úlceras y/o estenosis. |
| Criterios anatomopatológicos | <ul style="list-style-type: none"> • Mayores: inflamación transmural, granulomas no caseificantes, agregados linfoides (sin centro germinal). • Menores: inflamación de carácter discontinuo, inflamación de la submucosa con arquitectura epitelial conservada, retención de moco con inflamación mínima, fisuras. |

Los criterios de Lennard-Jones definen la enfermedad de Crohn como la presencia de una histología con granulomas en asociación con otro criterio. En ausencia de granulomas, con la suma de dos criterios se considera como probable la enfermedad, requiriéndose en ese caso tres criterios para definirla.

Tabla 14. Actividad de la enfermedad en colitis ulcerosa, criterios originales de Truelove y Witts (1955).⁴⁹

| CRITERIOS DE SEVERIDAD DE TRUELOVE Y WITTS | | |
|--------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Enfermedad severa | Enfermedad moderada | Enfermedad leve |
| Diarrea \geq 6 deposiciones diarias | Intermedia entre moderada y severa | Diarrea $<$ 4 deposiciones diarias |
| Temperatura $>$ 37,5°C (*) | | No fiebre |
| Frecuencia media del pulso $>$ 90 p/m | | No taquicardia |
| Anemia con hemoglobina \leq 75% | | Anemia no severa |
| Eritrosedimentación $>$ 30 mm | | Eritrosedimentación $<$ 30 mm |

(*) $>$ 37,8°C, 2 días de cada 4.

Tabla 32. Índice de actividad de la enfermedad de Crohn.⁷³

| CROHN'S DISEASE ACTIVITY INDEX (CAI) | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Variable clínica o de laboratorio | Factor de ponderación |
| Número de deposiciones líquidas o blandas cada día durante siete días | x 2 |
| Dolor abdominal (score de severidad de 0-3) cada día durante siete días | x 5 |
| Bienestar general, evaluado subjetivamente de 0 (bueno) a 4 (pésimo) cada día durante siete días | x 7 |
| Presencia de complicaciones. Se consigna un punto por cada grupo de complicaciones: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de dolor articular (artralgia) o artritis franca, iritis o uveítis • Presencia de eritema nodoso, pioderma gangrenoso o estomatitis aftosa • Fisura, fístula o absceso anal • Otras fístulas • Fiebre durante la semana previa | x 20 |
| Ingesta de loperamida u opiáceos por diarrea | x 30 |
| Presencia de masa abdominal (0 para ninguna, 2 para dudosa, 5 para definida) | x 10 |
| Hematocrito < 47 en hombres y < 42 en mujeres | x 6 |
| Porcentaje de desvío del peso estándar | x 1 |

Enfermedad activa ≥ 150 , actividad moderada a severa: 220 a 450, enfermedad severa > 450 .

Remisión < 150 .

Respuesta: reducción del CAI ≥ 100 puntos; en algunos estudios se predeterminó considerar descenso ≥ 70 puntos, o presentan ambos resultados.

ENDOSCOPIA

RECORDAR! ESTUDIO DE ELECCIÓN ILEO-VIDEOCOLONOSCOPIA CON TOMA DE BIOPSIAS.

EXISTEN DIFERENTES INDICES O CLASIFICACIONES DE ACTIVIDAD ENDOSCOPICA.

Tabla 18. Índice de la Clínica Mayo (Schoeder y col., 1987).⁵³

| ÍNDICE DE LA CLÍNICA MAYO | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mayo score total (0-12 puntos). Se denomina índice de Mayo Parcial (PMS) a la suma de los subscores sin endoscopia (0-9 puntos) o a la suma de scores de frecuencia de las deposiciones y sangrado (0-6 puntos). | |
| Frecuencia de las evacuaciones | 0: normal para este paciente 1: 1 a 2 evacuaciones por día más que lo normal para ese paciente 2: 3 a 4 evacuaciones por día más que lo normal para ese paciente 3: ≥ 5 deposiciones más que lo normal para ese paciente |
| Sangrado rectal | 0: negativo 1: estrías de sangre en menos de la mitad de las deposiciones 2: sangre franca en más de la mitad de las deposiciones 3: principalmente sangre |
| Score endoscópico | 0: mucosa normal 1: eritema, red vascular disminuida, friabilidad leve, leve granularidad 2: eritema marcado, friabilidad, pérdida del patrón vascular, erosiones, pus 3: ulceración, hemorragia espontánea, pus |
| Valoración global del médico | 0: Normal 1: Leve 2: Moderado 3: Severo |

*Reconoce los otros tres criterios, *discomfort* abdominal del paciente, sensación de bienestar general, y otras observaciones, como hallazgos físicos y performance status. El score de Mayo total en general define como actividad un puntaje igual o mayor de 3, categorizándose, según el puntaje, en leve (3 a 5), moderada (6 a 9) y severa (10 a 12).

Remisión: con el score total se define en general como ≤ 2 con ningún *subscore* >1 (controvertido entre 0 y ≤ 2).

Con el *score* de Mayo parcial el criterio es variable: lo más frecuente es considerar remisión a un *score* ≤ 1 o ≤ 2 con ningún *subscore* >1 , enfermedad leve 2-4, enfermedad moderada 5-6, enfermedad severa 7-9, aunque suele haber variaciones en los puntos de corte.

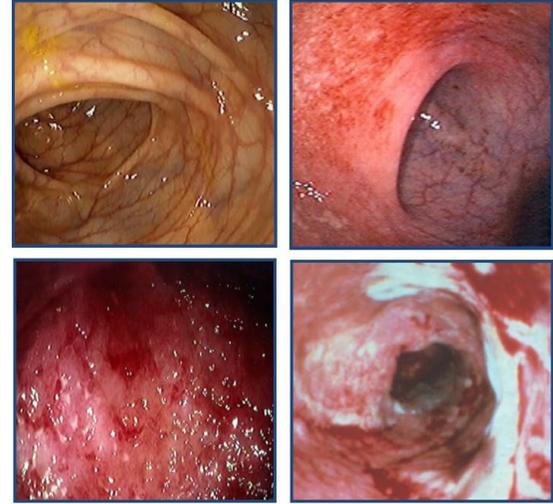
Tabla 37. Score endoscópico simple de enfermedad de Crohn.⁸²

| SIMPLE ENDOSCOPIC SCORE FOR CROHN'S DISEASE (SES-CD) | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|----------------------|-------|---------------|-------|
| 4 DESCRIPTORES POR SEGMENTO Score 0 a 3, siguiendo el orden listado, en cada uno | Recto | Sigma y colon | Transverso izquierdo | Colon | Íleon Derecho | TOTAL |
| Presencia y tamaño de úlceras (0 a 3) Ninguna. Aftoides < 0,5 cm Grandes 0,5 a 2 cm > 2 cm | | | | | | |
| Ulceraciones superficiales (0 a 3) 0 10% 10-30% > 30% | | | | | | |
| Longitud afectada por segmento (0 a 3) 0 < 50% 50-75% > 50% | | | | | | |
| Presencia y tipo de estenosis por segmento (0 a 3) Ninguna. Única, puede ser franqueada. Múltiple, puede ser franqueada. No puede ser franqueada. | | | | | | |

Rango (0-56)

Enfermedad inactiva: scores usualmente considerados entre 0 y ≤ 2

Respuesta: descenso del 50%



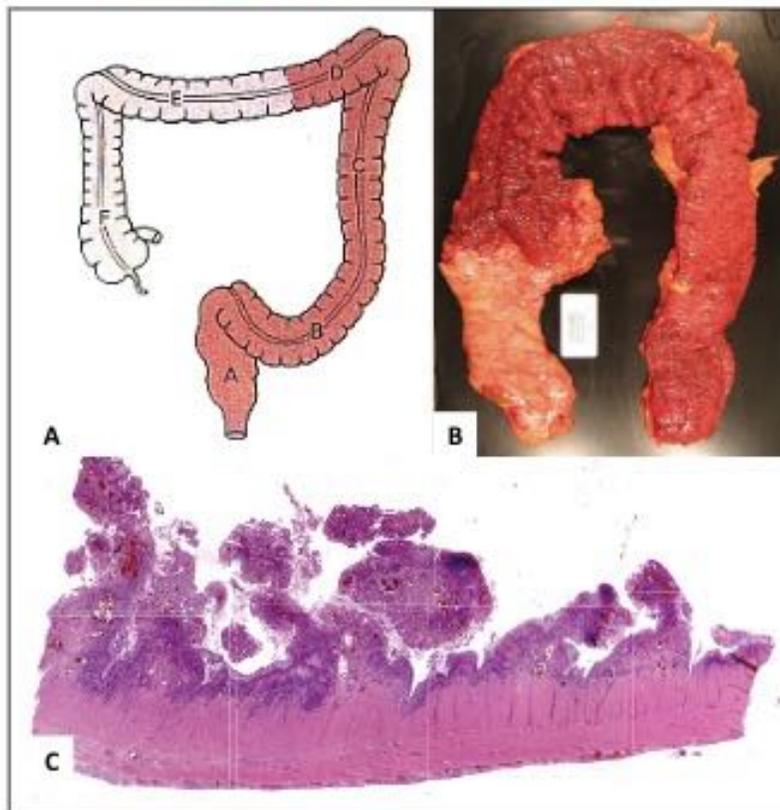
HISTOLOGIA

Tabla 3. Características histológicas de la CUI y EC

| | Colitis Ulcerativa Idiopática | Enfermedad de Crohn |
|-------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|
| Distorsión arquitectural (criptal) | Difusa (continua) | Focal (discontinua) |
| Inflamación crónica | Difusa (continua) | Focal (discontinua) |
| | Decrece proximalmente | Variable |
| Compromiso en parche | Poco común | Común |
| Localización | Superficial | Transmural |
| | Transmucosa | |
| | A veces en submucosa | |
| Serositis | Ausente, excepto en colitis fulminante | Presente |
| Agregados linfoides | Frecuentes en mucosa y submucosa | Comunes, transmurales |
| Granulomas | Ausentes, excepto con ruptura de criptas | Presentes |
| Inflamación aguda | Difusa (continua) | Focal (discontinua) |
| Criptitis | Difusa (continua) | Focal (discontinua) |
| Microabscesos cripticos | Comunes | Poco comunes |
| Depleción de mucina | Presente pronunciada | Poco común, leve |
| Hiperplasia neuronal | Raro | Común |
| Hipertrofia muscular | Ausente | Presente |
| Metaplasia de células de Paneth | Presente | Poco común |
| Metaplasia de glándulas pilóricas | Raro | Presente |

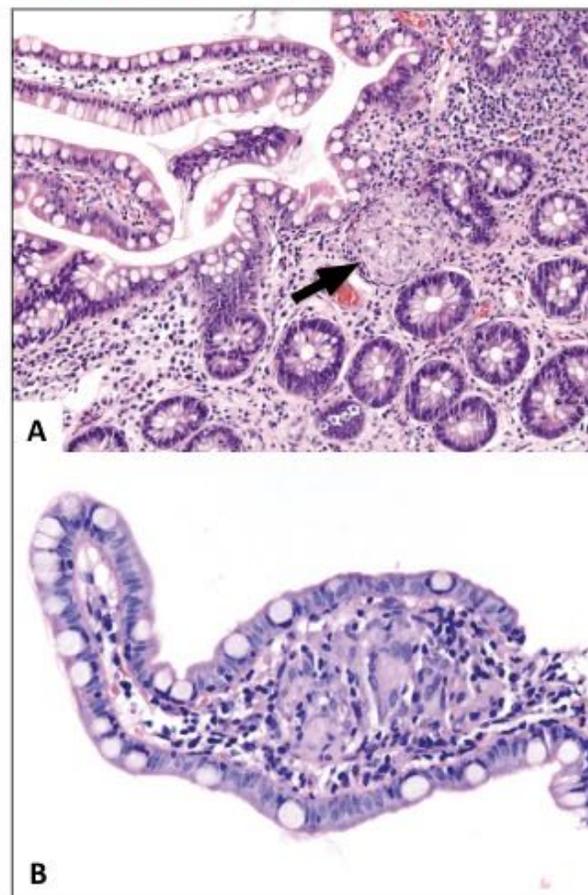
Tomado y traducida de Magro y cols²

Figura 5. Pieza quirúrgica correspondiente a segmento de intestino grueso con CUI



Se identifica inflamación difusa y continua de la mucosa desde el recto hacia proximal, con un límite abrupto entre la mucosa alterada y la sana (A y B tomadas de Odze y cols³). (C, HE, vista escaneada) muestra proceso inflamatorio confinado a la mucosa y submucosa con extensas áreas de ulceración y formación de pseudopólipos.

Figura 10. Granulomas en Enfermedad de Crohn



A (HE, 200x) corresponde a ileitis crónica inactiva con un granuloma epiteloideo en la lámina propia (flecha negra); nótese la ramificación de algunas criptas (ej: esquina inferior derecha). B (HE, 400x) corresponde a vellosidad intestinal (ileal) con granuloma epiteloideo en la lámina propia.

HISTOLOGIA

IMAGENES

- RADIOGRAFIA DE ABDOMEN
- ENTEROTC/ENTERORM
- ECOGRAFIA DOPPLER
- VIDEOENDOCAPSULA/ENTEROSCOPIA

ENTEROTOMOGRAFÍA Y ENTERORRESONANCIA MAGNÉTICA POR ENTEROCLISIS O ENTEROGRAFÍA

TÉCNICAS ESTÁNDAR PARA ESTABLECER LA EXTENSIÓN Y LA ACTIVIDAD DE LA EC DEL INTESTINO DELGADO.

ENGROSAMIENTO ANORMAL DE LA PARED.

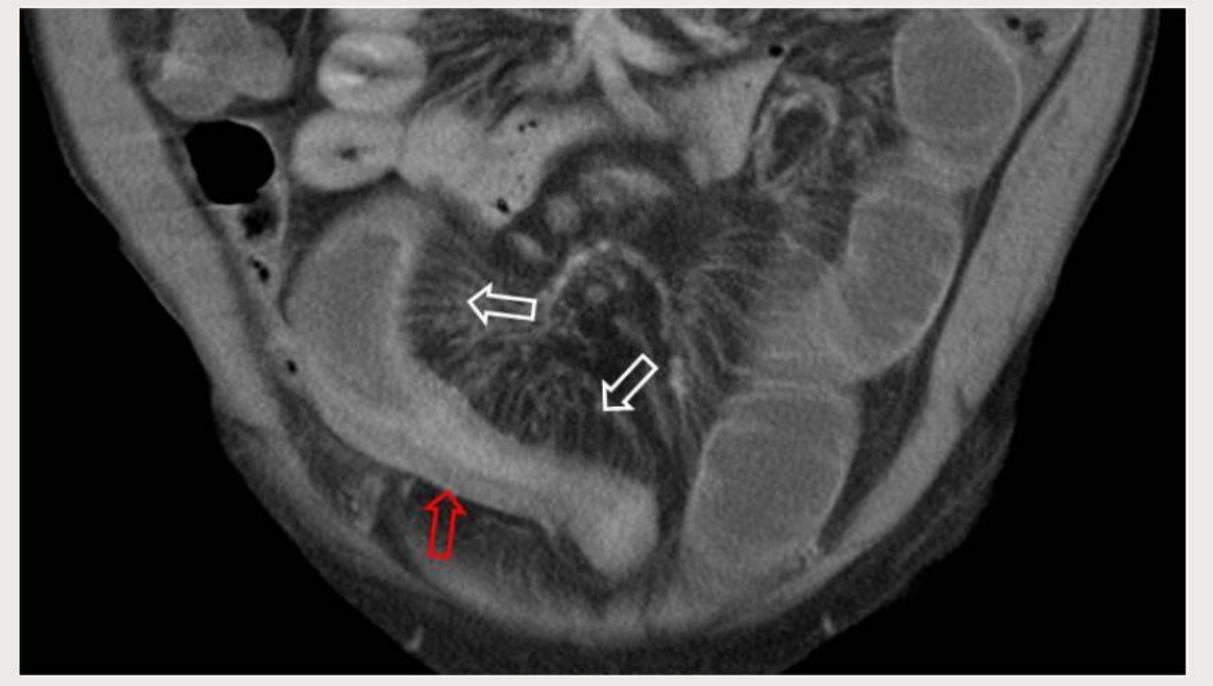
SIGNO DEL PEINE (OPACIFICACIÓN DE LOS VASOS RECTOS) - INDICAN CONGESTIÓN VASCULAR MESENTÉRICA.

PERMITEN VER EDEMA DE LA PARED, ULCERACIONES Y LA PRESENCIA DE COMPLICACIONES EXTRALUMINALES.

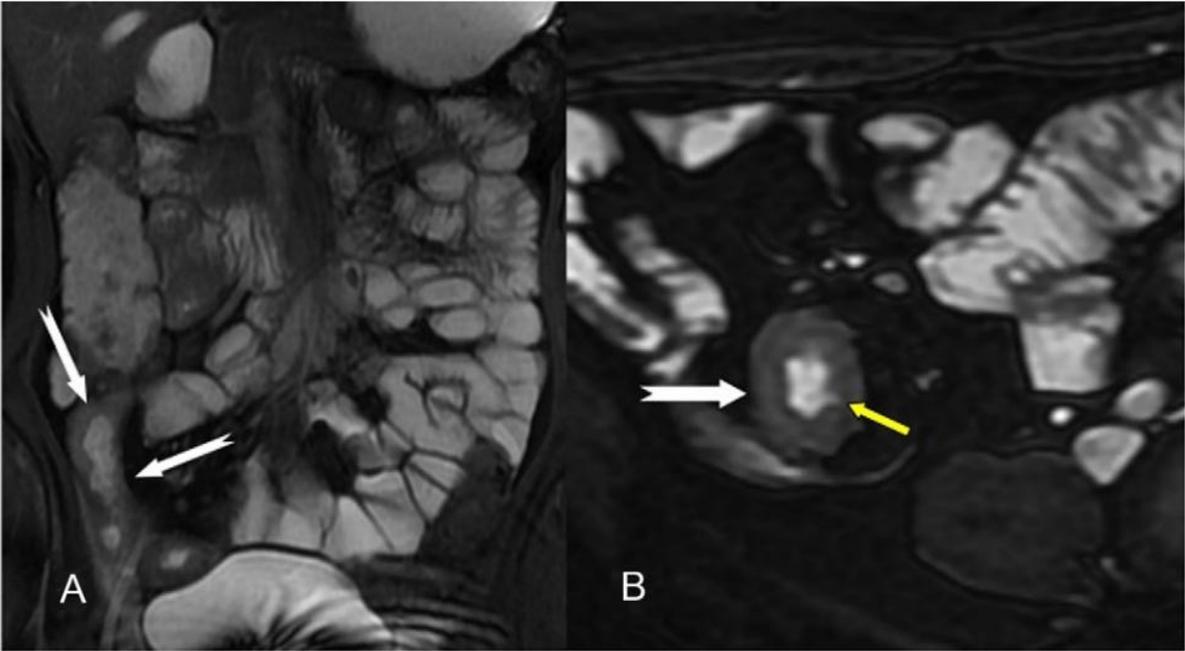
EN RM EL *SCORE MARIA* BRINDA UNA CUANTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD.

ENTERORRESONANCIA PREDICTORES DE ACTIVIDAD ENDOSCÓPICA - ENGROSAMIENTO DE LA PARED, REALCE DEL CONTRASTE, EDEMA Y ÚLCERAS.

ENTEROTOMOGRAFIA

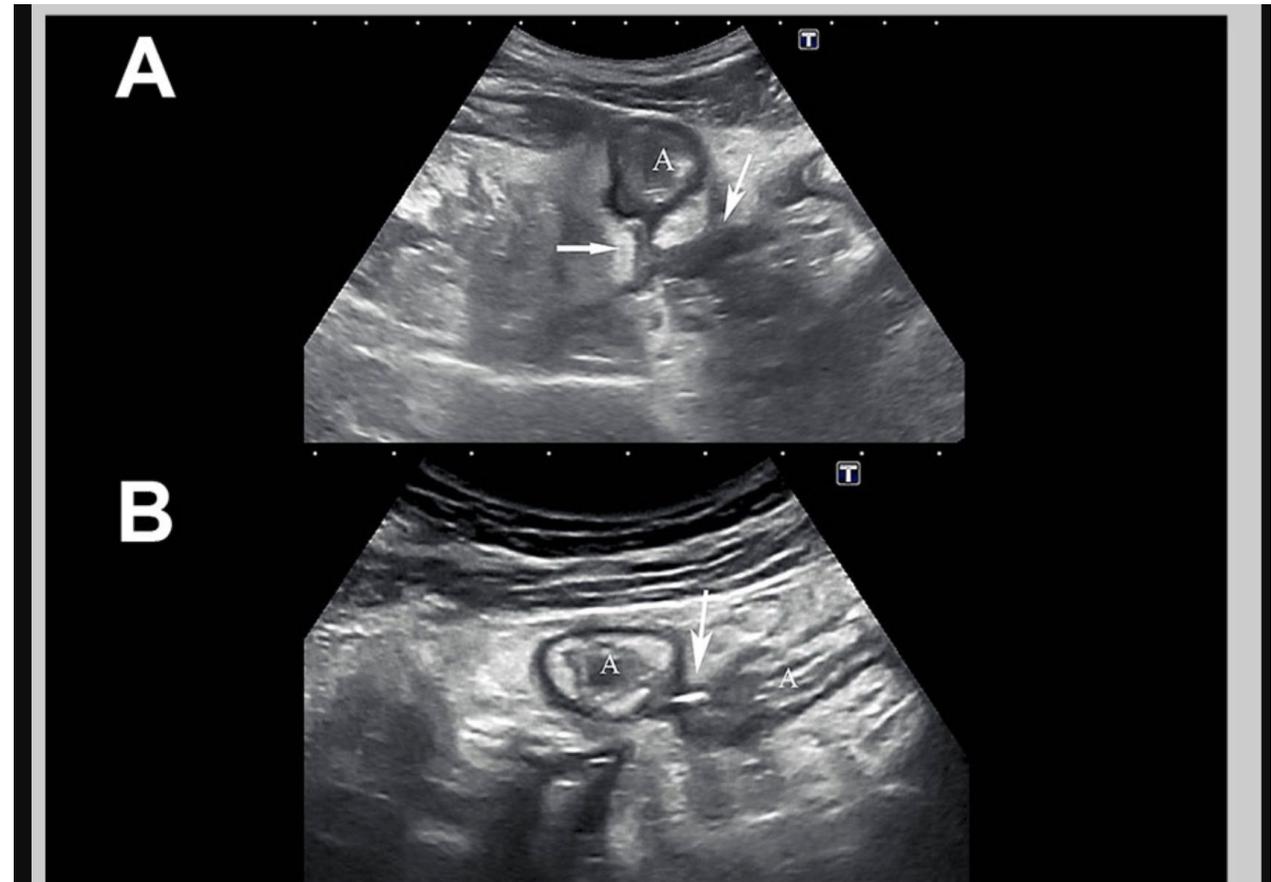


ENTERORESONANCIA



ULTRASONOGRAFÍA CON DOPPLER

AUMENTO DEL ESPESOR DE LA PARED CON ENGROSAMIENTO SIGNIFICATIVO DE LA CAPA DE SUBMUCOSA Y EVALUACION DEL PATRÓN DE VASCULARIZACIÓN. ES OPERADOR DEPENDIENTE. SU USO VA EN AUMENTO EN CENTROS ESPECIALIZADOS.



Sección II.2.2.2. Figura 5. Afectación transmural en paciente con EC. Corte trasversal de un asa de intestino delgado que muestra las paredes engrosadas y la grasa mesentérica inflamada atravesada por tractos hipoeoicos ciegos que representan fisuras (flechas).

Sección II.2.2.2. Figura 6. Fistula enteroentérica en paciente con EC, visualizada como tracto con burbujas de gas ecogénicas (flecha) comunicando dos asas intestinales engrosadas adyacentes (A). La exploración quirúrgica confirmó los hallazgos ecográficos.

LA **VIDEO CÁPSULA** DEL INTESTINO DELGADO SE PIDE CON ALTA SOSPECHA CLÍNICA DE EC Y DEMÁS EVALUACIONES NEGATIVAS SIEMPRE Y CUANDO NO HAYA EVIDENCIA O SOSPECHA DE ESTENOSIS.

ENTEROSCOPIA DE DOBLE BALÓN SE RESERVA PARA BIOPSIA Y/O DILATACION DE ESTENOSIS (TERAPEUTICA)

BIOMARCADORES

ESD + PCR

SON BUENOS PREDICTORES DE ACTIVIDAD INFLAMATORIA.

SU AUMENTO PUEDE PREDECIR BROTES EN PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN REMISION.

ANCA (Anticuerpo anti citoplasma de neutrofilos)/ ASCA (Anticuerpo anti Saccharomices cerevisiae IgA IgG)

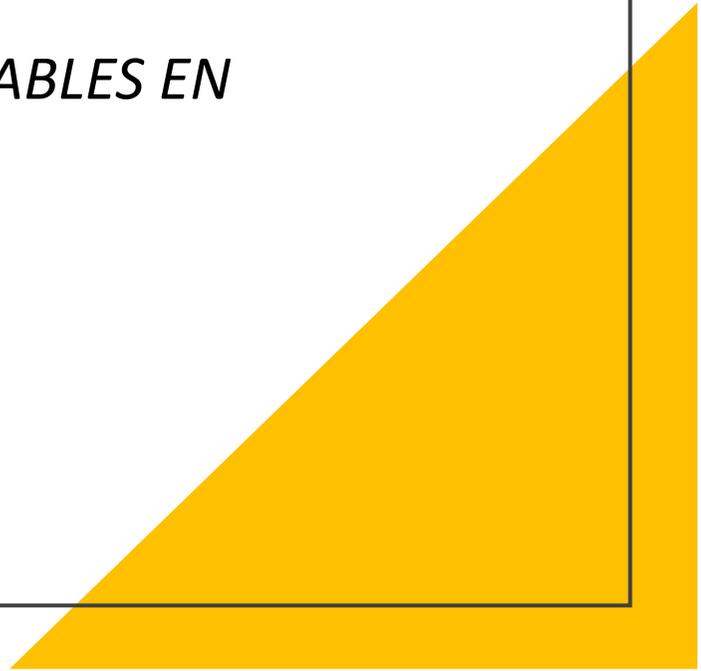
NO SE UTILIZAN PARA DIAGNOSTICO PERO PUEDEN AYUDAR A DIFERENCIAR CROHN DE CU Y TIENEN VALOR PRONOSTICO.

CALPROTECTINA

- PROTEÍNA UNIDA AL CALCIO QUE CONSTITUYE HASTA MÁS DEL 60% DE LA PROTEÍNA CITOSÓLICA DE NEUTRÓFILOS.
- ES RESISTENTE A LA DEGRADACIÓN BACTERIANA - ESTABILIDAD EN LAS HECES - MARCADOR MUY ATRACTIVO.
- MUY ACEPTADA POR LOS PACIENTES - ESTUDIO NO INVASIVO - FACILIDAD DE LA RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA - NO REQUIERE PREPARACIÓN.
- VPP 85-90% PARA DISTINGUIR EII DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE. VALOR > 150 MG/GR CONSIDERAR ESTUDIOS ADICIONALES.
- ÚTIL EN EL DIAGNÓSTICO DE LA EII, CORRELACIONANDO CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD MUCOSA.
- MARCADOR ALTERNATIVO CONFIABLE DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO O RECIDIVA DE LA LESIÓN. VALOR < 250 MG/GR CORRELACIONAN BIEN CON RESPUESTA ENDOSCOPICA.
- ELISA / INMUNOCROMATOLOGRAFIA.
- S 80-90% E 70-80%.

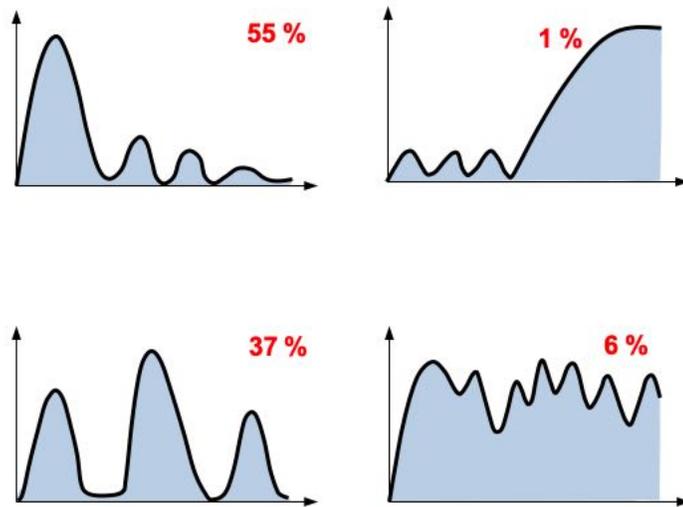
EVOLUCION

*SON ENFERMEDADES ESTABLES EN
EL TIEMPO?*

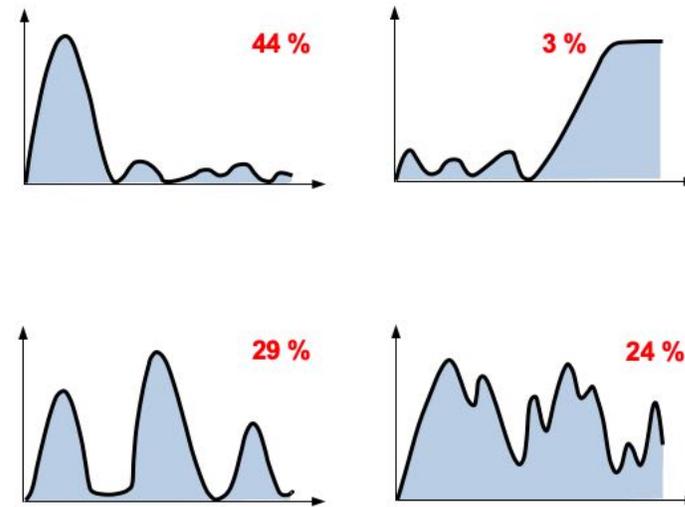


PROGRESION DE LA EII

Colitis ulcerosa¹



Enfermedad de Crohn²

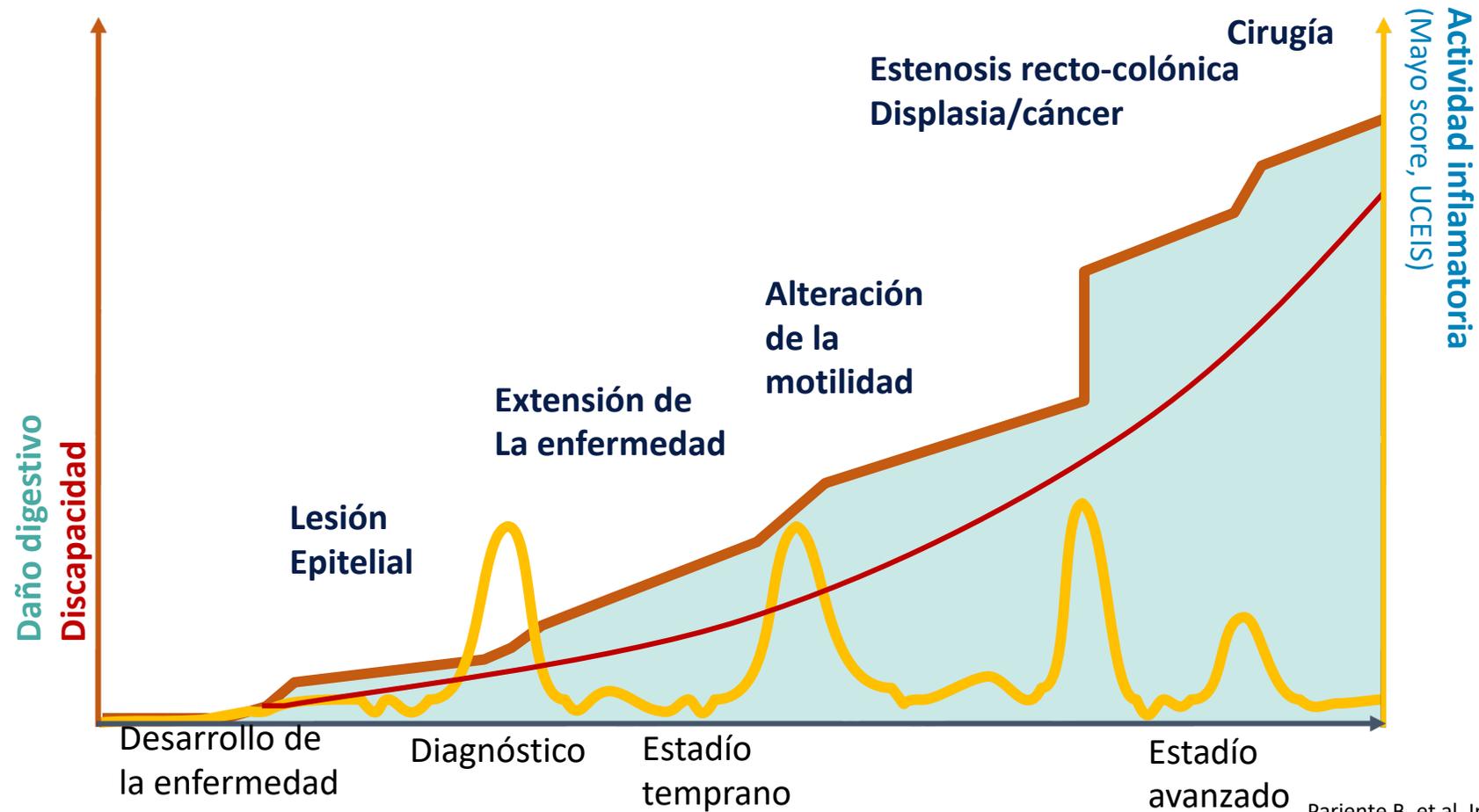


1. Adaptado de: Solberg IC, et al. *Scand J Gastroenterol* 2009;44:431-40.

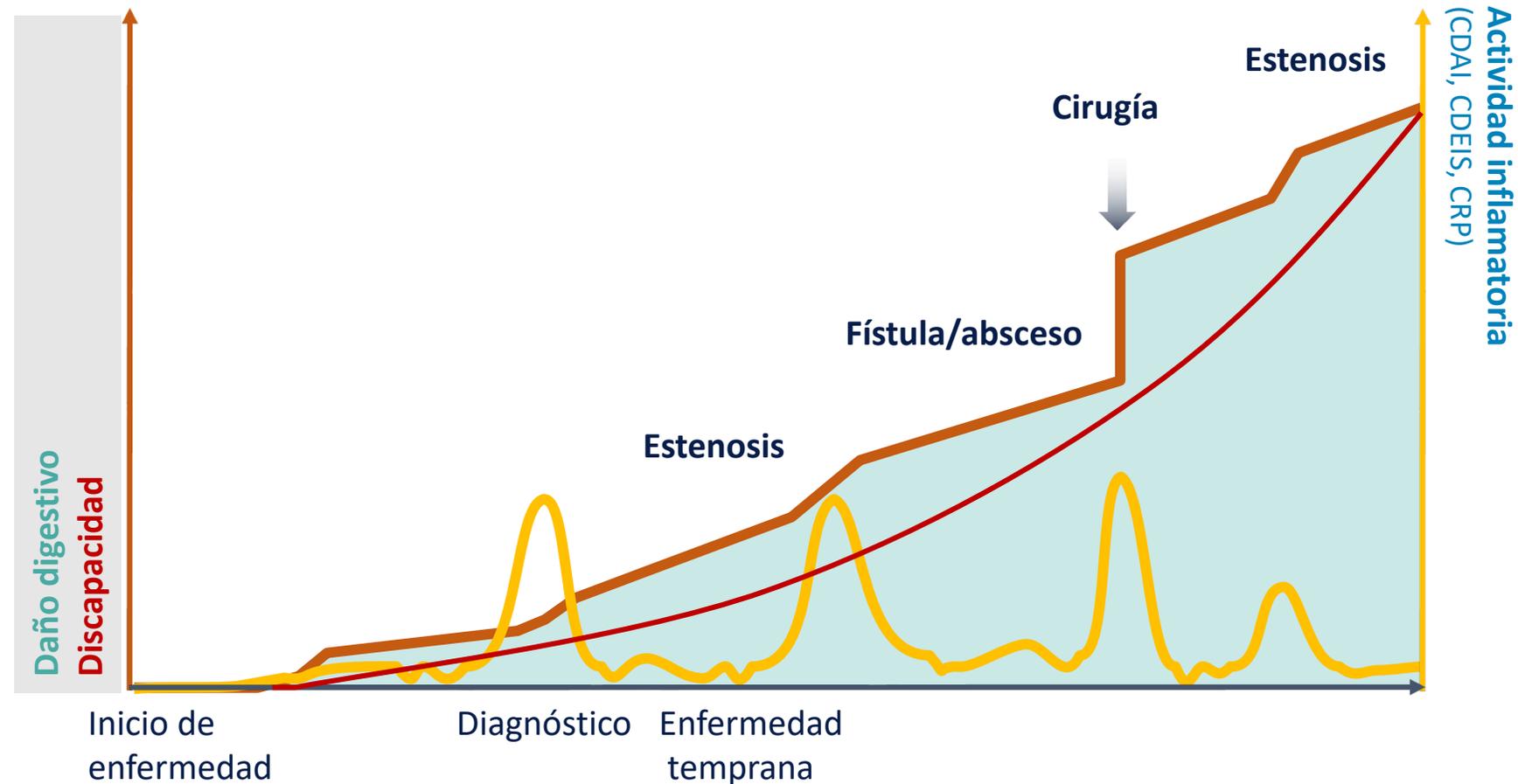
2. Adaptado de: Henriksen M, et al. *Scand J Gastroenterol* 2007;42:602-10.

Colitis Ulcerosa

¿Es una enfermedad progresiva?



La enfermedad de Crohn es una enfermedad progresiva



CDAI, Crohn's disease activity index; CDEIS, Crohn's disease endoscopic index of severity; CRP, C-reactive protein

DATOS RELEVANTES..

- ENFERMEDAD DE CROHN ESTENOSANTE.
- ENFERMEDAD DE CROHN FISTULIZANTE.
- ENFERMEDAD DE CROHN CON COMPROMISO PERIANAL.

19-36% CROHN DEBUTAN COMPLICADOS!

RIESGO DE COMPLICACIONES 48-52% A 5 AÑOS Y 70% A 10 AÑOS.

RIESGO DE CIRUGIA DE 40-70% A 10 AÑOS DE ENFERMEDAD.

LESION PERIANAL 30 A 42% A 10 Y 20 AÑOS RESPECTIVAMENTE.

Tabla I. Diferencias entre enfermedad de Crohn con participación de colon y colitis ulcerosa.

| | Enfermedad de Crohn | Colitis ulcerosa |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diferencias clínicas | <ul style="list-style-type: none"> • Predominan los síntomas sistémicos: malestar, adelgazamiento, fiebre • Diarrea de volumen mayor • Dolor abdominal, a veces masa palpable • Enfermedad perianal | <ul style="list-style-type: none"> • Predomina la rectorragia • Deposiciones pequeñas y numerosas • Tenesmo • Síntomas generales solo en casos graves • Retortijones |
| Diferencias endoscópicas | <ul style="list-style-type: none"> • Recto frecuentemente afectado • Mucosa sana interpuesta entre lesiones • Aftas • Úlceras • Estenosis frecuente • Frecuente afectación ileal | <ul style="list-style-type: none"> • Recto casi siempre afectado • Afectación casi siempre continua • Superficie mucosa granujienta • Úlceras solo en casos graves • Rara afectación ileal (ileítis por reflujo) |
| Diferencias histológicas | <ul style="list-style-type: none"> • Afectación parcheada • La afectación se extiende más allá de la mucosa • Agregados linfoides • Granulomas (40%) • Fibrosis • Metaplasia pilórica • Neutrofilia de lámina propia • Hipertrofia de plexos nerviosos | <ul style="list-style-type: none"> • Afectación difusa • Limitada a mucosa • Abscesos crípticos • Depleción de mucina y de caliciformes • Distorsión de la arquitectura |

MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES

El espectro es muy grande.

Ante la sospecha... consultar siempre al especialista!

Table 1 Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease

| Primary manifestations | Secondary manifestations |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Joint <ul style="list-style-type: none"> • Axial arthropathy (ankylosing spondylitis)^{***} • Peripheral arthropathy (pauciarticular and polyarticular)^{**} | Joint: <ul style="list-style-type: none"> • Osteopenia • Osteoporosis |
| Cutaneous <ul style="list-style-type: none"> • Erythema nodosum[*] • Pyoderma gangrenosum^{**} • Sweet syndrome • Aphthous stomatitis[*] • Pyostomatitis vegetans • Metastatic Crohn's disease • Psoriasis • Cutaneous polyarteritis nodosa | Renal <ul style="list-style-type: none"> • Nephrolithiasis • Drug-induced nephrotoxicity |
| Ophthalmologic <ul style="list-style-type: none"> • Episcleritis[*] • Scleritis • Uveitis (anterior, intermediate, and posterior)^{***} | Hepatobiliary <ul style="list-style-type: none"> • Cholelithiasis |
| Hepatobiliary <ul style="list-style-type: none"> • Primary sclerosing cholangitis^{***} | Vascular <ul style="list-style-type: none"> • Venous thromboembolism[*] |
| Pulmonary <ul style="list-style-type: none"> • Bronchiolitis • Bronchiectasis • Chronic bronchitis • Granulomatous bronchiolitis • Organizing pneumonia • Usual interstitial pneumonia • Lymphocytic interstitial pneumonia • Eosinophilic pneumonitis • Granulomatous interstitial lung disease | Ocular <ul style="list-style-type: none"> • Glaucoma, cataracts |
| Renal <ul style="list-style-type: none"> • Glomerulopathies (IgA nephropathy, membranoproliferative glomerulonephritis, minimal change disease, membranous glomerulopathy, antiglomerular basement membrane glomerulonephritis) • Secondary amyloidosis • Tubulointerstitial nephritis^{***} | |

^{*}Parallels IBD activity; ^{**}May or may not parallel IBD activity; ^{***}Does not parallel IBD activity

TRATAMIENTO



INDUCIR Y MANTENER
LA REMISION



***“VENTANA DE
OPORTUNIDAD”***



ALTERNATIVAS



STEP UP – INDICAR LOS
FARMACOS EN FORMA
PROGRESIVA SEGÚN
EVOLUCION E IR
ESCALANDO.



TOP DOWN – INDICAR
FARMACOS POTENTES
DESDE EL INICIO.

FARMACOS DISPONIBLES

- 5-ASA – SULFASALAZINA/MESALAZINA
- CORTICOIDES
- INMUNOSUPRESORES
- BIOLÓGICOS
- PEQUEÑAS MOLECULAS

DIFERENTES PRESENTACIONES Y VIAS DE ADMINISTRACION – LA ELECCION DEBERA SER PRECISA Y AJUSTADA A LA NECESIDAD DE CADA PACIENTE.

Objetivos

Controlar la actividad inflamatoria

Sostener la remisión

Evitar la recurrencia

Eliminar o evitar las complicaciones

Mejorar y mantener la calidad de vida y el estado nutricional

The image features four white, 3D-printed house models with red roofs, arranged in a line on a light-colored wooden surface. The houses increase in size from left to right. The text 'MENSAJES PARA LLEVAR A CASA' is overlaid in white, semi-transparent font across the middle of the houses.

MENSAJES PARA LLEVAR A CASA

DIFERENCIAR COLITIS ULCEROSA DE ENFERMEDAD DE CROHN.

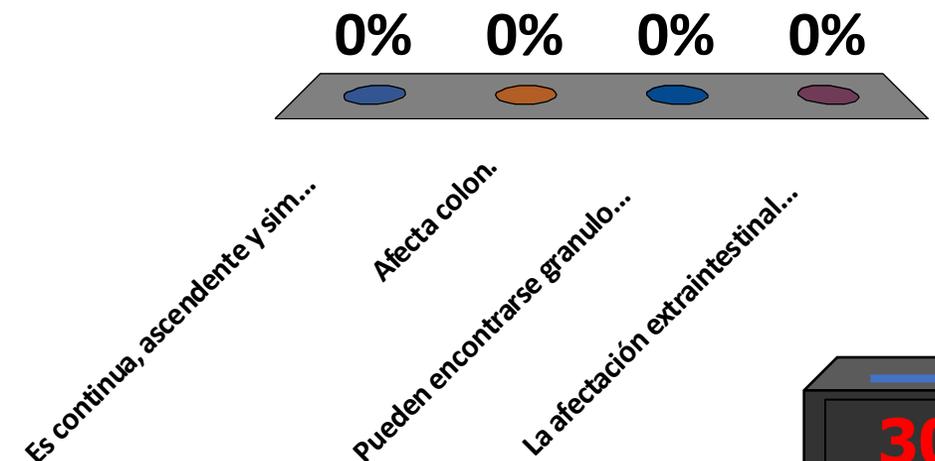
NO PERDER VENTANA DE OPORTUNIDAD.

ESTRATEGIA TREAT TO TARGET – IMPLICA SELECCIONAR LA TERAPIA INICIAL DE ACUERDO AL RIESGO DE PROGRESION DE LA ENFERMEDAD MIDIENDO CARACTERISTICAS DE LA MISMA AL INICIO, MONITOREANDO EL PROGRESO Y OPTIMIZANDO DE SER NECESARIO PARA CUMPLIR LOS OBJETIVOS.

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO EN CENTROS ESPECIALIZADOS.

¿Cuál de las siguientes NO es una característica de la Colitis Ulcerosa?

- A. Es continua, ascendente y simétrica.
- B. Afecta colon.
- C. Pueden encontrarse granulomas en 30% de la biopsias tomadas en la VCC.
- D. La afectación extraintestinal mas frecuente es articular.

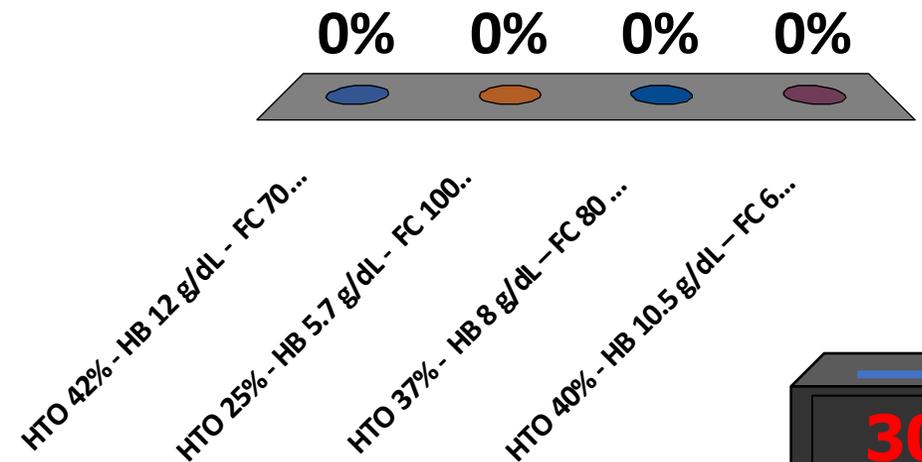


Contador
de
contestaci
ones

30

Respecto de los criterios de Truelove en la reactivación de la EI, cual de los siguientes corresponde a un brote severo?

- A. HTO 42% - HB 12 g/dL - FC 70 lpm – ESD 15.
- B. HTO 25% - HB 5.7 g/dL - FC 100 – ESD 70.
- C. HTO 37% - HB 8 g/dL – FC 80 – ESD 20
- D. HTO 40% - HB 10.5 g/dL – FC 65 – ESD 10.



Contador
de
contestaci
ones

30

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCION!

PREGUNTAS?!