

DIARREA AGUDA Y CRONICA

Dra. María Cecilia Carraro
Médica Gastroenteróloga
Investigadora Clínica
Grupo Ell Gedyt/Hospital Bonorino
Udaondo
Año 2025

DIARRREA AGUDA

DEFINICIÓN

DIARREA AGUDA

Aumento del número, frecuencia y/o disminución de la consistencia de las deposiciones menor a 14 días de duración.

Algunas definiciones consideran diarrea aguda cuando el paciente presenta de forma abrupta 3 o más deposiciones líquidas en un período de 24 horas.

Puede acompañarse o no de náuseas, vómitos, fiebre, dolor abdominal, flatulencias, borborismos, sangre, tenesmo y urgencia defecatoria.

DIARREA PERSISTENTE

Es aquella que dura entre 14 y 30 días.

CLASIFICACIÓN

LEVE – No hay cambios en las actividades diarias.

MODERADA – Pueden realizarse actividades diarias aunque con esfuerzo.

SEVERA – Imposibilidad de realizar actividades de la vida diaria.

ACUOSA

DISENTERICA – presencia de sangre en materia fecal

ETIOLOGÍA

Tabla 1 Reseña general de los agentes causantes de diarrea

Bacterias	Virus	Parásitos
<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Escherichia coli</i> productora de diarrea ● <i>Campylobacter jejuni</i> ● <i>Vibrio cholerae</i> O1 ● <i>V. cholerae</i> O139* ● Especie <i>Shigella</i> ● <i>V. parahaemolyticus</i> ● <i>Bacteroides fragilis</i> ● <i>C. coli</i> ● <i>C. upsaliensis</i> ● <i>Salmonellae</i> no tifoidea ● <i>Clostridium difficile</i> ● <i>Yersinia enterocolitica</i> ● <i>Y. pseudotuberculosis</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ● Rotavirus ● Norovirus (calicivirus) ● Adenovirus (serotipo 40/41) ● Astrovirus ● Citomegalovirus* 	<p>Protozoarios</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Cryptosporidium parvum</i> ● <i>Giardia intestinalis</i> ● <i>Microsporida</i>* ● <i>Entamoeba histolytica</i> ● <i>Isospora belli</i>* ● <i>Cyclospora cayetanensis</i> ● <i>Dientamoeba fragilis</i> ● <i>Blastocystis hominis</i> <p>Helmintos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Strongyloides stercoralis</i> ● <i>Angiostrongylus costaricensis</i> ● <i>Schistosoma mansoni</i>, <i>S. japonicum</i>

* Estos agentes ya no se comunican en el subcontinente indio.

ANAMNESIS

Antecedentes personales - Epidemiología

Medicamentos

Viajes recientes

Características de las deposiciones – Síntomas acompañantes.

EXÁMEN FISICO

Tensión arterial

Frecuencia cardíaca

Temperatura

Piel y mucosas – Hidratación

Semiología abdominal

Estado general.

Estudios complementarios – No de rutina!

FROTIS DE MATERIA FECAL a pacientes con diarrea moderada a severa.

DIARREA NO INVASIVA – menos de 6 leucocitos por campo.

DIARREA INVASIVA – más de 6 leucocitos por campo.

Pedir *COPROCULTIVO* en los siguientes casos

Diarrea invasiva

Disentería

Fiebre

Marcado compromiso del estado general - Severa

Signos de toxicidad

Diarrea del viajero

Diarrea persistente

Pedir *TOXINA CLOSTRIDIUM DIFICCILE* en los siguientes casos

Diarrea que inicia durante la hospitalización (a partir de las 48 hs), en pacientes tratados previamente con antibióticos y/o pacientes con comorbilidades.

MANEJO

- ✓ Evaluar manejo ambulatorio o necesidad de hospitalización.
- ✓ Hidratación adecuada.
- ✓ La alimentación no debe suspenderse salvo vómitos persistentes.
- ✓ No esta demostrada la utilidad del uso de probióticos.
- ✓ Loperamida – Se puede indicar 1 comprimido de 2 mg luego de cada deposición, con un máximo de 8 mg al día. NO utilizar si sospechamos diarrea invasiva o posibilidad de complicación.
- ✓ Crema de bismuto.
- ✓ En que casos administrar antibióticos:

Ajustado a germen causal luego de los estudios

Diarrea del viajero

Diarrea persistente

Diarrea por CD

Passage of ≥ 3 unformed stools in 24 h plus an enteric symptom (nausea, vomiting, abdominal pain/cramps, tenesmus, fecal urgency, moderate to severe flatulence)

Oral fluid therapy: for all cases, hydrate through fluid and salt intake
Food: soups, broths, saltine crackers, broiled and baked foods

Watery diarrhea

Dysenteric diarrhea (passage of grossly bloody stools)

Mild illness*

Moderate-to-severe illness*

No or low-grade fever
($\leq 100^\circ\text{F}$)

Severe illness* with fever
($\geq 101^\circ\text{F}$) in a single case
(not outbreak)

Hydration
only, may use
loperamide 4 mg
initially to
control
stooling

Travel-
associated

Non-travel-associated

Antibiotic
therapy
(Table 4)

No or
low-grade
fever
($\leq 100^\circ\text{F}$)

Fever
($\geq 101^\circ\text{F}$)

Microbiologic assessment,
then anti-microbial agent
directed to cause for all *but*
STEC infection

Non-travel-
associated

Travel-
associated

Empiric
treatment,
Azithromycin
1 g in single
dose OR 500 mg
once daily
for 3 days

Consider
 ≤ 48 h of
loperamide
therapy

< 72 h
duration

≥ 72 h
duration

Consider
microbiologic
assessment

*Illness severity:
Severe—total
disability due to
diarrhea; Moderate
= able to function
but with forced
change in activities
due to illness;
Mild = no change
in activities

Persistent diarrhea (14 – 30 days) should be worked up by culture and/or culture-independent microbiologic assessment, then treatment with anti-microbial agent directed to cause

Guía Práctica de la
Organización Mundial de Gastroenterología

Diarrea aguda en adultos y niños: una perspectiva mundial

Febrero de 2012



A Resource Sensitive Solution

CME

ACG Clinical Guideline: Diagnosis, Treatment, and Prevention of Acute Diarrheal Infections in Adults

Mark S. Riddle, MD, DrPH¹, Herbert L. DuPont, MD² and Bradley A. Connor, MD³

Acute diarrheal infections are a common health problem globally and among both individuals in the United States and traveling to developing world countries. Multiple modalities including antibiotic and non-antibiotic therapies have been used to address these common infections. Information on treatment, prevention, diagnostics, and the consequences of acute diarrhea infection has emerged and helps to inform clinical management. In this ACG Clinical Guideline, the authors present an evidence-based approach to diagnosis, prevention, and treatment of acute diarrhea infection in both US-based and travel settings.

Am J Gastroenterol 2016; 111:602–622; doi:10.1038/ajg.2016.126; published online 12 April 2016

DIARREA CRÓNICA

DEFINICIÓN

Alteración del ritmo evacuatorio caracterizado por aumento de la frecuencia y/o disminución de la consistencia de las deposiciones asociado a *aumento del volumen de materia fecal mayor a 200 gramos/día con una duración mayor a 4 semanas.*

	FUNCIONAL	ORGANICA
INICIO	Progresiva y gradual	Repentino
DURACION	Prolongado (más de 6 meses)	Corta
CURSO	Intermitente, cíclica	Continua
FRECUENCIA	Variable; diurna postprandial	Diurna y nocturna
PERDIDA DE PESO	Ausente o leve	Importante
VOL. FECAL	Menos de 200 gr/día	Más de 200 gr/día.
ANEMIA	Ausente	Presente
ALBUMINA	Normal	Baja
SANGRE EN MF	Ausente (salvo hemorroides)	Posible
MOCO	Frecuente	Inusual
DOLOR ABDOMINAL	Perievacuatorio	Presente
SENSACION POST EVACUATORIA	Insatisfactoria	Pujos y tenesmo

DIARREA CRÓNICA

Diarrea Acuosa

Diarrea Esteatorreica

Diarrea Sanguinolenta

DIARREA CRÓNICA

✓ *ACUOSA*

Osmótica

Secretora

Motora

✓ *ESTEATORREICA*

Malabsorción

Maldigestión

✓ *SANGUINOLENTA*

Exudativa

Diarrea Acuosa

Osmótica

Por presencia de solutos en la luz. Suele ceder con el ayuno.

Malabsorción de hidratos de carbono

Intolerancia a la lactosa

Déficit de disacaridasas

Uso de laxantes

Secretora

Transporte anormal de iones. Suele persistir a pesar del ayuno.

Tumores neuroendocrinos

Colitis microscópica

Adenoma vellosa de recto

Malabsorción de sales biliares

Motora

Puede ser por aumento o disminución de la peristalsis. No se modifica con el ayuno.

Postvagotomía

Tumores neuroendocrinos

Hipertiroidismo

DBT

SIBO

Diarrea Esteatorreica

Maldigestión

Dificultad en la transformación de nutrientes en productos absorbibles mas pequeños. Carbohidratos, proteínas y grasas de la dieta son hidrolizados y solubilizados dependiendo de la secreción pancreática y biliar.

Fase luminal.

Malabsorción

Alteración de la mucosa intestinal en la captación y transporte de los nutrientes adecuadamente digeridos, incluyendo vitaminas y elementos traza.

Fase mucosa y de transporte.

MALDIGESTION

Déficit de sales biliares (Diarrea colerética)

SIBO

Insuficiencia pancreática

MALABSORCIÓN

Enfermedad celíaca

Sprue tropical

Sprue colágeno

Amilodosis

TBC

Enteritis eosinofílica

Linfoma

Resecciones intestinales amplias

Giardiasis

HIV

Enteropatía autoinmune

EII / Crohn

Inmunodeficiencia común variable

Diarrea Exudativa

Por exudación de sangre, moco y/o proteínas procedentes de la mucosa intestinal inflamada.

Deposiciones frecuentes, de escasa cuantía con moco, pus y sangre.

Se suele acompañar de dolor en hipogastrio, pujos, tenesmo y fiebre.

No ceden con el ayuno.

Calprotectina elevada. Anemia. Hipoalbuminemia. ESD elevada.

Causas: EII. Cáncer. Colitis isquémica. Colitis actínica. TBC. Colitis infecciosas. Colitis CD.

DIAGNÓSTICO



INTERROGATORIO

Características de las deposiciones

Edad

Antecedentes clínico/quirúrgicos (HIV, DBT, hipertiroidismo, radioterapia, resecciones intestinales)

Medicación (laxantes?)

Dolor abdominal

Pérdida de peso

EXAMEN FISICO

Estado de hidratación y nutricional.

Peso actual – habitual.

Semiología abdominal.

Ascitis – edemas.

Aftas orales.

Evaluar tacto rectal – lesiones perianales?

LABORATORIO

Hemograma

Ionograma

Función renal

Hepatograma

Coagulograma

Calcio/fósforo/magnesio

ESD/PCR

Proteinograma electroforético

Perfil tiroideo

Serología enfermedad celíaca (Ac. ATTG IgA – DGP IgG)

HIV

ANÁLISIS DE MATERIA FECAL

✓ VOLUMEN DE MATERIA FECAL

RECOLECCIÓN DE VOLUMEN DE MATERIA FECAL DE 24 HORAS.

DIARREA: VOLUMEN MAYOR O IGUAL A 200 GR/DÍA

✓ **DETERMINACIÓN DE GRASA EN MATERIA FECAL**

Cualitativo: Sudán

Cuantitativo: Van de Kamer. Es el “gold estándar”. Requiere sobrecarga grasa y recolección por 72 horas. No se utiliza de rutina.

Semicuantitativo: Esteatocrito – es el método de elección. Valor significativo positivo 4% (S: 87% / E 95% / VPP 90%). Requiere ingesta grasa.

✓ **DETERMINACIÓN DE PROTEÍNAS EN MATERIA FECAL**

Clearence de alfa 1 antitripsina – es cuantitativo.

Requiere recolección de materia fecal de 48 horas.

Valor positivo: > 16 ml/día.

Indica enteropatía perdedora de proteínas.

✓ **IONOGRAMA FECAL - ANION GAP**

$$GAP = 290 - 2 \times (NA + K)$$

Mayor a 125 mOsm/kg = diarrea osmótica.

Menor a 125 mOsm/kg = diarrea secretora.

✓ OTROS

Sangre oculta en materia fecal: TiSOMF

Parasitológico fresco/seriado

Coprocultivo

Toxina de CD

Calprotectina: Es la principal proteína citosólica de los neutrófilos, resistente a la degradación bacteriana y estable a temperatura ambiente. Es útil para diferenciar procesos inflamatorios de funcionales. VN: < 50 mg/gr.

Elastasa: Útil para insuficiencia pancreática. Valor de corte < 200 mg/gr.

ESTUDIOS ENDOSCÓPICOS

- ✓ *Videocolonoscopía*: Descarta lesiones tumorales o enfermedad inflamatoria. En caso de estudio normal, tomar biopsias escalonadas para evaluar colitis microscópica (no menos de 8 biopsias).
- ✓ *Videoendoscopía digestiva alta*: Útil para toma de biopsias de bulbo y 2ª porción duodenal. Permite evaluar diferentes patologías. Tomar biopsias aún con estudio normal.
- ✓ No está estandarizado el uso de videocápsula y enteroscopía. Evaluar caso por caso.

TEST DEL AIRE ESPIRADO PARA INTOLERANCIA A LA LACTOSA O SOBRECRECIMIENTO

BACTERIANO: Evaluar cada caso en particular. En casos seleccionados se acepta el tratamiento empírico.

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Radiografía simple de abdomen.

Ecografía abdominal.

EnteroTC/EnteroRM.

Tránsito de ID.

Ecoendoscopía.

Evaluar caso por caso sus indicaciones.

LAB RUTINA

+

EXAMEN DE MATERIA FECAL

ESTEATORREA

NO ESTEATORREA

Clearance de alfa 1AT (+)

Clearance de alfa 1 AT (-)

CL. Alfa1 AT (-)

CL. Alfa1 AT (+)



Enteropatía

Fenómenos intraluminales

Sobrecarga de disac

Enterop. distal

Salas biliares

Pruebas terapéuticas RX-ECO-TC

VEDA y8x

AC p/ enf cel.

TAE-Func. Pancreática

RX-ECO-TC-Pruebas terapeut.

Laparotomía

PERSPECTIVES IN CLINICAL GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY

Chronic Diarrhea: Diagnosis and Management



Lawrence R. Schiller,^{*} Darrell S. Pardi,[‡] and Joseph H. Sellin[§]

^{}Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, Baylor University Medical Center, Dallas, Texas; [‡]Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota; and [§]Department of Medicine, Section of Gastroenterology and Hepatology, Baylor College of Medicine, Houston, Texas*



OPEN ACCESS

Guidelines for the investigation of chronic diarrhoea in adults: British Society of Gastroenterology, 3rd edition

Ramesh P Arasaradnam,^{1,2,3} Steven Brown,⁴ Alastair Forbes,⁵ Mark R Fox,^{6,7} Pali Hungin,⁸ Lawrence Kelman,⁹ Giles Major,¹⁰ Michelle O'Connor,⁹ Dave S Sanders,⁴ Rakesh Sinha,¹¹ Stephen Charles Smith,¹² Paul Thomas,¹³ Julian R F Walters¹⁴



***ENFERMEDAD
INFLAMATORIA
INTESTINAL***



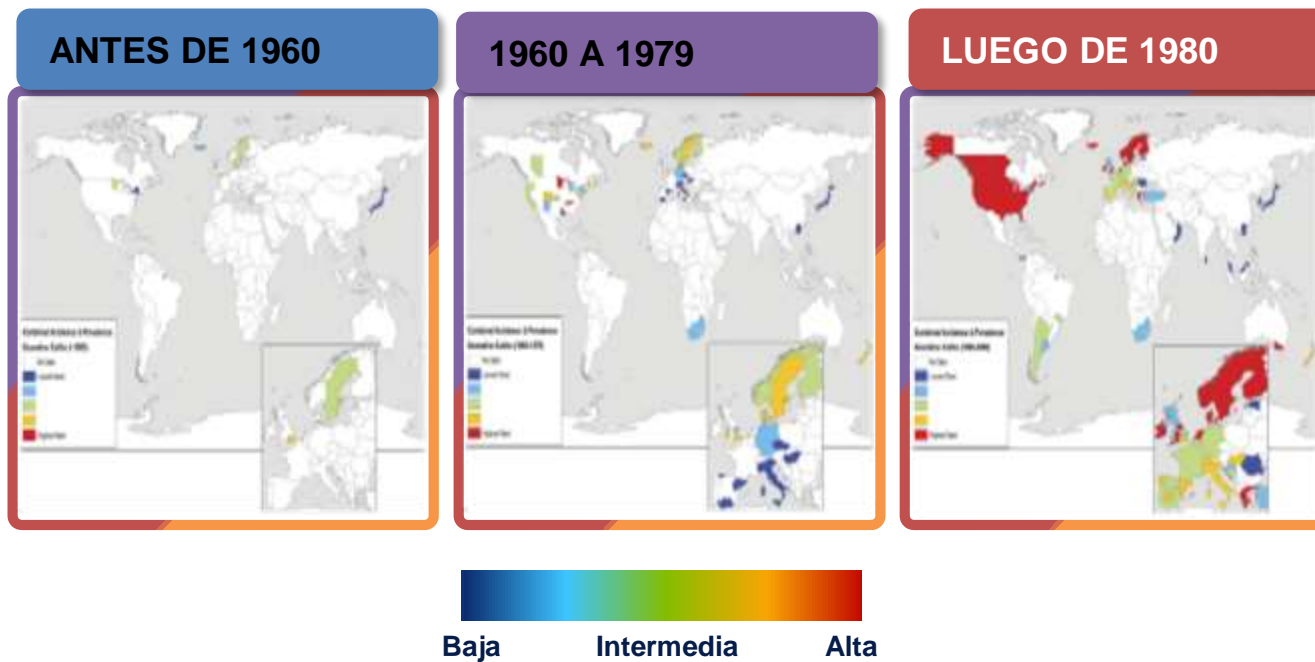
DEFINICION

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

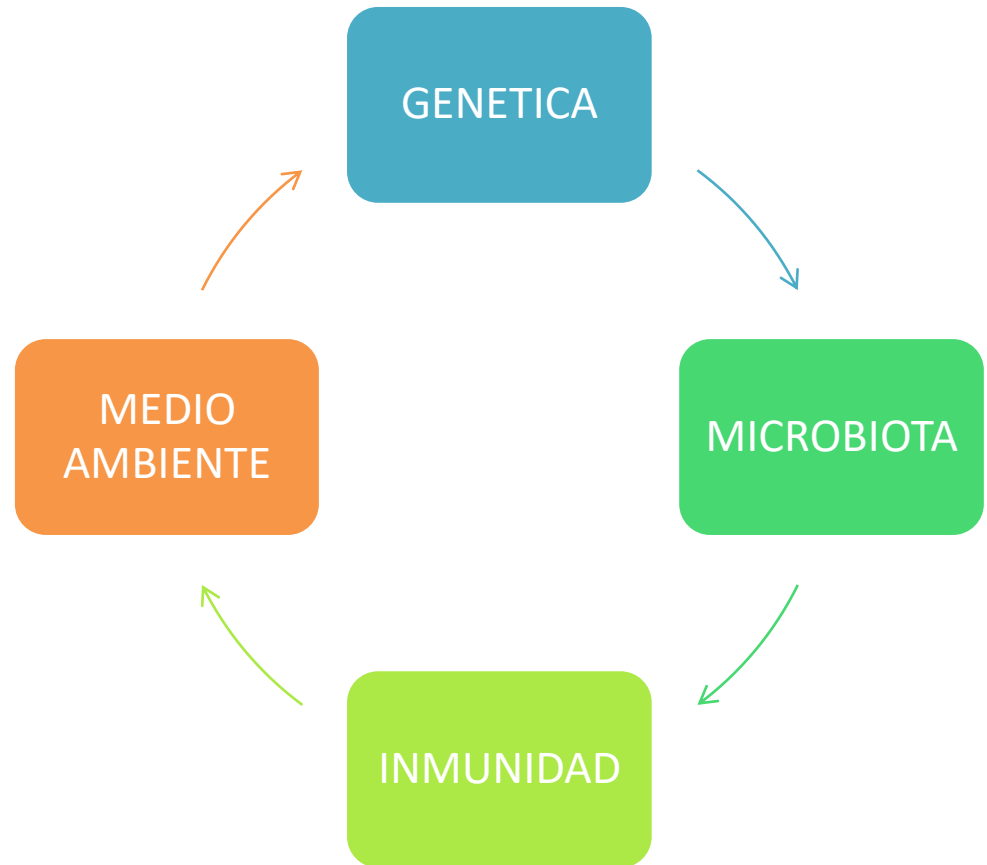


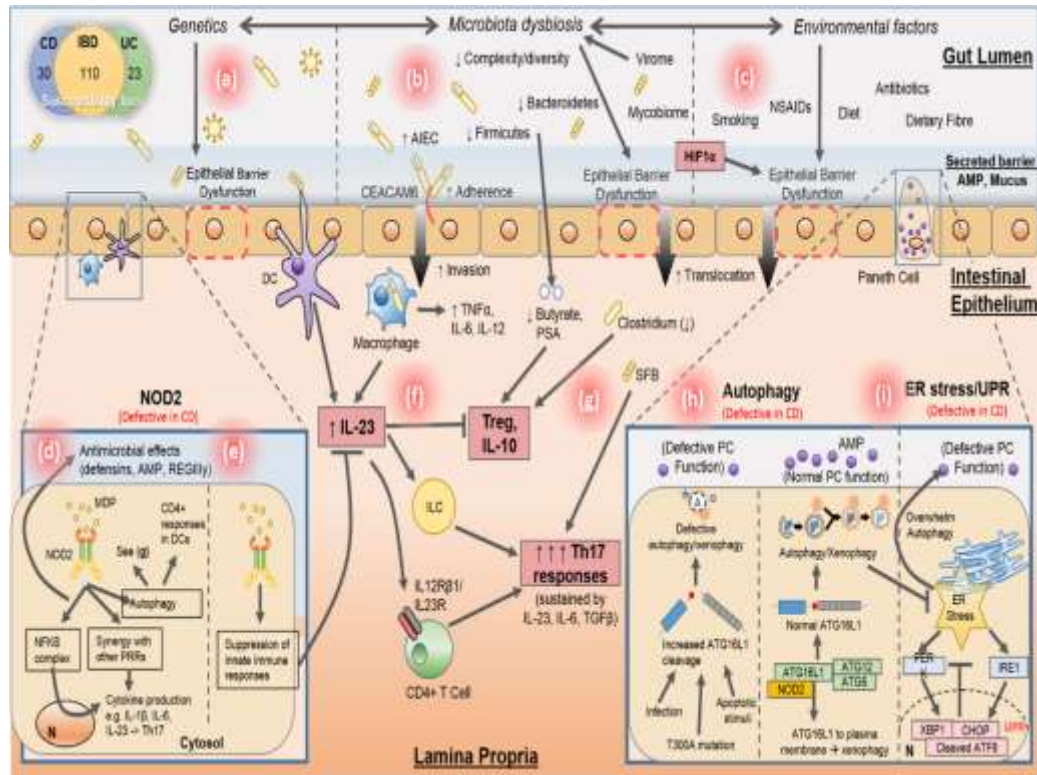
Adapted from Molodecky NA, et al. *Gastroenterology* 2012;142:46–54.

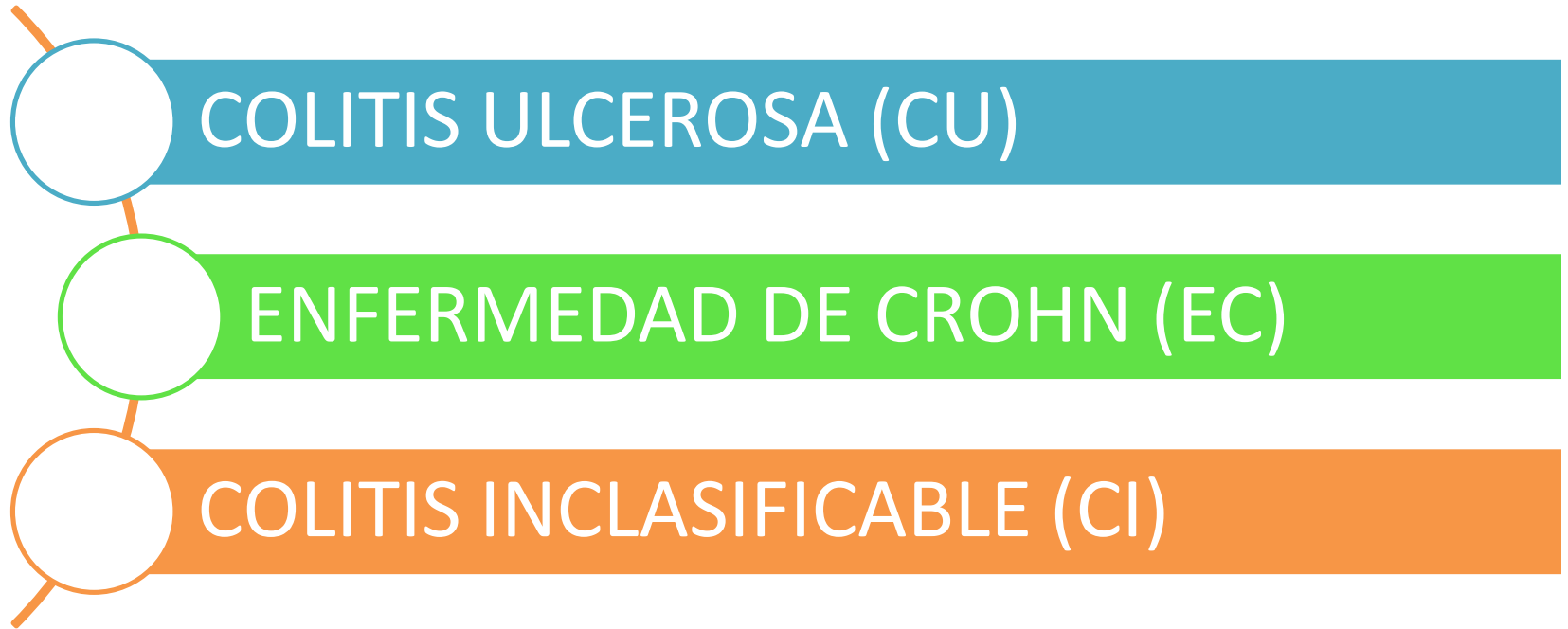
DEMOGRAFIA

- **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







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:

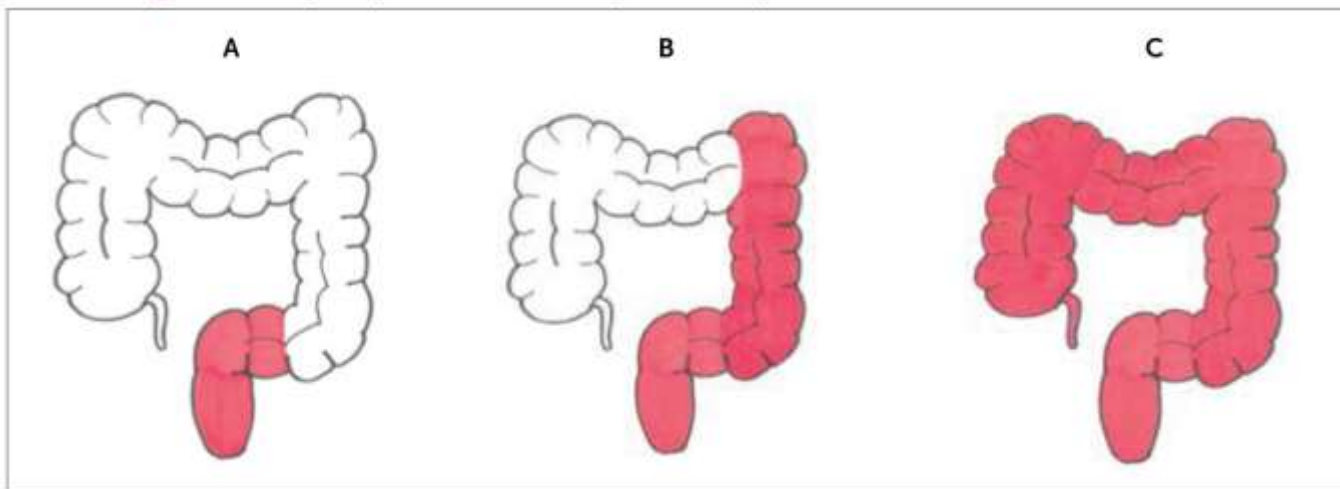
- ATENDER LA HETEROGENEIDAD DE LOS PACIENTES.
- UNIFICAR CRITERIOS PARA LOS MEDICOS QUE ATIENDEN PACIENTES CON ESTAS ENFERMEDADES.

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

ENDOSCOPIA

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

EXISTEN DIFERENTES INDICES O CLASIFICACIONES DE ACTIVIDAD ENDOSCOPICA.

EN COLITIS FULMINANTE NUNCA REALIZAR VCC COMPLETA.
EVALUAR RSC PARA DIAGNOSTICO.

ENDOSCOPIA

EN LA ILEO-VIDEOCOLONOSCOPIA SE RECOMIENDA TOMAR AL MENOS 2 BIOPSIAS DE CADA SEGMENTO EN FRASCOS SEPARADOS, ESTO AUMENTA EL RENDIMIENTO DIAGNOSTICO DE 66 A 92%.

EN RSC DE URGENCIA SE RECOMIENDA LA TOMA DE AL MENOS 2 FRAGMENTOS.

LOS FRAGMENTOS DEBEN FIJARSE EN FORMOL.

LAS MUESTRAS DEBEN ACOMPAÑARSE DE SUFICIENTES DATOS EN EL PEDIDO!

HISTOLOGIA

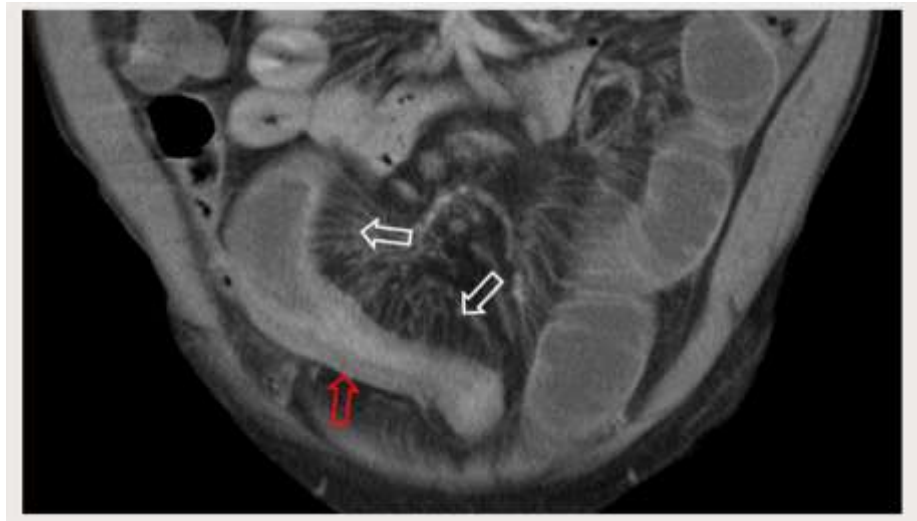
Table 2 Microscopic features used for the diagnosis of IBD.

	Ulcerative colitis	Crohn's disease
Crypt architectural irregularity	Diffuse (continuous)	Focal (discontinuous)
Chronic inflammation	Diffuse(continuous) Decrease proximally	Focal (discontinuous) Variable
Patchiness	Uncommon	Common
Localization	Superficial Transmucosal Sometimes in submucosa	Transmural
Serositis	Absent except in fulminant colitis	Present
Lymphoid aggregates	Frequent in mucosa, submucosa	Common, transmural
Granulomas	Absent, except with ruptured crypts	Present
Acute inflammation	Diffuse (continuous)	Focal (discontinuous)
Crypt epithelial polymorphs	Diffuse (continuous)	Focal (discontinuous)
Crypt abscesses	Common	Uncommon
Mucin depletion	Present, pronounced	Uncommon, mild
Neuronal hyperplasia	Rare	Common
Muscular hypertrophy	Absent	Present
Paneth cell metaplasia	Present	Uncommon
Pyloric gland metaplasia	Rare	Present

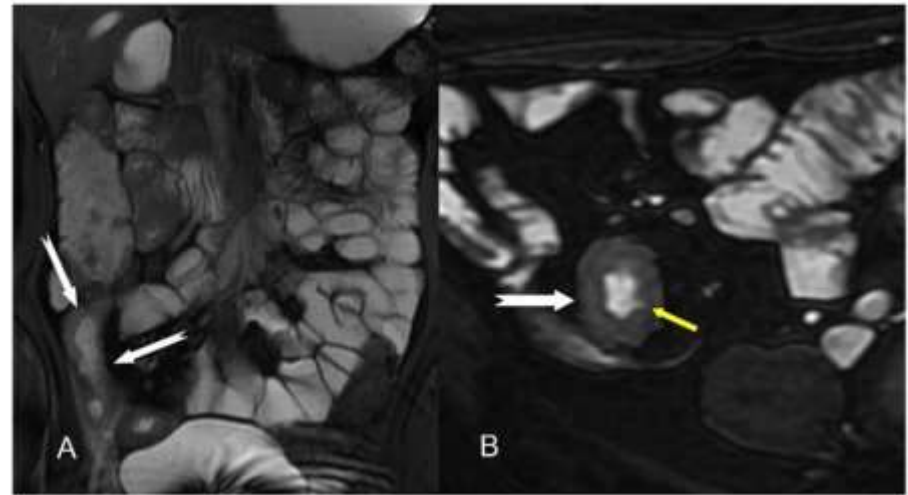
IMAGENES

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

ENTEROTOMOGRAFIA

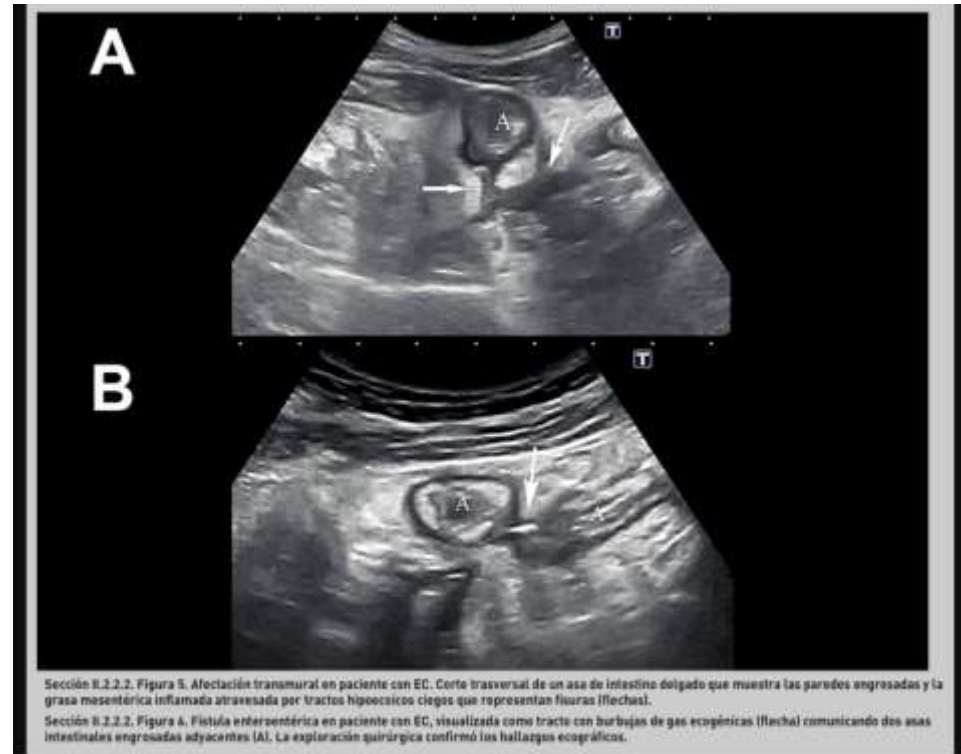


ENTERORESONANCIA



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.



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.

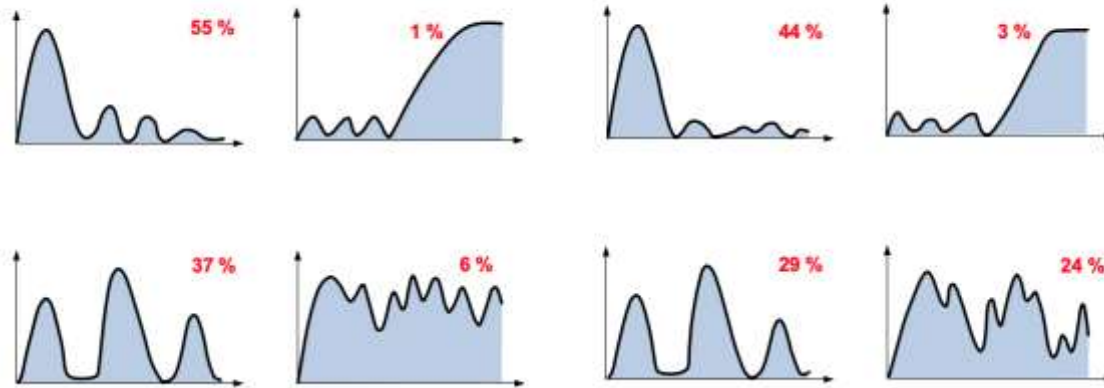
CALPROTECTINA

- 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 ENDOSCÓPICA.
- ELISA / INMUNOCROMATOGRAFIA.
- S 80-90% E 70-80%.

PROGRESION DE LA EII

Colitis ulcerosa¹

Enfermedad de Crohn²

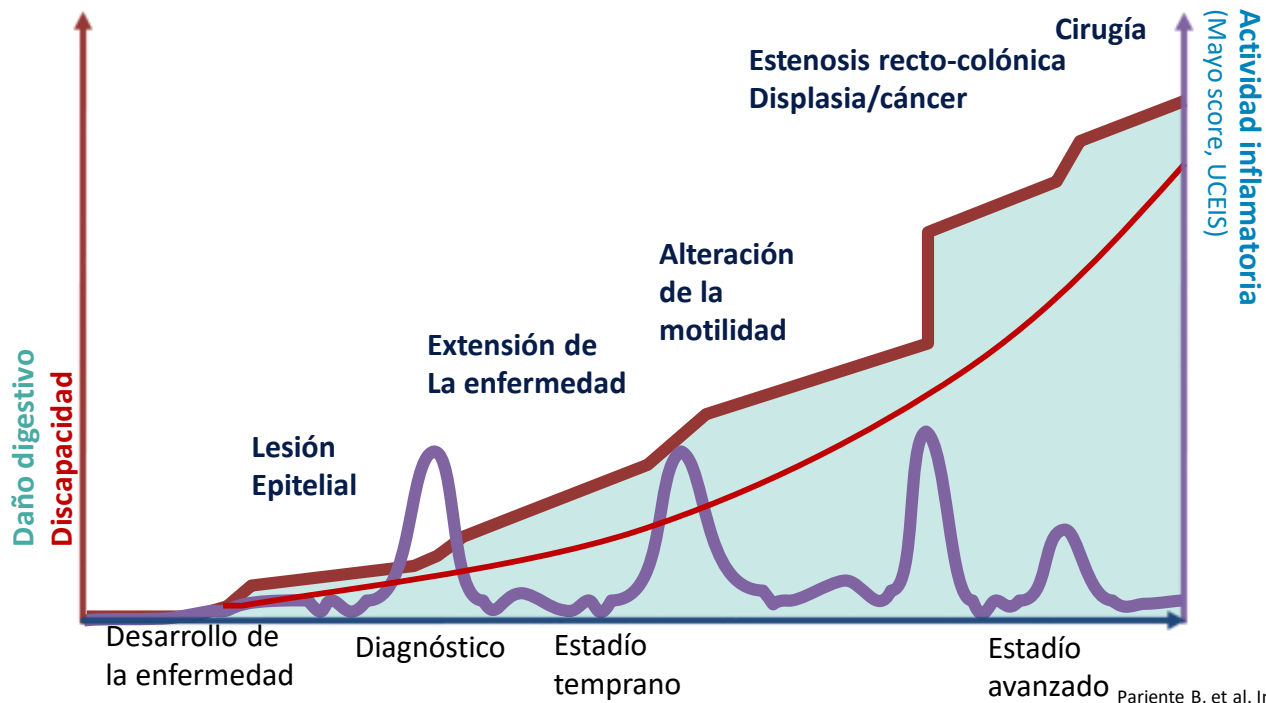


1. Adaptado de: Solberg IC, et al. *Scand J Gastroenterol* 2009;44:431-40.

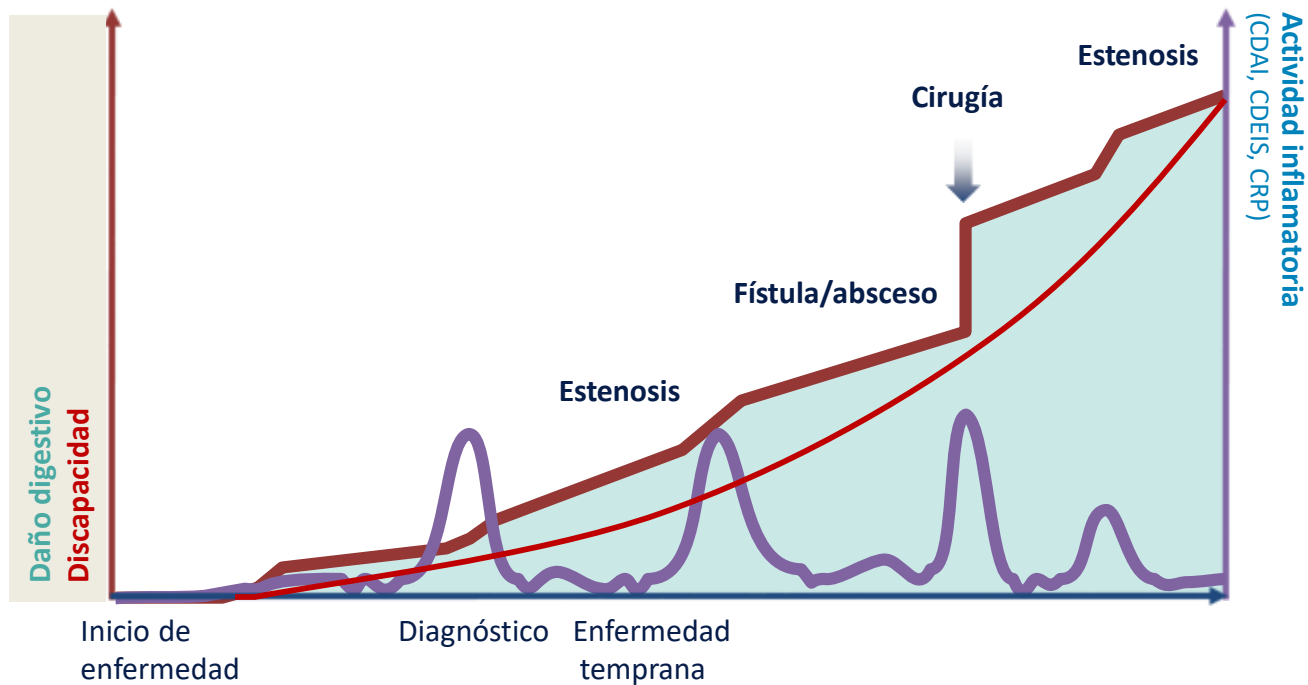
2. Adaptado de: Henriksen M, et al. *Scand J Gastroenterol* 2007;42:602-10.

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



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.

MENSAJES PARA LLEVAR A CASA



- *DIFERENCIAR DIARREA AGUDA Y CRÓNICA*
- *ORIENTAR EL ESTUDIO A PARTIR DE UN ADECUADO INTERROGATORIO*
- *PENSAR SIEMPRE DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES*

- *DIFERENCIAR COLITIS ULCEROSA DE ENFERMEDAD DE CROHN*
- *TRATAR POR OBJETIVOS SIN PERDER LA “VENTANA DE OPORTUNIDAD”*

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCION!

PREGUNTAS?!