

## ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

**Dra. Débora Giménez Babiloni**

Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Grupo de enfermedades caracterizadas por un curso crónico y recurrente en las que se produce una inflamación de la pared intestinal. Se deben a una serie de factores ambientales, no claramente identificados, que provocan una respuesta inmunológica anormal en un huésped genéticamente predispuesto. Su incidencia está aumentando. Por edades:

- **Colitis Ulcerosa (CU):** 3ª-4ª década y pico menor a los 50-70 años.
- **Enfermedad de Crohn (EC):** entre los 15 y los 40 años.

### CLASIFICACIÓN

	ENFERMEDAD DE CROHN	COLITIS ULCEROSA
<b>LOCALIZACIÓN</b>	Cualquier nivel del TGI	Limitada a colon y recto
<b>DISTRIBUCIÓN</b>	Segmentaria, parcheada	Continua desde recto
<b>LESIONES HISTOLÓGICAS</b>	Afectación transmural Úlceras aftoides alternando con mucosa sana (patrón empedrado). Abscesos, fistulas, fibrosis, estenosis.	Afectación sólo de mucosa y submucosa. Eritema y friabilidad difusos con ulceraciones.

*Colitis Indeterminada: características de ambas.*

### HISTORIA CLÍNICA

- Antecedentes Familiares de EIIC, Antecedentes Personales y hábito intestinal previo.
- Datos de organicidad y cronicidad de los síntomas (EIIC se caracteriza por períodos variables de actividad clínica recidivante, alternando con otros asintomáticos o de remisión).
- Descartar complicaciones agudas y manifestaciones extraintestinales de la enfermedad.

### CLÍNICA

#### COLITIS ULCEROSA

- **Diarrea de escaso volumen**, acompañada o no de sangre, moco o pus.
- **Dolor abdominal cólico**, de predominio en FII, previo a la deposición.
- **Rectorragia**, acompañada o no de heces.
- **Urgencia deposicional**, tenesmo rectal.
- **Fiebre**, generalmente < 38°C.

#### ENFERMEDAD DE CROHN

- **Si la afectación es únicamente del COLON:** similar a CU.
- **Si la afectación es ILEAL:**
  - Diarrea voluminosa, sin PP.
  - Dolor abdominal cólico, en FID o periumbilical.
  - Masa palpable en FID, si hay plastrón inflamatorio.
  - Cuadro de suboclusión intestinal, por estenosis de íleon.
  - Rectorragia.
  - Fiebre, generalmente < 38°C.
  - Fístulas enterales.
- **Si la afectación es PERIANAL:** fisuras, úlceras, fistulas o abscesos.
- **Úlceras GASTRODUODENALES.**

#### COMPLICACIONES AGUDAS DE LA EIIC

- **Hemorragia masiva.**
- **Obstrucción intestinal** (por estenosis inflamatoria y/o fibrótica).

- **Abscesos y plastrones inflamatorios.**
- **Fístulas** (enteroentéricas, enterovesicales, enterocutáneas).
- **Perforación libre:** en caso de megacolon tóxico o brote severo. Puede estar enmascarada por el uso de corticoides. Causa peritonitis.
- **Megacolon tóxico:**
  - Dilatación de la luz colónica > 6 cm, segmentaria o total, acompañada de signos de toxicidad sistémica.
  - **Desencadenantes:**
    - Antidiarreicos anticolinérgicos, opiáceos o antidepresivos.
    - Enema opaco o colonoscopia en fase aguda grave.
    - Suspensión de salicilatos o rápida reducción de esteroides.
    - Hipopotasemia.
    - Sobreinfecciones virales (CMV) o bacterianas (*C. difficile*).
  - **Clínica:** taquicardia, fiebre, deshidratación, letargia, hipotensión, diarrea con disminución del número de deposiciones, dolor abdominal y rápida pérdida de peso.
  - **Exploración:** distensión abdominal y abolición de ruidos intestinales.
  - **Laboratorio:** leucocitosis neutrofílica, con desviación izquierda, anemia, hipopotasemia y alcalosis metabólica (signo de mal pronóstico).
  - **RX simple de abdomen:** la técnica de imagen más útil.
- **Colitis fulminante:**
  - Inflamación grave del colon asociada a toxicidad sistémica.
  - Ocurre sobre todo, en brotes iniciales.
  - **Clínica:** fiebre alta, taquicardia, leucocitosis, anemia, distensión abdominal, pérdida de peso, dolor abdominal, hemorragia (suele requerir transfusión) y alteraciones electrolíticas.
  - Elevado riesgo de desarrollar megacolon tóxico, perforación o hemorragia grave.

**MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES DE LA EIIC**

Proporcionales a la actividad de la colitis	Independientes de la actividad de la colitis
Artritis migratoria periarticular Eritema nodoso Estomatitis aftosa Uveitis, epiescleritis, conjuntivitis Malnutrición, retraso en el crecimiento	Sacroileitis, espondilitis anquilosante Pioderma gangrenoso Dermatitis neutrofílica (Sd. Sweet) Amiloidosis Enfermedad tromboembólica Colangitis esclerosante, colangiocarcinoma Litiasis biliar y renal (en la EC)

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

- Completa, valorando manifestaciones sistémicas y signos de desnutrición.
- Hacer hincapié en región abdominal (peritonismo, ruidos de lucha, íleo paralítico, etc.).
- Incluir siempre región perianal y tacto rectal.
- Taquicardia e hipotensión, se asocian a brotes graves o complicaciones.

**EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS**

- **Analítica:**
  - Hemograma: anemia, leucocitosis con neutrofilia.
  - Coagulación: trombocitosis (RFA).
  - Bioquímica: iones, urea, creat, PCR, gases venosos (deshidratación, acidosis metabólica).
- **Rx. abdominal (imprescindible).** Para descartar:
  - Obstrucción intestinal (niveles hidroaéreos).
  - Perforación (neumoperitoneo).
  - Megacolon tóxico (diámetro del CT >6cm en decúbito supino)
  - Absceso del músculo psoas-ilíaco (borramiento de línea psoas)
- **Ecografía, TAC:** descartan complicaciones locales (abscesos).
- **Endoscopia:** método de diagnóstico definitivo. No se realiza de forma urgente. Está contraindicada en fases agudas graves de la enfermedad y en el megacolon tóxico.

**CRITERIOS DE SEVERIDAD**

**CU: ÍNDICE DE TRUELOVE-WITTS**

	BROTE LEVE	BROTE GRAVE
Nº deposiciones	<4	>6
Sangre en heces	Escasa o ausente	Abundante
Temperatura	Sin fiebre	> 37.5°C
Frecuencia cardiaca	< 90 lpm	> 90 lpm
Hemoglobina	> 10 gr/dl	< 10 gr/dl
VSG	< 30 mm 1ª hora	> 30 mm 1ª hora

BROTE MODERADO: entre intermedio y grave.

**EC: CDAI (CROHN'S DISEASE INDEX ACTIVITY)**

Nº deposiciones en una semana	x 2
Dolor abdominal (0:no, 1:leve, 2:regular, 3:malo, 4:muy malo)	x 5
Estado general (0:muy bueno, 1:bueno, 2:regular, 3:malo, 4:muy malo)	x 7
Nº de manifestaciones anales o extraintestinales	x 20
Necesidades de antidiarreicos (0:no, 1:si)	x 30
Masa abdominal (desde 0:no hasta 5: definida)	x 10
Anemia ( 47-Hto en varones , 42-Hto en mujeres)	x 6
Peso corporal [10 x (1 – peso corporal /peso habitual) ]	x 1
<b>Multiplicar el valor de cada factor por la constante de la casilla derecha y sumar el total: Leve (150-250), Moderada (250-350), Severa (&gt;350)</b>	

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- **Otras causas de COLITIS:**
  - Infeciosa: Shigella, Ameba, CMV, TBC, G. Lamblia, etc.
  - Hipopperfusión: Isquémica, 2ª a vasculitis, PAN, otras.
  - Secundaria a terapia: Actínica, antiinflamatoria, enfermedad injerto contra huésped (EICH)
  - Asociada a otras entidades: VIH, Behc,et, SHU
  - Otras: Colitis eosinofílica, diverticulitis, etc.
- **EC: enfermedades que cursen con dolor abdominal, diarrea o rectorragias:**
  - Síndrome de Intestino Irritable: ausencia de signos de alarma con normalidad de las exploraciones complementarias.
  - Apendicitis aguda, enf. ginecológicas y versiniosis: en episodio inicial agudo de la EC de localización ileal o ileocólica.
  - Linfoma (realizar biopsia quirúrgica en cuña).
  - Tuberculosis intestinal (cultivo de material biopsico).

**CRITERIOS DE INGRESO**

- EII de inicio.
- Brote moderado que no responde tras 2 semanas de tratamiento.
- Complicaciones agudas de la EIIC.
- Fiebre elevada, dolor abdominal progresivo y deterioro importante del estado general.

**ACTITUD TERAPÉUTICA EN URGENCIAS**

- **Soporte Nutricional:**
  - Dieta pobre en residuos en la dieta y evitar lácteos: si diarrea aguda.
  - Dieta absoluta: sólo si obstrucción intestinal, megacolon tóxico, perforación o intolerancia oral (nutrición parenteral)
  - Nutrición oral o enteral.
- **Sueroterapia y Reposición de Minerales y Electrolitos**: sólo si deshidratación, intolerancia oral, hipopotasemia o situaciones que requieran nutrición parenteral total.
- **Vitamina K**: en pacientes con afeción o resección del íleon distal y alargamiento del tiempo de protrombina. (Dosis: 10 mg/24 h ev).
- **ATB**: si se sospecha sepsis de probable origen abdominal.
  - Metronidazol (Dosis de choque: 15 mg/kg ev, seguida de 7.5 mg/kg cada 6h)
  - Clindamicina (600 mg/6 h ev).
  - Tobramicina (Dosis: 3-5 mg/kg/día ev, repartidos en 1-2 dosis).

- **Heparinas de Bajo Peso Molecular (HBPM):** en los brotes de actividad moderada y grave, y en la leve con factores de riesgo. La rectorragia no contraindica la anticoagulación profiláctica.
- **Evitar:**
  - AINEs: mayor riesgo de brote de la actividad.
  - Espasmolíticos: favorecen el megacolon tóxico.
- **Salicilatos:**
  - 5-aminosalicílico (Dosis fase aguda: 1g/8h vo; 500 mg/8h supositorios; 2 g/24 h en enema).
  - Sulfasalazina (Dosis fase aguda: 1 g/6-8 h vo; 1 g/12 h en supositorios).
- **Corticoides:**
  - 6 metil-prednisolona (Dosis: 20-40 mg/24 h vo; 0.5-1 mg/kg/día en 3 dosis).
  - Budesonida (Dosis: 9 mg/24 h vo; 2 mg/24 h en enema).
- **Inmunosupresores:** cuando los corticoides no son efectivos o están contraindicados.
  - Azatioprina, Ciclosporina.
  - Metrotrexato: efectivo en la EC corticodependiente y en el mantenimiento de la remisión.
- **Anticuerpos anti-TNF:** Infliximab.

VARIABLE	CU DISTAL	CU EXTENSA Y EC COLONICA	E. CROHN ILEAL
<b>Enfermedad leve</b>	Aminosalicilato vo o rectal + enemas corticoides	Aminosalicilato vo + enemas corticoides ± corticoides vo	Aminosalicilato vo + Metronidazol/ciprofloxacino vo
<b>Enfermedad moderada</b>	Aminosalicilato vo + enemas corticoides	Aminosalicilato vo + enemas corticoides + corticoides vo	Corticoides vo + Azatioprina vo
<b>Enfermedad grave</b>	Corticoides vo o ev + corticoides vía rectal	Dieta absoluta + Sueroterapia ev + Aminosalicilato vo + Corticoides vo/ev + Pantoprazol ev + Enoxaparina sc ± enemas corticoides ± metronidazol ± ciclosporina ev	Corticoides vo/ev + Metrotrexato ev/sc + Infliximab ev

**TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES**

- **PERFORACIÓN INTESTINAL:** Cirugía.
- **HEMORRAGIA SEVERA:**
  - Tratamiento como brote clínico severo con medidas de sostén y soporte indicadas en HDB.
  - Si hemorragia masiva: Cirugía urgente.
- **FÍSTULAS INTESTINALES:**
  - **De bajo débito:** dieta sin residuos, tratamiento de la enfermedad activa y Metronidazol vo.
  - **De alto débito:** dieta absoluta, nutrición parenteral y Metronidazol ev.
  - **Cirugía:** si no responde el tratamiento, estenosis, abscesos, o sobrecrecimiento bacteriano.
- **ABSCESO INTRABDOMINAL:**
  - Dieta absoluta, nutrición parenteral total.
  - Metronidazol ev.
  - Amoxi-clav (1 g ev) o cefotaxima (1 g ev) o ciprofloxacino (200 mg ev).
  - Drenaje percutáneo por Eco o TAC y/o cirugía.
- **MEGACOLON TÓXICO:**
  - Dieta absoluta, nutrición parenteral total y reposición de líquidos y electrolitos.
  - Vigilar constantes vitales, estado de conciencia y exploración abdominal.
  - Suspender medicación que pueda disminuir la motilidad del colon.
  - Recogida de muestras orgánicas, para diagnóstico de CMV y C. Difficile.
  - Cambios de posición frecuentes (para redistribuir el gas). También es útil una sonda nasointestinal (para descomprimir el ID).
  - **Fármacos:**
    - Pantoprazol 40mg IV cada 24h
    - Enoxiparina sc
    - Corticoides ev: Metilprednisolona ( 1 mg/kg/24 h)
    - ATB: Metronidazol + Tobramicina ± Ampicilina ev
    - Si no hay perforación y el paciente no está en estado crítico, puede emplearse Ciclosporina (4 mg/kg/día ev).
  - Seguimiento con Rx abdominal y analítica diaria.
  - **Si fracasa el tratamiento médico en 48-72 h:** Colectomía Urgente.
  - No intentar la descompresión del colon mediante colonoscopia.