

Orientación diagnóstica y terapéutica de la enfermedad inflamatoria intestinal

Mercedes Domínguez Antonaya

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital General de Móstoles. Madrid. España.

Puntos clave

- La forma de presentación de la enfermedad inflamatoria intestinal no es específica, por lo que es necesario realizar diagnóstico diferencial con otras entidades.
- Algunos hallazgos de laboratorio que se pueden encontrar en un brote de enfermedad inflamatoria intestinal son anemia ferropénica, leucocitosis, trombocitosis, elevación de las cifras de PCR, VSG o alfa-1-gluoproteína.
- La radiografía simple de abdomen permite descartar la existencia de perforación o megacolon tóxico en pacientes con sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal.
- Endoscópicamente, en la colitis ulcerosa hay afectación difusa, superficial, que se extiende proximalmente desde el recto, y en la enfermedad de Crohn, inflamación segmentaria y transmural con úlceras separadas por mucosa normal.
- No es necesario repetir las exploraciones endoscópicas en cada uno de los brotes, sólo en caso de que la respuesta al tratamiento no sea adecuada.
- El enema opaco es superior a la endoscopia en el diagnóstico de estenosis o fístula intestinal.
- El tratamiento de elección inicial en proctitis, proctosigmoiditis y colitis izquierda con actividad leve-moderada es la administración de aminosalicilatos orales y tópicos.
- Cuando se alcanza la remisión con esteroides, la dosis debe reducirse gradualmente hasta que se pueda retirar.
- En la enfermedad de Crohn de localización en íleon terminal y colon derecho, se debe valorar la utilización de budesonida oral, puesto que presenta menos efectos secundarios sistémicos que los esteroides tradicionales.
- El siguiente escalón terapéutico en la enfermedad inflamatoria, intestinal, grave, rebelde al tratamiento con esteroides debe ser ciclosporina o infliximab intravenosos en la colitis ulcerosa e infliximab en la enfermedad de Crohn.

Palabras clave: Enfermedad inflamatoria intestinal • Colitis ulcerosa • Enfermedad de Crohn • Diagnóstico • Diagnóstico diferencial • Tratamiento.

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una entidad crónica, que cursa “en brotes” y se caracteriza por la aparición de inflamación intestinal en respuesta a un agente etiológico desconocido en personas genéticamente predisuestas. Incluye 2 procesos, la colitis ulcerosa (CU), en la que la inflamación se encuentra limitada a colon y recto, y la enfermedad de Crohn (EC), en la que aquélla puede afectar a cualquier tramo intestinal, desde la boca hasta el ano. En la EC la localización más frecuente es la ileocólica (40-55%), seguida de la ileal (30-40%) y la cólica (15-25%). Existen rasgos diagnósticos clínicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos que permiten diferenciar la EII de otras enfermedades y entre los 2 subtipos¹. Dichos aspectos serán

abordados en el presente artículo. Asimismo se comentarán aspectos generales del tratamiento inicial de ambas entidades, en función de su localización y gravedad, sin tener en cuenta la EC fistulizante ni los pacientes corticodependientes o corticorresistentes.

Orientación diagnóstica

Diagnóstico clínico

En la CU o la EC de colon, la presentación habitual suele ser la aparición de diarrea, consistente en varias deposiciones diarias líquidas, frecuentemente con restos de sangre roja

mezclada, precedidas de dolor abdominal cólico, generalmente en hipogastrio y flancos, en los cuadros de mayor gravedad con fiebre y mayor número de deposiciones.

En otras ocasiones, el paciente refiere síntomas o signos aislados. En caso de afectación rectal leve, la enfermedad se puede manifestar como rectorragia terminal repetida. Si el paciente presenta actividad en íleon terminal, puede aparecer dolor fijo en la fosa ilíaca derecha como único síntoma².

Diagnóstico de laboratorio

La evaluación de un paciente con EII debe incluir la realización de hemograma, velocidad de sedimentación eritrocitaria (VSG), bioquímica de sangre, que incluya determinación de electrolitos, pruebas de función hepática, hierro, ferritina, transferrina y proteína C reactiva (PCR). Característicamente, podemos encontrar anemia ferropénica, leucocitosis, trombocitosis, elevación de las cifras de PCR, VSG o alfa-1-glicoproteína, en mayor o menor medida según la gravedad del brote (tabla 1).

TABLA 1. Diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal

Pruebas	Hallazgos
Laboratorio	
Hemograma	Leucocitosis, anemia, trombocitosis
PCR, VSG	Elevadas
Cultivo de heces	Descartar <i>Clostridium difficile</i>
pANCA	Elevado 80% de CU y 10-30% de EC
ASCA	Elevado 50-70% de EC y 6-14% de CU
Radiología	
Radiografía simple abdomen	Descartar megacolon o perforación
TID	Si sospecha de enfermedad de Crohn de intestino delgado
Enema opaco	Si hay estenosis de colon o sospecha de fístula
Tomografía computarizada abdominal	Para evaluar resto de colon si colonoscopia incompleta, estenosis o sospecha de absceso
Endoscopia	
Colitis ulcerosa	Afectación difusa, extensión proximal desde el recto
Enfermedad de Crohn	Afectación segmentaria (úlceras separadas por mucosa normal), recto respetado frecuentemente
Anatomía patológica	
Colitis ulcerosa	Neutrófilos en mucosa y luz de las criptas, abscesos crípticos, depleción de moco
Enfermedad de Crohn	Granulomas no caseificantes, infiltrado polimorfonuclear y distorsión de criptas

Algunos marcadores serológicos también pueden ser útiles en el diagnóstico. Los anticuerpos anticitoplasma de los neutrófilos (pANCA) se encuentran elevados en la mayoría de los pacientes con CU y en el 10-30% de quienes presentan una EC del colon. Los anticuerpos anti-*Saccharomyces* (ASCA) se encuentran presentes en el 50-70% de los casos de EC y en el 6-14% de los que presentan CU³.

Debe realizarse cultivo de heces y determinación de toxina de *Clostridium difficile* en ellas.

Diagnóstico endoscópico

Sin embargo, el diagnóstico definitivo de afección colorrectal lo establece la endoscopia digestiva baja con toma de biopsias.

Si el cuadro es leve o moderado, se puede explorar con seguridad todo el colon⁴. Pero si el paciente presenta síntomas o signos de actividad severa, se debe realizar únicamente retosigmoidoscopia para minimizar el riesgo de perforación.

La exploración endoscópica permite diferenciar entre los dos tipos de EII y determinar la extensión y gravedad de la actividad inflamatoria⁵.

Diagnóstico endoscópico de la colitis ulcerosa

La CU se caracteriza por una afectación difusa consistente en edema, eritema, friabilidad, fragmentación del reflejo luminoso, borramiento del dibujo vascular acompañado, en las formas leves, de múltiples úlceras puntiformes y, en las severas, de úlceras de mayor tamaño, más o menos excavadas. Habitualmente comienza en el recto distal y se extiende proximalmente de una manera difusa, en la proctitis sólo afecta al recto; en la proctosigmoiditis, al recto y el sigma; en la colitis izquierda, a descendente, sigma y recto; en la extensa, hasta el ángulo hepático, y en la pancolitis, o CU universal, a la totalidad del colon y el recto⁶.

No es necesario repetir la exploración endoscópica cada vez que el paciente presente un brote de actividad, puesto que éste se sospecha por la clínica. Sólo es necesario si la respuesta al tratamiento no es óptima, ya que permite descartar sobreinfección por CMV o extensión proximal de la enfermedad en colitis distales.

Diagnóstico endoscópico de la enfermedad de Crohn

En la EC, por el contrario, la actividad no es difusa, sino segmentaria, y en ella se aprecian en la mucosa úlceras de diferentes tamaños, desde pequeñas úlceras aftoides (milimétricas, redondeadas, con halo eritematoso) hasta grandes úlceras geográficas y confluentes, separadas por áreas de mucosa normal. Con frecuencia el recto está respetado y, si hay afección ileal, se puede acceder al íleon por la válvula ileocecal y observar estos hallazgos en la mucosa de intestino delgado. En la CU puede haber ileítis por reflujo en los últimos 5 cm de íleon hasta en el 10-20% de los casos pero, a diferencia de la EC, se caracteriza únicamente por la apari-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3472683>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3472683>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)