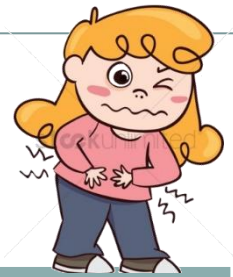


La interpretación de lo inespecífico en la inflamación intestinal



M^a del Mar Soriano Liébana (Rotatorio Pediatría)
Tutor: Óscar Manrique Moral (Gastroenterología Pediátrica)

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA



Paciente A

- ♀ de 9 años. **Dolor abdominal difuso** (>4 años). Flanco derecho

AF: Padre CCEE Digestivo

- **Anemia** microcítica en tto
- Skin tags. Fisura anal (2004).
- Estancamiento estatur-ponderal

Paciente B

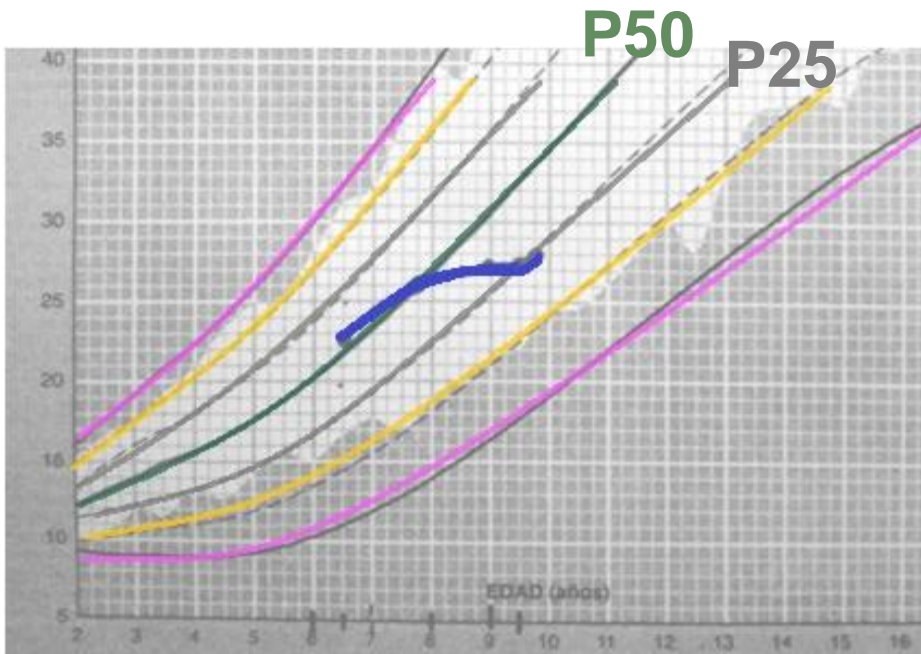
- ♂ de 9 años. **Dolor abdominal difuso**
- Deposiciones grumosas 2-3 veces/día

AF: Madre ansiedad.
Abuelo paterno EC.

- **Anemia** microcítica
- Evolución estatur- ponderal adecuada

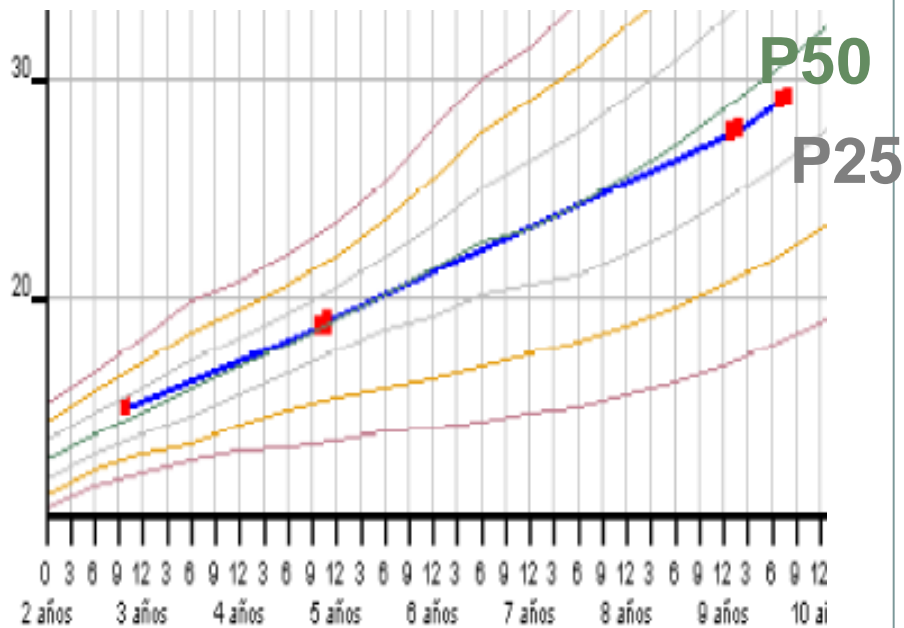
PACIENTE A

(♀ 9 años)



PACIENTE B

(♂ 9 años)



PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Paciente A (♀ 9 años)

- **Calprotectina >3.600**
- VSG 14 mm (0-15)
- PCR 0,33 mg/dL (<0,5)

- PCDI 27,5: Brote leve

- ECO: **Engrosamiento mural circunferencial** con engrosamiento de colon transverso

Paciente B (♂ 9 años)

- Calprotectina 200-300
- **VSG 97 mm**
- **PCR 2,56 mg/dL**
- ASCA y ANA (-)
- Microbiología en heces (-)

- PCDI: 15 Brote leve

- ECO: Febrero y Marzo → ileítis

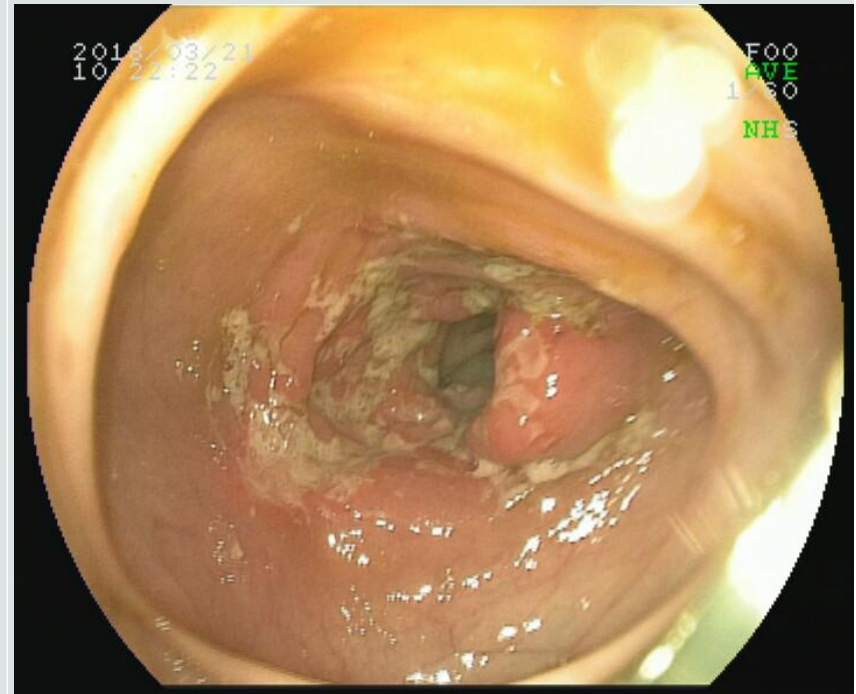
ENDOSCOPIA → BIOPSIA → HISTOLOGÍA



Paciente A (♀ 9 años)

Paciente B (♂ 9 años)

Desestructuración de la mucosa del ciego, con ulceraciones profundas con borde de fibrina y erosiones. La fibrosis del íleo terminal impide su exploración



ENDOSCOPIA → BIOPSIA → HISTOLOGÍA



Paciente A (♀ 9 años)

- Úlcera en ciego: **Colitis crónica activa, granulomatosa.**
Concordante con Enfermedad de Crohn

Paciente B (♂ 9 años)

- Íleon: **Ileítis aguda** ulcerada. No se identifica granulosis ni CMV

- Colon: Mucosa colónica con áreas ulceradas con tejido de granulación. **No se observan granulomas ni CMV**



¿CROHN SÍ O CROHN NO?

	PACIENTE 1 (♀ 9 años)	PACIENTE 2 (♂ 9 años)
A FAVOR	<ul style="list-style-type: none"> -Dolor abdominal crónico en FID -Enfermedad perianal -Estancamiento EP -Calprotectina -Pruebas de imagen -Histología 	<ul style="list-style-type: none"> -¿Deposiciones blandas? -¿RFA? -Estudio microbiológico negativo -Imagen endoscópica
EN CONTRA	<ul style="list-style-type: none"> - ¿RFA? 	<ul style="list-style-type: none"> -Dolor abdominal periumbilical -¿Cronicidad? -Crecimiento continuo -Calprotectina -AACC (-) -Histología



¿CROHN SÍ O CROHN NO?

	PACIENTE 1 (♀ 9 años)	PACIENTE 2 (♂ 9 años)
A FAVOR	Enfermedad de Crohn Clasificación París: A1A L3 B2 G1	Ileítis subaguda
EN CONTRA		

TRATAMIENTO

Paciente A (♀ 9 años)

- Continuar hierro (Ferplex 40mg/día)
- Prednisona 30 mg/día
- Complemento vitamínico

*Completar estudio de extensión con RMN pélvica y entero-RMN

*Estudio previo a tto inmunosupresor

Paciente B (♂ 9 años)

- TTO antibiótico empírico VS TTO nutricional

*Ampliación de estudio microbiológico (TBC, virus...)

¿QUÉ DICE LA LITERATURA?

- Dx de la EII: criterios clínicos, endoscópicos, radiológicos e histológicos
- 1/3 del total antes de los 20 años (20% antes de los 10)
- Diferencias adultos vs niños: retraso del crecimiento y dolor abdominal
- Retraso diagnóstico entre 2-11 meses

<u>Symptoms</u>	%
Abdominal pain	44
Diarrhea	39
Weight loss	23
Rectal bleeding	21
Fever	14
Fatigue	9
Perianal disease	8
Poor growth	7
Joint pain	7
Vomiting	7
Nausea	7
Mouth sores	3

<u>Presenting Symptom</u>	<u>Crohn disease (% of patients)</u>
General	
Weight loss	55-80
Fever	38
Anorexia	2-25
Growth retardation	3-4
Lethargy	13-27
Gastrointestinal tract	
Abdominal pain	67-86
Diarrhea	30-78
Rectal bleeding	22-49
Nausea/vomiting	6
Constipation	1
Perianal disease	6-15
Mouth ulcers	5-28

ALICANTE	
• <u>Perdida de peso.</u>	84%
• <u>Dolor abdominal.</u>	81%
• <u>Diarrhea.</u>	72%
<u>Rectorragia.</u>	86%
<u>Diarrhea</u>	86%

- Criterios radiológicos: ulceración y estenosis de la valva ileocecal, patrón empedrado o linear, estenosis, trayectos fistulosos
- Criterios histológicos: granulomas no casificantes
- ASCA (40-80%); ANCA (60-80% → CU)

CONCLUSIONES

- En el dx de la EC combina **clínica, laboratorio, imagen e histología**
- Importancia de conocer el significado de los hallazgos: balance **Sensibilidad vs Especificidad**
- Entre un conjunto de resultados poco específicos, debemos identificar los que nos **acercan al diagnóstico** y **desestimar los confusores**
- Patrón oro para el diagnóstico de la EC: el **clínico experimentado**

BIBLIOGRAFÍA

- Rodrigues, M. (2016). Early Diagnosis of Pediatric Crohn's Disease – Pointing problems and suggestions. In: Crhon's Disease, 2nd ed. [online] SMGroup. Available at: <http://www.smgebooks.com/crohns-disease/index.php> [Accessed 27 Mar. 2018].
- Higuchi LM, Bousvaros A. Clinical presentation and diagnosis of inflammatory bowel disease in children. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com>(Accessed on March 27, 2018.)
- Fuentes, D., Medina, E. and Suárez, L. (2010). Enfermedad inflamatoria intestinal In: Tratado de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica aplicada de la SEGHP, 1st ed. Majadahonda (Madrid): Ergon, pp.325-339.
- Setty M, Russell GH, Bousvaros A. Clinical manifestations of Crohn disease in children and adolescents. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com>(Accessed on March 27, 2018.)

