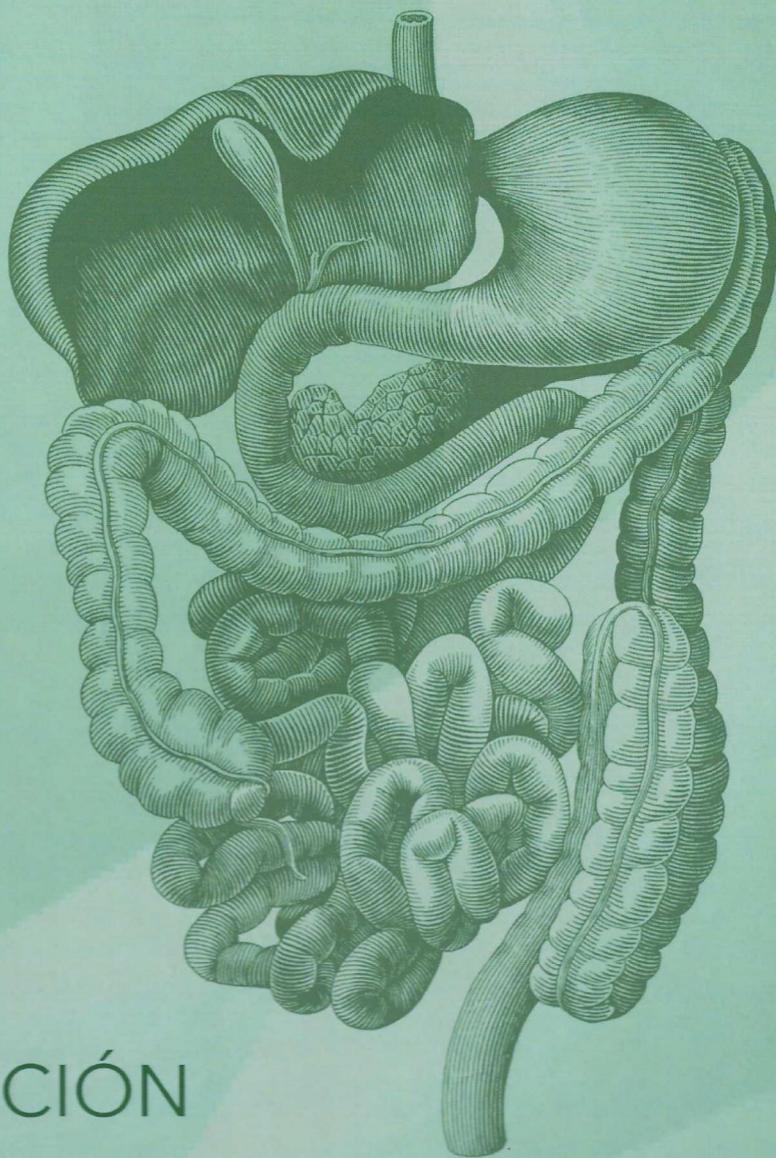


CASOS CLÍNICOS
**"ENFERMEDAD INFLAMATORIA
INTESTINAL"**



III EDICIÓN



Ilustre Colegio Oficial
de Médicos de Huelva

Edita: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Huelva

ISBN: 978-84-09-46200-1

Imprime: Colorprinter

Hecho e impreso en España - *Made and printed in Spain*

UN RETO DIAGNÓSTICO EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Ana Isabel Sánchez-Migallón Moraleda
Diana Hernández Quintana
Daniel Sebastián Ceballos Santos

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Servicio de Aparato Digestivo.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Behcet (EB) y la Enfermedad de Crohn (EC) son enfermedades inflamatorias crónicas multisistémicas mediadas por el sistema inmunitario que se presentan en forma de brotes recurrentes de duración indefinida. Ambas enfermedades tienen un curso fluctuante y el diagnóstico diferencial puede ser difícil ya que los síntomas gastrointestinales son frecuentes en la EB. De hecho, el 10-15% de los pacientes con EB tienen afectación gastrointestinal. [1]

La EB se caracteriza por la presencia de aftas mucocutáneas recurrentes y manifestaciones sistémicas, y en concreto, a nivel intestinal, comparte muchas características clínicas con la enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Presentamos el caso de una paciente de 32 años, con un difícil diagnóstico diferencial entre EC y EB, dado los síntomas y signos de ambas enfermedades, que en ocasiones se superponen.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 32 años, sin antecedentes personales relevantes y destacando entre los antecedentes familiares que el padre padece EC. Acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por clínica consistente en tenesmo rectal, dolor abdominal de predominio en hipogastrio, urgencia defecatoria, deposiciones líquidas en número de 5-6 diarias (con presencia de 2-3 deposiciones por la noche), con restos hemáticos y mucosos en un 70-80% de las deposiciones, y neumaturia; con picos de febrícula aislados, desde hace 3 meses. Además, presenta lesiones cutáneas en miembros inferiores, región dorso-cervical y perianal. Todo ello, acentuado en los últimos días.

En la exploración física, la paciente se encontraba febril (37,8°C), con dolor abdominal de predominio hipogástrico, sin signos de irritación peritoneal. Asimismo, presentaba placas y pápulas eritemato-edematosas con una distribución simétrica y bilateral

APORTE

El caso que presentamos plantea un desafío diagnóstico para cualquier especialista en Aparato Digestivo, dado que la enfermedad de Behcet y Enfermedad de Crohn son entidades que en ocasiones son difíciles de discriminar.

en ambos miembros superiores, en tórax y en región dorsal, así como pústulas milimétricas en la región dorso-cervical izquierda. Además, asociaba aftas en la mucosa yugal derecha y una úlcera subcentimétrica eritematosa en la región izquierda distal del introito vaginal, así como otra en canal anal, de similares características.

De forma coincidente con la sintomatología digestiva presentaba lesiones a modo de placas, en ambos miembros inferiores, predominantemente subcutáneas, con componente eritema en la superficie cutánea con fenómeno de pato negativo. El resultado histológico fue compatible con eritema nodoso.

Analíticamente destacamos reactantes de fase aguda elevados con proteína C reactiva de 20 mg/dl junto con leucocitosis

RELACIÓN ENTRE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES Y FÁRMACOS BIOLÓGICOS

Alberto Cubas Medina
Jose González Melián
Cristian Almeida González
Ignacio Jesús Omella Usieto
Daniel Sebastián Ceballos Santos

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Servicio de Aparato Digestivo. Las Palmas de Gran Canaria. España

INTRODUCCIÓN

Se describe el caso de una paciente mujer de 38 años con colitis ulcerosa (CU), cuya primera manifestación fue pérdida visual en contexto de neuritis óptica. Tras numerosos estudios se concluyó que esta constituía parte de los síntomas extradigestivos del debut de su EII.

CASO CLÍNICO

Antecedentes personales: Ilustradora. Obesidad (IMC 35.5). Alergia a los ácaros del pelo de perros y de los gatos. Rinitis y asma extrínseca en seguimiento por Alergología. No alergias a fármacos.

Antecedentes quirúrgicos: no constan.

Hábitos tóxicos: no presenta.

Tratamiento: Symbicort y Terbasmin a diario (2 inhalaciones cada 12 horas). Salbutamol de rescate (1 puf a demanda).

Antecedentes familiares:

Hermanos del abuelo paterno con pérdida de visión de origen no filiado.

Enfermedad actual: Mujer de 35 años derivada desde Atención Primaria para descartar enfermedad autoinflamatoria sistémica tras objetivarse pérdida visual. En marzo del 2019 presentó pérdida visual paracentral inferior del ojo derecho. La exploración oftalmológica en ese episodio fue normal y tras una nueva valoración oftalmológica actual, impresiona de neuritis óptica retrobulbar.

En consulta de Aparato Digestivo en abril de 2022 refiere, coincidiendo con heces de consistencia normal, sangrado rectal desde enero de 2022, que atribuyó a hemorroides.

En julio de 2022 presenta aumento del número de deposiciones en número de 6-8 al día (de las cuales 2-3 eran nocturnas) y de consistencia blanda, explosivas, con meteorismo, y presencia de sangre y moco en la mayoría, junto con dolor cólico que precede a la evacuación. Este cuadro se acompaña además de alteración

APORTE

El objetivo principal es poner de manifiesto las implicaciones del uso de fármacos biológicos en un caso de enfermedad inflamatoria intestinal que asocia una neuritis óptica.

de la menstruación consistente en reducción de los días de esta.

En el estudio de patología digestiva desplegado posteriormente se demuestran hallazgos en la ecografía de abdomen y la endoscopia digestiva baja compatibles con colitis ulcerosa en brote grave de actividad (Montreal E3S2) y con un subconjunto endoscópico de Mayo de 3. Se prescribe prednisona 50 mg más mesalazina 3gr al día, más suplementos de calcio y vitamina D y se deriva su caso a la consulta monográfica de EII.

Con el tratamiento pautado experimenta una franca mejoría la primera semana, pero posteriormente vuelve a empeorar presentando 5-6 deposiciones diarias, con nocturnidad, de consistencia blanda-líquida y abundante meteorismo. Esta clínica actual tiene criterios de corticorresistencia (estaba con

CIRUGÍA EN ENFERMEDAD DE CROHN

Laura Doreste Salgado

María Caba Hernández

Daniel Sebastián Ceballos Santos

Ignacio Jesús Omella Usieto

Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad digestiva inflamatoria crónica, de curso fluctuante y actualmente incurable que puede afectar a cualquier segmento del tracto gastrointestinal e incluso presentar clínica extraintestinal [1]. Provoca morbilidad, deterioro de calidad de vida, carga emocional y una carga económica significativas, teniendo un pico de incidencia entre los 15 y 30 años [1,2]. Aunque los avances en la terapia médica han coincidido con tasas más bajas de resección quirúrgica en pacientes con EC, sigue siendo a menudo necesaria en casos de obstrucción intestinal, perforación, abscesos y fístulas o enfermedad refractaria. El riesgo general a 10 años de resección quirúrgica es de casi el 50% [1], ascendiendo a un 75% en pacientes con un patrón estenosante en la evolución de la enfermedad. Si bien la cirugía a menudo conduce a la remisión clínica de la EC, la mayoría de los pacientes finalmente presentan

recurrencias, y algunos precisan de varias intervenciones a lo largo de su vida. El riesgo y la gravedad de la recurrencia son variables y deben equilibrarse con el riesgo potencial de la terapia médica preventiva.

Las estenosis aparecen en un tercio de los pacientes después de 10 años del diagnóstico de la enfermedad como consecuencia de la inflamación crónica transmural y la posterior remodelación tisular que incluye hipertrofia, hiperplasia y fibrosis de células mesenquimales. La estenosis es más frecuente en la EC que en la colitis ulcerosa (CU), y también más frecuente en la enfermedad limitada en el intestino delgado (ID) que en el colon exclusivamente (64 vs 5%, respectivamente) [1]. Principalmente las encontraremos en íleon terminal anastomosis ileocólica o de recto.

El papel actual del tratamiento farmacológico con corticosteroides como fármaco inductor, seguido de inmunosupresores o biológicos si se produce corticodependencia

APORTE

La EC es una enfermedad crónica cuya evolución natural provoca la necesidad de una intervención quirúrgica con frecuencia significativa. Es preferible en todos los casos realizarla de forma programada en vez de urgente, por un menor riesgo para el paciente y por disminución de complicaciones.

(CD) se limita a tratar la inflamación y una vez que existe una fibrosis importante, las únicas opciones terapéuticas son las endoscópicas y/o quirúrgicas.

Siempre que sea posible, la cirugía electiva es preferible a un procedimiento de urgencia. Esto se puede lograr en la mayoría de los escenarios con un tratamiento conservador primario, como la rehidratación y la descompresión nasogástrica en casos de oclusión. Cuando se hace necesaria la cirugía, es importante evaluar minuciosamente el intestino, idealmente antes de la operación mediante enterografía por resonancia magnética, pues permite distinguir entre estenosis inflamatorias (susceptibles de tratamiento médico de alto nivel) y estenosis con un componente

GRANULOCITOAFÉRESIS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Ana Isabel Sánchez-Migallón Moraleda

Laura Doreste Salgado

María Caba Hernández

Ignacio Jesús Omella Usieto

Daniel Sebastián Ceballos Santos

Hospital Universitario de Gran Canaria. España

INTRODUCCIÓN

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria crónica que se caracteriza por la afectación inflamatoria prácticamente invariable del recto y eventualmente de segmentos proximales de forma continua y homogénea, presentando principalmente brotes recurrentes de diarrea con sangre y moco. Además de esta clínica frecuentemente homogénea, suele aparecer dolor abdominal, tenesmo, urgencia e incontinencia fecal, junto con pérdida de peso. Dependiendo de la intensidad de la clínica y la extensión de la afectación colónica, ascenderemos en la escalera terapéutica en una estrategia conocida como "step up", con tratamientos que pueden ir desde aplicación tópica/oral de aminosalicilatos y budesonida, a ciclos de corticoides sistémicos, inmunosupresores y hasta terapias biológicas con anticuerpos monoclonales frente al TNF (infliximab, adalimumab, golimumab, certolizumab), frente

a las integrinas 4/7 (vedolizumab) y frente a interleucinas 12 y 23 (ustekinumab). Dejando en un primer momento, a fármacos anti-JAK como tofacitinib, así como la granulocitoaféresis (GMA) en última línea. Así mismo, no podemos olvidarnos de la cirugía en los casos indicados como la perforación colónica, el megacolon tóxico y la hemorragia masiva [1]. En este caso, nos centraremos en el manejo de la CU moderada-grave haciendo hincapié en el tofacitinib y la GMA en sus indicaciones y asociaciones.

La GMA es una terapia de depuración extracorpórea de la sangre que ejerce efectos antiinflamatorios al eliminar los granulocitos activados de la sangre periférica mediante la adsorción a una superficie de celulosa. En pacientes seleccionados, la GMA puede ser un complemento eficaz para el tratamiento convencional y se considera una opción terapéutica cuando el tratamiento inmunosupresor y biológico no es suficientemente efectivo [2].

APORTE

El área de conocimiento de las EII está en continua evolución, apareciendo tratamientos que modulan nuevas dianas terapéuticas. Con estos avances surge la necesidad de buscar perfiles de indicación concretos para cada fármaco o terapia para intentar alcanzar una terapia individualizada para estas enfermedades crónicas en las que es frecuente la disminución de la eficacia con el paso del tiempo.

La GMA tiene como objetivo reducir el número de glóbulos blancos para amortiguar la reacción inflamatoria. La sangre periférica se introduce en una columna rellena de microesferas de celulosa en cuya superficie quedan adsorbidos los leucocitos, introduciendo la sangre procesada nuevamente en el paciente. Las esferas de la columna adsorben aproximadamente el 65% de los granulocitos, el 55% de los monocitos y una pequeña fracción de linfocitos de la sangre dentro de la columna. En cada sesión, la sangre se extrae en un