



El Reto Clínico del mes Noviembre 2020

Enfermedad inflamatoria intestinal: recurrencia Post quirúrgica

Dra. Carmen Alonso Martín y Dr. Carlos Maroto Martín.

HURH. Valladolid

- Rubén, 35 años
- Antecedentes personales:
 - Fumador de 20 paquetes/día
 - Enfermedad de Crohn A1L3B3
 - Intervenido quirúrgicamente hace 3 años por estenosis fibrótica larga, resección 10 cm de íleon terminal
- Ingresado en servicio de Cirugía General y Digestivo por microperforación ileal y absceso intraabdominal con mala evolución, realizándose resección quirúrgica de últimos 15 cm de neo íleon terminal y ciego sin incidencias



Siguiente

Pregunta 1: ¿Cuál de los siguientes no es un factor de riesgo de recurrencia postquirúrgica?

- a) Tabaquismo
- b) Patrón penetrante
- c) Resección intestinal previa
- d) Larga evolución de la enfermedad

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

d) Larga evolución de la enfermedad

Siguiente

- Se han identificado diversos factores de riesgo relacionados con la recurrencia postquirúrgica de la enfermedad (RPQ). La presencia de los mismos debe condicionar el manejo posterior de la enfermedad. Destacan:
 - Tabaquismo, siendo uno de los factores más relevantes, con un RR alrededor de 2,5
 - Edad precoz del inicio de la enfermedad
 - Duración corta de la enfermedad, desde el diagnóstico hasta la resección
 - Resecciones previas
 - Patrón penetrante/fistulizante
 - Afectación extensa

Bibliografía:

- 1- Recomendaciones de GETECCU sobre la monitorización, prevención y tratamiento de la recurrencia postquirúrgica en la enfermedad de Crohn. Domenech et al (2017)
- 2- How to manage Crohn's Disease after ileocolonic resection. Tilg. H, D'Haens. G. (2020)

Siguiente

- Tras ello se realiza interconsulta a servicio de Aparato Digestivo para valoración y seguimiento
- El paciente se encuentra estable, con 2 deposiciones de consistencia blanda, sin alteraciones analíticas significativas; procediéndose a alta hospitalaria



Pregunta 2: ¿Cuál es la actitud más adecuada a seguir?

- a) No inicio de profilaxis de recurrencia postquirúrgica
- b) Inicio de profilaxis de recurrencia postquirúrgica exclusivamente con metronidazol
- c) Inicio de profilaxis de recurrencia postquirúrgica con metronidazol durante 3 meses asociado a infliximab (5 mg/kg) a las 4 semanas, y abandono de hábito tabáquico
- d) Inicio de profilaxis de recurrencia postquirúrgica con mesalazina

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

c) Inicio de profilaxis de recurrencia postquirúrgica con metronidazol durante 3 meses asociado a infliximab (5 mg/kg) a las 4 semanas, y abandono de hábito tabáquico

Siguiente

- Como hemos mencionado previamente, existen diversos factores de riesgo de RPQ, los cuales deben guiar un manejo posterior.
- En pacientes de muy bajo riesgo, habiéndose intervenido por estenosis fibrótica pura y corta puede considerarse tratamiento con metronidazol 3 meses, abandono tabáquico y reevaluación posterior
- En pacientes de alto riesgo, como en el caso presentado, se ha demostrado una menor RPQ tras el inicio de:
 - Abandono del hábito tabáquico
 - Metronidazol (15-20 mg/kg/día) durante 3 meses. Una duración mayor se ha asociado a un aumento de efectos adversos a corto plazo como intolerancia digestiva; y neurotoxicidad irreversible
 - Azatioprina (2,5 mg/kg/día) a las 2-4 semanas de la intervención o terapia biológica con Anti TNF alfa a las 3-6 semanas de la intervención. En los últimos estudios se ha objetivado una menor RPQ endoscópica en pacientes tratados con anti TNF alfa, sobre todo en pacientes con antecedentes de múltiples resecciones intestinales o resecciones amplias. Además parece que el uso combinado de AZA y IFX se ha asociado a una mejora y remisión endoscópica
- No se recomienda el uso de mesalazina como profilaxis de RPQ , debido a un escaso beneficio

Bibliografía:

- 1- Recomendaciones de GETECCU sobre la monitorización, prevención y tratamiento de la recurrencia postquirúrgica en la enfermedad de Crohn. Domenech et al (2017)
- 2- How to manage Crohn's Disease after ileocolonic resection. Tilg. H, D'Haens. G. (2020)
- 3- Antitumoral Necrosis Factor Agents to treat Endoscopic Postoperative Recurrence of Crohn's Disease: A nationwide Study with Propensity-Matched Score Analysis. Cañete et al (2020)

Siguiente

- Se inicia profilaxis de recurrencia postquirúrgica con metronidazol durante 3 meses, asociado a infliximab a las 4 semanas, y se recomienda al paciente abandono de hábito tabáquico
- A los 3 meses se reevalúa al paciente en consulta:
 - Presenta 2 deposiciones al día de consistencia pastosa
 - PCR 30, Calprotectina fecal 110

Siguiente

Pregunta 3: ¿Cuál es el seguimiento más adecuado?

- a) Realizar ileocolonosocopia a los 6 meses de la intervención quirúrgica
- b) Realizar ileocolonosocopia al año de la intervención quirúrgica
- c) No realizar ileocolonosocopia, seguimiento exclusivo con parámetros analíticos
- d) Realizar rectosigmoidoscopia a los 3 meses de la intervención quirúrgica

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

a) Realizar ileocolonoscopia a los 6 meses de la intervención quirúrgica

Siguiente

- La RPQ presenta un alta incidencia y rápida evolución, logrando recurrencias hasta del 70% a los 6 meses de la intervención quirúrgica, por lo que requiere un seguimiento estrecho adecuado. Este seguimiento tiene como objetivo detectar y valorar la gravedad de la RPQ en un momento que sea tratable.
- En diversos estudios se ha objetivado que en torno al 60-75% de los pacientes que presenta RPQ al año de la intervención quirúrgica ya presentaba lesiones endoscópicas a los 6 meses de la misma; por este motivo se recomienda una evaluación endoscópica precoz a los 6 meses de la intervención quirúrgica. Se recomienda explorar a la menos 15-20 cm de neóleon.

Bibliografía:

- 1- Recomendaciones de GETECCU sobre la monitorización, prevención y tratamiento de la recurrencia postquirúrgica en la enfermedad de Crohn. Domenech et al (2017)
- 2- How to manage Crohn's Disease after ileocolonic resection. Tilg. H, D'Haens. G. (2020)

Siguiente

- Se realiza ileocolonoscopía de seguimiento a los 6 meses de la intervención quirúrgica y se cita en consulta de Aparato Digestivo



Copyright 2019 © SEPD / FEAD. Reservados todos los derechos.

Siguiente

Pregunta 4: ¿Según la imagen de ileocolonoscopia adjuntada, que índice de Rutgeerts presenta el paciente?

a) i1

b) i2

c) i3

d) i4

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

c) i3

Siguiente

Score	Hallazgos endoscópico a los 6 meses	Frecuencia de la recurrencia a los 5 años
i0	Sin lesiones	5%-10%
i1	< 5 lesiones aftoideas	5%-10%
i2	> 5 lesiones aftoideas con mucosa normal entre las lesiones, áreas saltadas de lesiones grandes o lesiones confinadas dentro de un cm de la anastomosis	20%-40%
i3	Ileítis aftoidea difusa con mucosa inflamada difusamente	50%-70%
i4	Inflamación difusa con úlceras grandes, nódulos o estenosis	90%-100%

- El índice de Rutgeerts se desarrolló para la evaluación de la recurrencia postquirúrgica endoscópica de la enfermedad de Crohn. La gravedad de las lesiones endoscópicas visualizadas en el neointestino se correlaciona con la probabilidad de presentar síntomas.
- Debido a que las lesiones mucosas habitualmente aparecen de forma precoz tras la cirugía y preceden a la aparición de síntomas, se definió el término RPQ endoscópica cuando existen lesiones en la ileoscopia independientemente de síntomas; y RPQ clínica cuando existen síntomas atribuibles a esas lesiones.
- Un índice de Rutgeerts igual o superior a i3 presenta una elevada probabilidad de RPQ clínica; mientras que lesiones i0-i1 muestran una muy baja probabilidad. Por ello se recomienda una reevaluación del tratamiento teniendo en cuenta este índice en la ileocolonosocopia a los 6 meses de la intervención

Posteriormente se ha planteado la división de i2:

- i2a: lesiones confinadas a anastomosis
- i2b: lesiones fuera de anastomosis

Con un pronóstico considerablemente mejor en i2a

Siguiente

- En la ileocolonoscopia se objetiva una inflamación difusa del neoíleon, con aftas difusas.
- El paciente no presenta abdominalgia, ni alteraciones del hábito intestinal, ni otra clínica acompañante
- Calprotectina fecal 140, PCR 40

[Siguiete](#)

Pregunta 5: ¿Cuál es la actitud más adecuada a seguir?

- a) Mantener tratamiento como previamente
- b) Intensificar o cambiar de Anti TNF
- c) Retirar Anti TNF e iniciar azatioprina
- d) Remitir al servicio de Cirugía General para valorar nueva resección

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

b) Intensificar o cambiar de Anti TNF

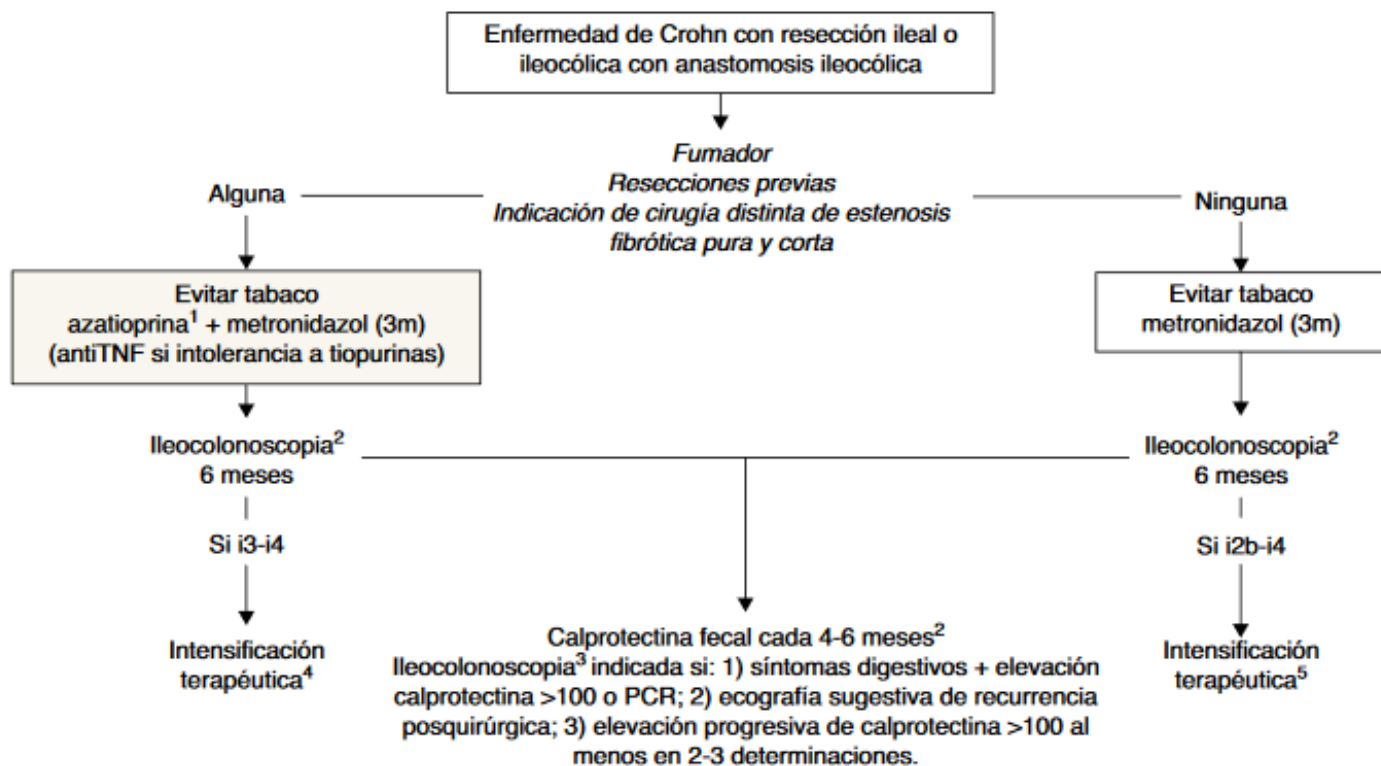
Siguiente

- En torno al 25-50% de los pacientes con profilaxis RPQ con tiopurinas o anti TNF alfa desarrollarán lesiones endoscópicas en los primeros 6-12 meses post intervención. En estos pacientes el objetivo es la optimización terapéutica para la reversión o mejoría de las lesiones, para mejorar o evitar que aparezcan síntomas.
- La intensificación del tratamiento según los hallazgos endoscópicos a los 6 meses de la intervención permite un mejor control de la enfermedad, presentando una RPQ posterior menor.
 - En pacientes de alto riesgo, con profilaxis con azatioprina o anti TNF alfa, se recomienda intensificación ante un índice de Rutgeerts i3 o mayor;
 - En pacientes de bajo riesgo que no han iniciado azatioprina o anti TNF alfa se recomienda inicio de azatioprina o anti TNF alfa con i2b o mayor

Bibliografía:

- 1- Recomendaciones de GETECCU sobre la monitorización, prevención y tratamiento de la recurrencia postquirúrgica en la enfermedad de Crohn. Domenech et al (2017)
- 2- How to manage Crohn's Disease after ileocolonic resection. Tilg. H, D'Haens. G. (2020)

Siguiente



¹ podría considerarse antiTNF en monoterapia o en terapia combinada de forma individualizada (ver texto).

² ecografía abdominal anual como alternativa a calprotectina.

³ enterografía RM en caso de ileocolonoscopia técnicamente imposible o rechazo del paciente.

⁴ iniciar anti-TNF en caso de tratamiento con tiopurinas; intensificación o cambio de antiTNF si tratamiento con antiTNF.

⁵ iniciar tiopurinas en caso de no tratamiento, mesalazina o metronidazol; iniciar anti-TNF en caso de intolerancia a tiopurinas.

Bibliografía:

1- Recomendaciones de GETECCU sobre la monitorización, prevención y tratamiento de la recurrencia postquirúrgica en la enfermedad de Crohn. Domenech et al (2017)

Siguiente

Si quieres saber más...

1- Recomendaciones de GETECCU sobre la monitorización, prevención y tratamiento de la recurrencia postquirúrgica en la enfermedad de Crohn. Domenech et al (2017)

2- How to manage Crohn´Disease after ileocolonic resection. Tilg. H, D´Haens. G. (2020)

3- Antitumoral Necrosis Factor Agents to treat Endoscopic Postoperative Recurrence of Crohn´s Disease: A nationwide Study with Propensity-Matched Score Analysis. Cañete et al (2020)



Ha finalizado el caso clínico.

Enfermedad inflamatoria intestinal: recurrencia Post quirúrgica

Dra. Carmen Alonso Martín y Dr. Carlos Maroto Martín.

HURH. Valladolid