



Contenido destacado del mes de junio 2022

Caso clínico: Manejo de estenosis en Enfermedad de Crohn

Carlos Maroto Martín. HCUV. Valladolid
Carmen Alonso Martín. HURH. Valladolid

CASO CLÍNICO

- Varón de 35 años, fumador. Enfermedad de Crohn A1L1B3 diagnosticada hace 3 meses, por el momento sin tratamiento.
- Acude a Urgencias:
 - Un episodio de vómito
 - Abdominalgia difusa
 - Escasa emisión de ventoseo; 2 días sin deposición
- EF: Abdomen: Ligeramente distendido, escasamente doloroso, RHA ligeramente disminuidos.



CASO CLÍNICO

- AS: Leucocitos 12000, Hb 14, Plaquetas 430.000. PCR 25.
- TC: Engrosamiento íleon terminal con pared de 7 mm, estrechamiento de su luz, de 15 cm de extensión, con dilatación supraestenótica de 35 mm. Realce de su pared, con captación de contraste.



Pregunta 1: ¿qué hacemos?

1. Cirugía urgente
2. Tratamiento médico con reposo intestinal, sin corticoides
3. Tratamiento médico con reposo intestinal y corticoterapia
4. Inicio de vedolizumab 300 mg 0-2-6 semanas

¡Respuesta correcta!

1. Cirugía urgente
2. Tratamiento médico con reposo intestinal, sin corticoides
- 3. Tratamiento médico con reposo intestinal y corticoterapia**
4. Inicio de vedolizumab 300 mg 0-2-6 semanas

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

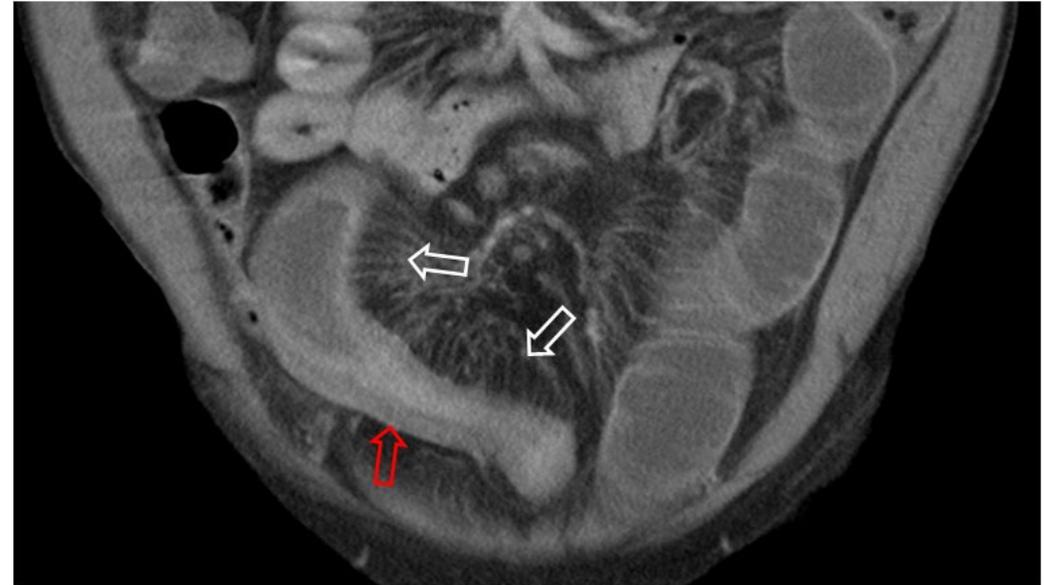
EPIDEMIOLOGÍA

- La estenosis es una de las complicaciones mas frecuentes, con una incidencia de aproximadamente 1/3 a 10 años.
- El lugar mas frecuente es en íleon y en anastomosis en los operados.

TRATAMIENTO MÉDICO DE LA ESTENOSIS

- Nunca suele ser puras, predominando un patrón.
- Por ello, lo mas importante es una valoración del PACIENTE y de la ESTENOSIS. ¡VALORAR INFLAMACIÓN!
 - Analítica completa: Leucocitos, PCR, VSG, Calprotectina fecal.
 - Prueba de imagen Entero TC vs Entero RM: Signo del peine, engrosamiento pared intestinal, hiperrealce de contraste.

Si existe inflamación hay un beneficio del tratamiento médico (corticoides vs biológicos) + Reposo intestinal.



CASO CLÍNICO

- Tras corticoterapia el paciente presenta una rápida mejoría, con tolerancia adecuada oral y deposición espontánea.
- Empeoramiento tras descenso de corticoides; asumiendo corticodependencia → Infliximab 500 inducción 0-2-6 y posterior mantenimiento.
- Tras ello, presenta 3 nuevos episodios de suboclusión intestinal constatando niveles IFX adecuados.

Pregunta 2: ¿cuál no es un factor de buena respuesta al tratamiento con Anti TNF?

1. Longitud de estenosis < 12 cm
2. Diámetro máximo proximal a estenosis > 29 mm
3. Hiper captación en RM
4. Enfermedad penetrante

¡Respuesta correcta!

1. Longitud de estenosis < 12 cm
2. Diámetro máximo proximal a estenosis > 29 mm
3. Hiper captación en RM
4. **Enfermedad penetrante**

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

FACTORES BUENA RESPUESTA TRATAMIENTO MÉDICO

- Estudio CREOLE. Se diseña un moledo (BACARDI) con una puntuación para predecir eficacia al tratamiento médico.
- Se asigna 1 punto por ítem (al diámetro proximal 2 puntos)
 - >4 puntos. Eficacia superior 88%
 - <2 puntos. Eficacia del 6%

Tabla 2 Factores asociados con la eficacia del tratamiento con anti-TNF en una estenosis del intestino delgado en la EC

Factores

Uso de inmunosupresores
Corta duración de los síntomas obstructivos
Longitud de la estenosis (< 12 cm)
Diámetro máximo proximal a la estenosis menor de 29 mm
Hipercaptación en la fase tardía de T1 en la RM
Ausencia de enfermedad fistulizante concomitante

RM: resonancia magnética.

Tabla 3 Factores asociados con una elevada probabilidad de necesidad de cirugía

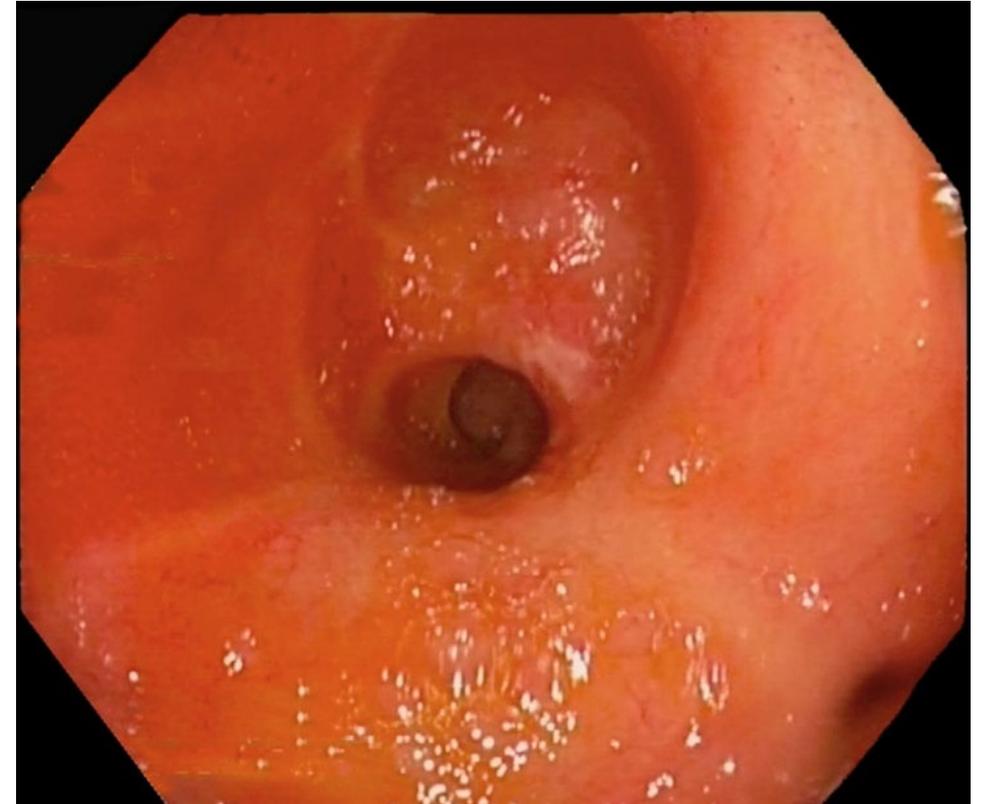
Factores

Patrón penetrante concomitante
Exposición previa a anti-TNF
Dilatación previa a la estenosis más de 30 mm
Síntomas obstructivos de larga evolución
Tabaquismo activo

Siguiente

CASO CLÍNICO

- Finalmente, ante no respuesta a tratamiento médico se realiza resección ileocecal.
- El paciente persiste asintomático 8 años; realizándose colonoscopia de control.
- Se identifica la imagen asociada:



Pregunta 3: ¿qué haríamos?

1. Resección neoíleon
2. Dilatación con balón
3. Inserción de prótesis
4. Nada

¡Respuesta correcta!

1. Resección neoíleon
2. Dilatación con balón
3. Inserción de prótesis
4. **Nada**

Siguiente

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO ESTENOSIS

- Tratamiento SÓLO SI SINTOMÁTICOS.
- Dilatación con balón: 1º opción.
- Factor mas importante para el éxito de la dilatación: Longitud de estenosis: < 4 cm

Tabla 5 Características ideales de una estenosis para realizar una dilatación endoscópica con balón

Características

Corta

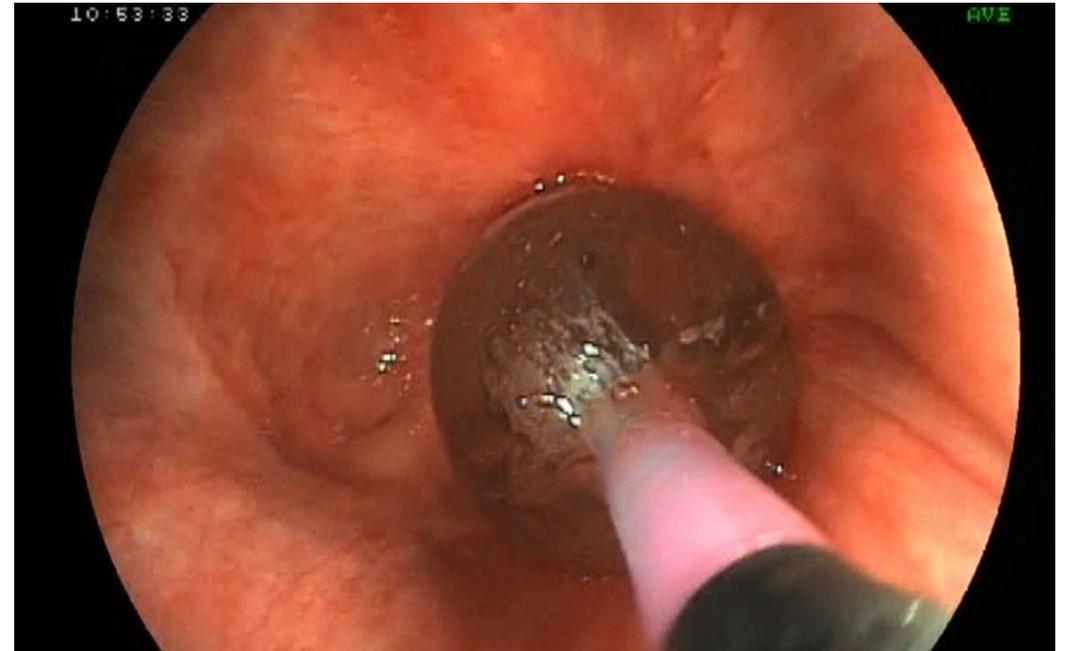
Poca inflamación

Sin fístula

Accesible con el endoscopio

Poco angulada

Única

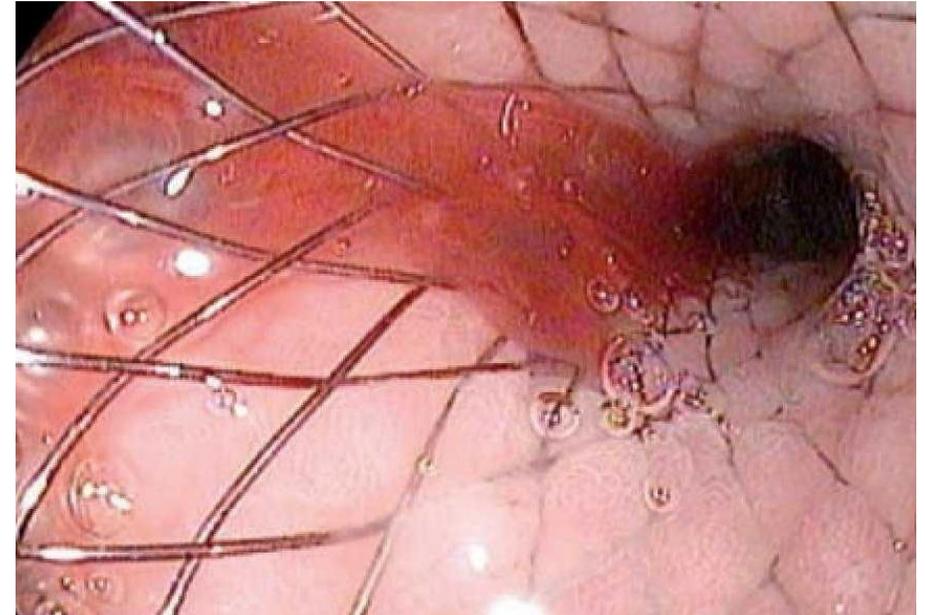


- Es recomendable la optimización de tratamiento médico previo a dilatación ya que la inflamación aumenta riesgo perforación.

Siguiente

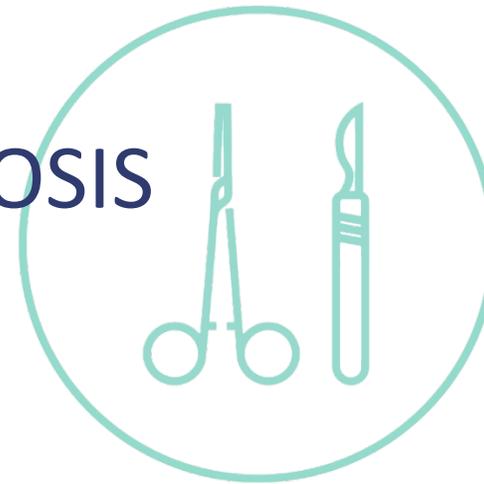
TRATAMIENTO CON PRÓTESIS EN ESTENOSIS

- Varias series evaluando la utilización de prótesis metálicas totalmente cubiertas, con éxito técnico y clínico bajo.
- Posteriormente estudios usando prótesis parcialmente recubiertas con mayor pero discreto éxito clínico (54-58%).
- Estudio comparativo dilatación vs prótesis.
 - Superioridad éxito clínico 80,5 % vs 51 %
 - Subanálisis estenosis > 3 cm éxito similar 65%



Cuando valorar: EN ESTENOSIS REFRACTARIAS A DILATACIÓN O EN MUY LARGAS

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ESTENOSIS



- El 75 % Crohn B2 precisarán cirugía.
- Generalmente son cuadros suboclusivos larvados, valorar cirugía programada con resecciones limitadas.
- Cuándo:
 - Refractario a tratamiento médico
 - Estenosis fibróticas sintomáticas
 - Obstrucción intestinal aguda
 - Complicaciones

Para saber más...

1. Documento de posicionamiento. Recomendaciones del grupo español de trabajo en enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa (GETECCU) sobre el tratamiento de la estenosis en la enfermedad de Crohn. Barreiro-de Acosta et al. Gastroenterología y Hepatología 45 (2022) 315-334
2. Natural history, diagnosis and treatment approach to fibrostenosing Crohn's disease. El Ouali et al. United European Gastroenterology Journal 2020, Vol 8(3) 263-270



Ha finalizado el caso clínico

Caso clínico: Manejo de estenosis en Enfermedad de Crohn

Carlos Maroto Martín. HCUV. Valladolid
Carmen Alonso Martín. HURH. Valladolid