



Capítulo 39

ACTITUD EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN URGENCIAS

C. González de Frutos

DEFINICIÓN

Se define la Enfermedad Inflamatoria Intestinal Crónica (E.I.I.C.) como un grupo de trastornos inflamatorios crónicos de etiología desconocida que afectan preferentemente al tracto gastrointestinal y cuyo curso clínico es recidivante y muy variable. Su patogenia se debe a una serie de factores ambientales, no claramente identificados, que provocan una respuesta inmunológica anormal en un huésped genéticamente predispuesto. Su incidencia va en aumento y la edad de aparición tiene un pico máximo a los 15-25 años y otro menor a los 50-70 años.

CLASIFICACIÓN

▲ La EIIC engloba: Colitis Ulcerosa (CU), Enfermedad de Crohn (EC) y colitis indeterminada, que posee características de ambas.

Cuadro 39.1: Diferencias anatomopatológicas entre E. Crohn y C. Ulcerosa

	ENFERMEDAD CROHN	COLITIS ULCEROSA
Localización	Cualquier nivel del TGI. Sólo íleon 25% Íleocólica 50% Sólo colon 20% Afectación rectal 50%	Limitada a colon y recto. Pancolitis 25% Colon izquierdo 50% Afectación rectal 95%
Distribución	Segmentaria, parcheada.	Continua, desde recto.
Lesiones histológicas	Afectación transmural. Úlceras aftoides alternando con mucosa sana, patrón empedrado. Abscesos, fistulas, fibrosis, estenosis.	Afectación sólo de mucosa y submucosa. Eritema y friabilidad difusos con ulceraciones.

Cuadro 39.2: Clasificación según su localización

- Proctitis o rectitis: afectación de recto, hasta 15 cm. desde margen anal.
- Proctosigmoiditis: afectación de recto y sigma, hasta 30 cm de margen anal.
- Colitis izquierda: afectación desde recto hasta ángulo esplénico.
- Colitis extensa: si la extensión rebasa ángulo esplénico.
- Pancolitis: si está afectado todo el marco cólico.
- Ileitis: las lesiones se localizan en íleon, frecuentemente a nivel terminal.

MANEJO DE LA EIIC EN URGENCIAS

1. HISTORIA CLÍNICA:

Interrogar sobre antecedentes familiares de EIIC, antecedentes personales y hábito intestinal previo. Buscar datos de organicidad y cronicidad de los síntomas recordando que la EIIC se caracteriza por períodos variables de actividad clínica recidivante alternando con otros asintomáticos o de remisión. Descartar complicaciones agudas y manifestaciones extraintestinales de la enfermedad.

1.1 Sintomatología de Colitis ulcerosa:

- Diarrea de escaso volumen acompañada o no de sangre, moco o pus.
- Dolor abdominal cólico, de predominio en fosa iliaca izda, previo a la deposición.
- Rectorragia acompañada o no de heces.
- Urgencia deposicional, tenesmo rectal.
- Fiebre generalmente < 38° C.

1.2 Sintomatología de Enfermedad de Crohn:

- a) Si la afectación es únicamente de colon: similar a la Colitis ulcerosa.
- b) Si la afectación es ileal:
 - Diarrea voluminosa sin productos patológicos.
 - Dolor abdominal cólico en fosa iliaca dcha. o periumbilical.
 - Masa palpable en fosa iliaca dcha. si hay plastrón inflamatorio.
 - Cuadro de suboclusión intestinal por estenosis de íleon.
 - Rectorragia.
 - Fiebre generalmente < 38°C.
 - Fístulas enterales.
- c) Si la afectación es perianal: fisuras, úlceras, fístulas o abscesos.
- d) Úlceras gastroduodenales.

1.3 Complicaciones agudas de la EIIC:

- **MEGACOLON TÓXICO:** dilatación de la luz colónica > 6 cm. Cursa con estado de toxemia: fiebre, taquicardia, leucocitosis, hipotensión, distensión y dolor abdominal, obnubilación. Se desencadena con el uso de antidiarreicos anticolinérgicos u opiáceos, hipopotasemia o endoscopia en las fases agudas graves de la enfermedad. Más frecuente en la pancolitis ulcerosa.
- **PERFORACIÓN LIBRE:** en casos de megacolon tóxico o brote severo. Puede estar enmascarada por el uso de corticoides. Causa peritonitis.
- **HEMORRAGIA MASIVA.**
- **OBSTRUCCIÓN INTESTINAL:** por estenosis inflamatoria y/o fibrótica.
- **ABSCEOS Y PLASTRONES INFLAMATORIOS.**
- **FÍSTULAS** enteroentéricas, enterovesicales, enterocutáneas...

Cuadro 39.3: Manifestaciones extraintestinales de la EIIC

Proporcionales a la actividad de la colitis	Independientes de la actividad de la colitis
<ul style="list-style-type: none"> - Artritis migratoria poliarticular. - Eritema nodoso. - Estomatitis aftosa. - Uveitis, episcleritis, conjuntivitis. - Malnutrición, retraso del crecimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sacroileitis, espondilitis anquilosante. - Pioderma gangrenoso. - Dermatitis neutrofilica (Sd Sweet). - Amiloidosis. - Enfermedad tromboembólica. - Colangitis esclerosante, colangiocarcinoma. - Litiasis biliar y renal (en la EC).

2. EXPLORACIÓN FÍSICA:

Debe ser completa valorando manifestaciones sistémicas y signos de desnutrición. Hacer hincapié en la exploración abdominal e incluir siempre región perianal y tacto rectal.



3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

ANALÍTICA: - *S. Sangre*: Anemia por pérdidas digestivas crónicas o agudas. Leucocitosis con desviación izquierda.
 - *E. Coagulación*: trombocitosis como reactante de fase aguda. -Iones, urea, creatinina, gases venosos: deshidratación, acidosis metabólica en casos severos.

RX. ABDOMINAL: descartar megacolon tóxico, perforación y obstrucción.

ECOGRAFÍA -TAC: descartan complicaciones locales.

ENDOSCOPIA: es el método de diagnóstico definitivo. Permite la toma de biopsias, indica el grado de afectación y su extensión y sirve para el despistaje del cáncer colorrectal. No se realiza de forma urgente. Está contraindicada en fases agudas graves de la enfermedad y en el megacolon tóxico.

CRITERIOS DE SEVERIDAD

Con objeto de cuantificar la severidad clínica de la EIC se han diseñado *índices de actividad* constituidos por distintas variables que orientan sobre la gravedad del cuadro y la actitud terapéutica a tomar en cada momento.

Cuadro 39.4: Colitis Ulcerosa: "Índice de Truelove - Witts"

	BROTE LEVE	BROTE GRAVE
Nº deposiciones	<4	>6
Sangre en heces	Escasa o ausente	Abundante
Temperatura	Sin fiebre	> 37.5°C
Frecuencia cardíaca	< 90 lpm.	> 90 lpm.
Hemoglobina	> 10 gr/dl.	< 10 gr/dl.
VSG	< 30 mm 1ª hora	> 30 mm 1ª hora

Brote moderado el de grado intermedio entre leve y grave.

Cuadro 39.5: Enfermedad de Crohn: CDAI (Crohn's disease index activity)

Nº deposiciones en una semana	x 2
Dolor abdominal (0:no, 1:leve, 2:moderado, 3:grave)	x 5
Estado general (0:muy bueno, 1:bueno, 2:regular, 3:malo, 4:muy malo)	x 7
Nº de manifestaciones anales o extraintestinales	x 20
Necesidades de antidiarreicos (0:no, 1:si)	x 30
Masa abdominal (desde 0: no hasta 5: definida)	x 10
Anemia (47-Hto en varones, 42-Hto en mujeres)	x 6
Peso corporal [10 x (1 - peso corporal / peso habitual)]	x 1

Para calcular el resultado multiplicar el valor de cada factor por la constante de la casilla derecha y sumar el total. Un valor entre 150 y 250 indica enfermedad leve, de 250 a 350 moderada y > de 350 severa.

CRITERIOS DE INGRESO

- Brote de actividad clínica severa.
- Brote moderado que no responde tras 2 semanas de tratamiento.
- Complicaciones agudas de la enfermedad : megacolon tóxico, perforación, hemorragia severa, suboclusión u obstrucción intestinal, abscesos y fistulas.

TRATAMIENTO

El tratamiento va destinado a controlar el brote agudo y sus complicaciones así como a mantener la remisión retrasando la aparición de nuevos brotes.

Medidas dietéticas: si hay diarrea disminuir el contenido en residuos de la dieta. Evitar lácteos en la fase aguda si presenta intolerancia. Si precisa hospitalización y dieta absoluta mantener sólo con sueroterapia 3 días, si se prolonga añadir nutrición parenteral.

Cuadro 39.6: Farmacoterapia en la EIIC

Compuestos		Presentación	Dosis f. aguda	Mantenimiento
AMINO-SALICILATOS	Sulfasalazina	comp. 500 mg supos. 500 mg	1000 mg/6-8h 1000 mg/12h	1000 mg/12h 500 mg/12h
	Mesalazina (5 ASA)	comp. 500 mg supos. 500 mg enema 1 gr	1000 mg/8h 500 mg/8h 2 gr/24 h	500 mg/8-12h 500 mg/12 h 1 gr / 24 h
CORTICOIDES	Prednisona	comp. 5, 10, 30mg	20-60 mg/24 h	Reducir dosis paulatinamente
	6m-Prednisolona	comp 4, 16, 40mg i.v. 8, 20, 40 mg	20-40 mg/24 h 0,5-1 mg/Kg/día en 3 dosis	entre 5 -10 mg cada 7-14 días.
	Budesonida	comp. 3 mg enemas 2 mg	9 mg/24 h 2 mg/24 h	6 mg/24 h 2 mg/24 h

No se han incluido inmunomoduladores por su escaso uso en Urgencias.

PAUTAS DE TRATAMIENTO**▲ PANCOLITIS ULCEROSA Y ENF CROHN COLÓNICA:**

LEVE	Aminosalicilatos: 5-ASA comp. v.o.	-----	500-1000 mg/8h
+	Enemas corticoides: Prednisolona ó budesonida	-----	20-40 mg/24 h 2 mg/24 h
±	Corticoides v.o.(0.25-0,5mg/kg/día)	-----	12- 35 mg/24 h
MODERADA	Aminosalicilatos comp. v.o.	-----	1000 mg/8 h
+	Enemas de corticoides: prednisolona	-----	20-40 mg/12-24h
+	Corticoides v.o.(0.5-0.75mg/kg/día)	-----	35-50 mg/24 h
SEVERA	INGRESO HOSPITALARIO		
	Dieta absoluta y sueroterapia i.v.		
+	Aminosalicilatos: 5-ASA comp. v.o.	-----	1gr/8 h
±	Enemas corticoides: prednisolona	-----	20-40 mg/24 h
+	6mPrednisolona i.v.(0.75-1mg/k/día)	-----	20 mg/8 -6 h
+	Ranitidina amp. 50 mg i.v.	-----	50 mg/8 h
+	Enoxaparina s.c.	-----	20 mg/24 h
±	Metronidazol vial 500 mg i.v.	-----	500 mg/8 h



▲ PROCTITIS ULCEROSA - COLITIS IZQUIERDA:

	Aminosalicilatos en supos. o enemas respectivamente	
+	Corticoides enemas:Prednisolona	----- 20-40mg/12-24 h
±	Aminosalicilatos v.o	----- 1gr/8 h
±	Corticoides v.o. (0.25-0.5 mg/kg/día)	----- 12-35 mg / 24 h

▲ ENF CROHN ILEAL:

Pautas similares a las de la afectación colónica descrita salvo: el tratamiento con aminosalicilatos y corticoides rectales no es útil; añadir al tto. en los casos moderados-severos o si hay fístulas Metronidazol 10-20 mg/kg/día v.o. (comp 250 mg/8h) o i.v. (vial 500 mg/8 h) o Ciprofloxacino comp. 250 - 500 mg/12 h v.o. ó (vial 200 mg) 200-400 mg/12 h i.v.

▲ MEGACOLON TÓXICO:

	Dieta absoluta, nutrición parenteral total, sonda nasogástrica aspiración	
+	6mPrednisolona (1mg/kg/día) i.v.	----- 20 mg/6-8 h
+	Metamizol (amp. 2 mg) i.v.	----- 2 mg/6-8 h
+	Metronidazol 500mg/8h + Gentamicina 240mg/día + Ampicilina 1gr / 6h i.v.	

Seguimiento con Rx abdominal y analítica diaria. Si fracasa el tto en 48-72 h hacer colectomía urgente. *NO intentar la descompresión del colon mediante colonoscopia.*

▲ PERFORACIÓN INTESTINAL:

Indicación de tratamiento quirúrgico (ver manejo en capítulo correspondiente)

▲ HEMORRAGIA SEVERA:

Tratamiento como un brote clínico severo más las medidas de sosten y transfusionales referidas en el capítulo de hemorragia digestiva baja. Si la hemorragia es masiva está indicada la cirugía urgente.

▲ ABSCESO INTRABDOMINAL:

	Dieta absoluta, nutrición parenteral total	
+	Metronidazol (vial 500 mg) i.v.	----- 500 mg/8 h
+	Amoxicilina-clavulánico (vial 1gr) i.v.	----- 1gr/8 h
	ó Cefotaxima (vial 1 gr) i.v.	----- 1-2 gr/6 h
	ó Ciprofloxacino (vial200 mg) i.v.	----- 200 mg/12 h
+	Drenaje percutáneo por ecografía o TAC y/o intervención quirúrgica.	

▲ FÍSTULAS INTESTINALES:

De bajo débito : dieta sin residuos, tratamiento de la enfermedad activa.

+ Metronidazol (comp. 500mg) v.o.----- 500 mg/8 h

De alto débito : dieta absoluta, nutrición parenteral.

+ Metronidazol 10-20 mg /k/día i.v.

Cirugía si: No responde al tratamiento, estenosis, abscesos o sobrecrecimiento bacteriano.

RECUERDA:

- ▲ No iniciar tratamiento esteroideo en un sd. diarreico sin una razonable seguridad diagnóstica ya que si es de etiología infecciosa se agravará.
- ▲ No pautar antidiarreicos opiáceos o anticolinérgicos en una diarrea exudativa o con productos patológicos ya que si es una EIIC podría causar megacolon tóxico.
- ▲ No realizar colonoscopia precoz en los casos de brote grave.

BIBLIOGRAFÍA:

- ▲ Kornbluth A, Sachar D, Salomon P. Crohn's Disease. In: Feldman M, Scharschmidt BF, Sleisenger M, editors. Gastrointestinal and liver disease: Pathophysiology, diagnosis, management. 6nd ed. Pennsylvania: Saunders Company; 1998. p. 1708-34.
- ▲ Jewell DP. Ulcerative colitis In: Feldman M, Scharschmidt BF, Sleisenger M, editors. Gastrointestinal and liver disease: Pathophysiology, diagnosis, management. 6nd ed. Pennsylvania: Saunders Company; 1998. p. 1735-61
- ▲ F. Casellas. Capítulo 14: Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Protocolos diagnósticos- terapéuticos en patología digestiva. Servicio de Apto Digestivo Hospital Gral. Vall d'Hebrón. 1998. p. 123-140.
- ▲ V. González. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Servicio de Apto Digestivo Hospital Gregorio Marañón. Ediciones Ergon. 1995.
- ▲ B. Stephen. Inflammatory Bowel Disease. N Engl J Med 1996; 334: 841-848.