



FORO RESIDENTES 2023

CASO CLÍNICO DE URGENCIA EN EII: SUBOCLUSIÓN EN EC

Dr. Enrique Álvarez – H. General Universitario de Alicante

Dr. Víctor Merino – H. Clínico Universitario de Valencia

Dra. Isabel Terol – H. Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

Moderador: Dr. Carles Suria – H. Clínico Universitario de Valencia

Valencia a 9 de Marzo de 2023. De 11:45h a 13:00h

PRESENTACIÓN

- MC: mujer de 32 años que acude a Urgencias por dolor abdominal, náuseas y vómitos
- Antecedentes médicos de interés:
 - No RAMc
 - Fumadora 2-3 cig/d. No otros hábitos tóxicos
 - Enfermedad de **Crohn A2L3B3**
 - Última colonoscopia en 1998 previa a la intervención quirúrgica
 - Resección ileocecal con anastomosis T-T en el 2000
 - No manifestaciones extraintestinales. No enfermedad perianal.
 - Tratamientos recibidos: mesalazina, azatioprina, tandas de corticoides.
- Tratamiento actual: **azatioprina 100mg/d + mesalazina oral 1g/d**

CRONOPATOLOGÍA DE LA EC

- Dolor abdominal, náuseas, vómitos, pérdida de 8kg de peso
- Dx Enf de Crohn A2L3B3



1995



EDAD AL DIAGNÓSTICO	LOCALIZACIÓN	PATRÓN DE AFECTACIÓN
A1: ≤16 años	L1: ileal	B1: inflamatorio
A2: 17-40 años	L2: colónica	B2: estenosante
A3: >40 años	L3: ileocolónica	B3: penetrante/fistulizante
	L4: afectación alta (se añade)	p: perianal (se añade)

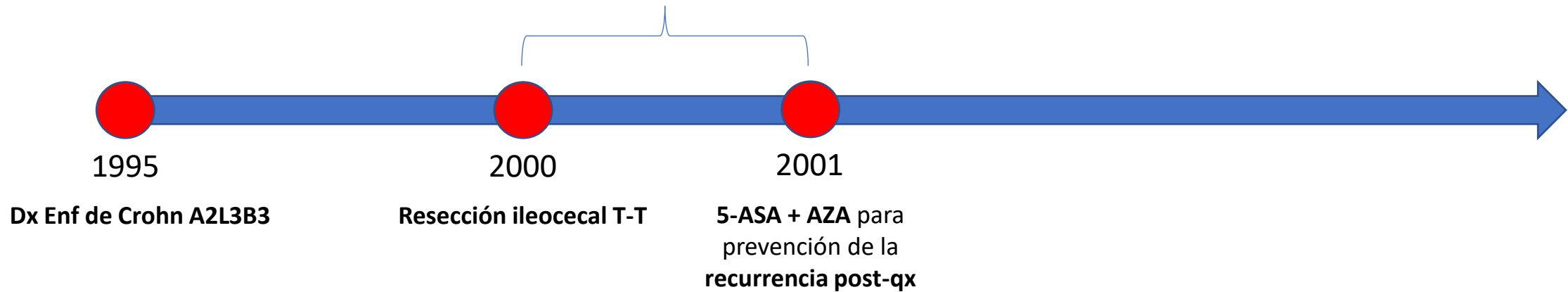
CRONOPATOLOGÍA DE LA EC

Varios episodios suboclusivos (4 ingresos)
+ plastrón inflamatorio



CRONOPATOLOGÍA DE LA EC

Dolor abdominal recurrente que se controlaba ambulatoriamente con cipro + metro

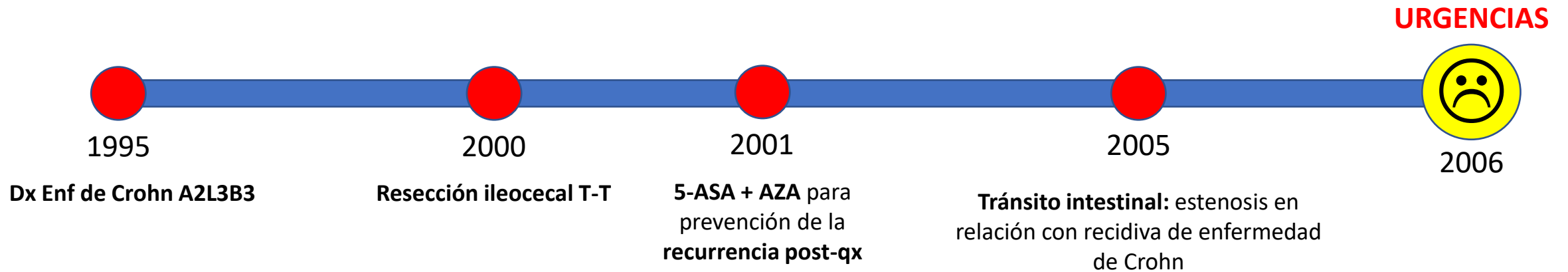


CRONOPATOLOGÍA DE LA EC

Varios cuadros suboclusivos desde 2003



CRONOPATOLOGÍA DE LA EC



Acude hoy (2006) a Urgencias por...

- Enfermedad actual:

- **Dolor en FID de 24h** de evolución que se irradia a abdomen, tipo continuo
- **Náuseas y vómitos alimentarios que alivian el dolor**
- No cambios en el ritmo intestinal (**2-3 deposiciones diarias** sin productos patológicos)
- No fiebre ni escalofríos. No otra clínica acompañante. No pérdida de peso ni sd. constitucional
- No trasgresión dietética. No nuevos fármacos.

- Exploración física:

- Ctes. en rango
- Buen estado general.
- ACP normal
- Abdomen: cicatriz de laparotomía. Doloroso en fosa iliaca derecha. RHA presentes en hemiabdomen izquierdo con discreta **tonalidad metálica**. Blando y depresible. Se palpa **empastamiento en fosa iliaca derecha** sin signos de irritación peritoneal.

Analíticamente anodino...

Glucosa	120 mg/dl [60-110]
Urea	24 mg/dl [20-50]
Creatinina	0.9 mg/dl [0.5 – 1.17]
Sodio	129 mmol/L [135-145]
Potasio	4 mmol/L [3.5-5.1]
Hierro	103 ug/dl [50-150]
Transferrina	192 mg/dl [200-360]
Ferritina	33 ng/dl [10-120]
Prot C React (PCR)	2.1 mg/l [0-5]
Leucocitos	6600/ml [4800-10000]
Neutrófilos	85,8% [55-75]
Hemoglobina	12.3 g/dl [12-16]

Analíticamente anodino...

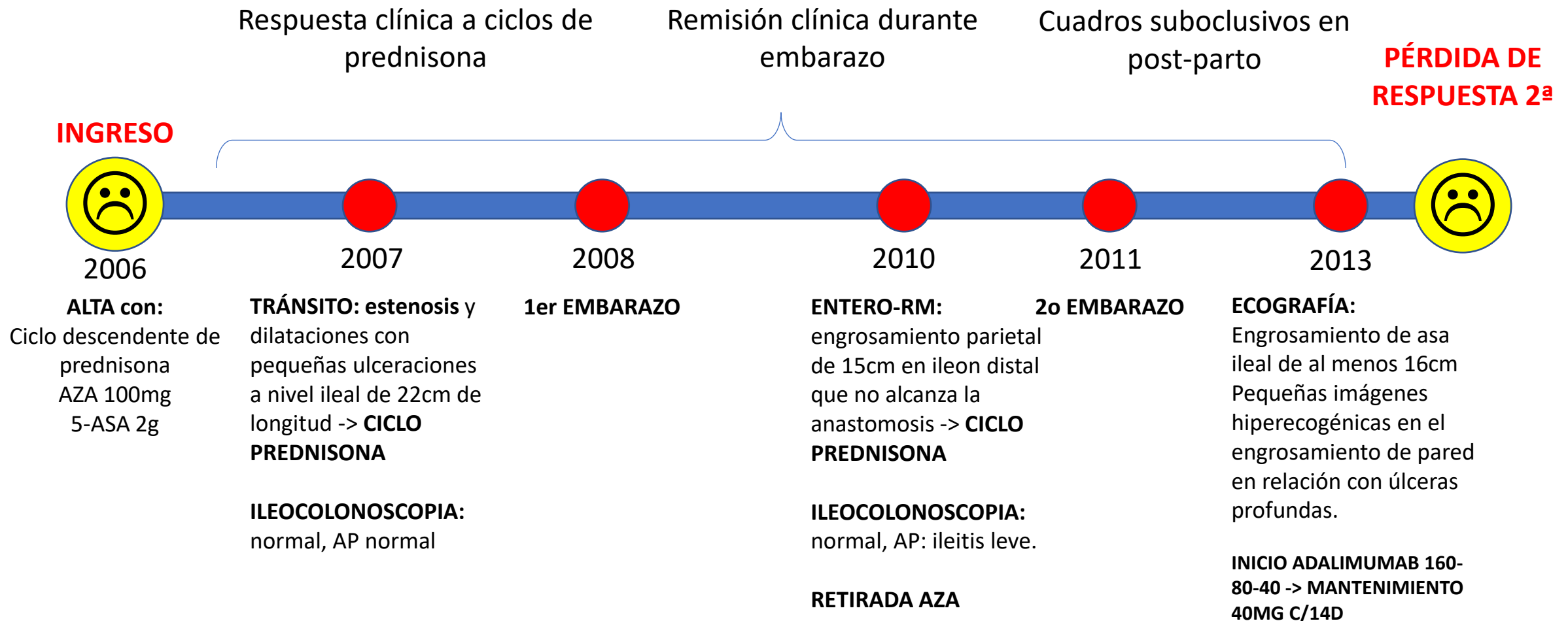
Glucosa	120 mg/dl [60-110]
Urea	24 mg/dl [20-50]
Creatinina	0.9 mg/dl [0.5 – 1.17]
Sodio	129 mmol/L [135-145]
Potasio	4 mmol/L [3.5-5.1]
Hierro	103 ug/dl [50-150]
Transferrina	192 mg/dl [200-360]
Ferritina	33 ng/dl [10-120]
Prot C React (PCR)	2.1 mg/l [0-5]
Leucocitos	6600/ml [4800-10000]
Neutrófilos	85,8% [55-75]
Hemoglobina	12.3 g/dl [12-16]

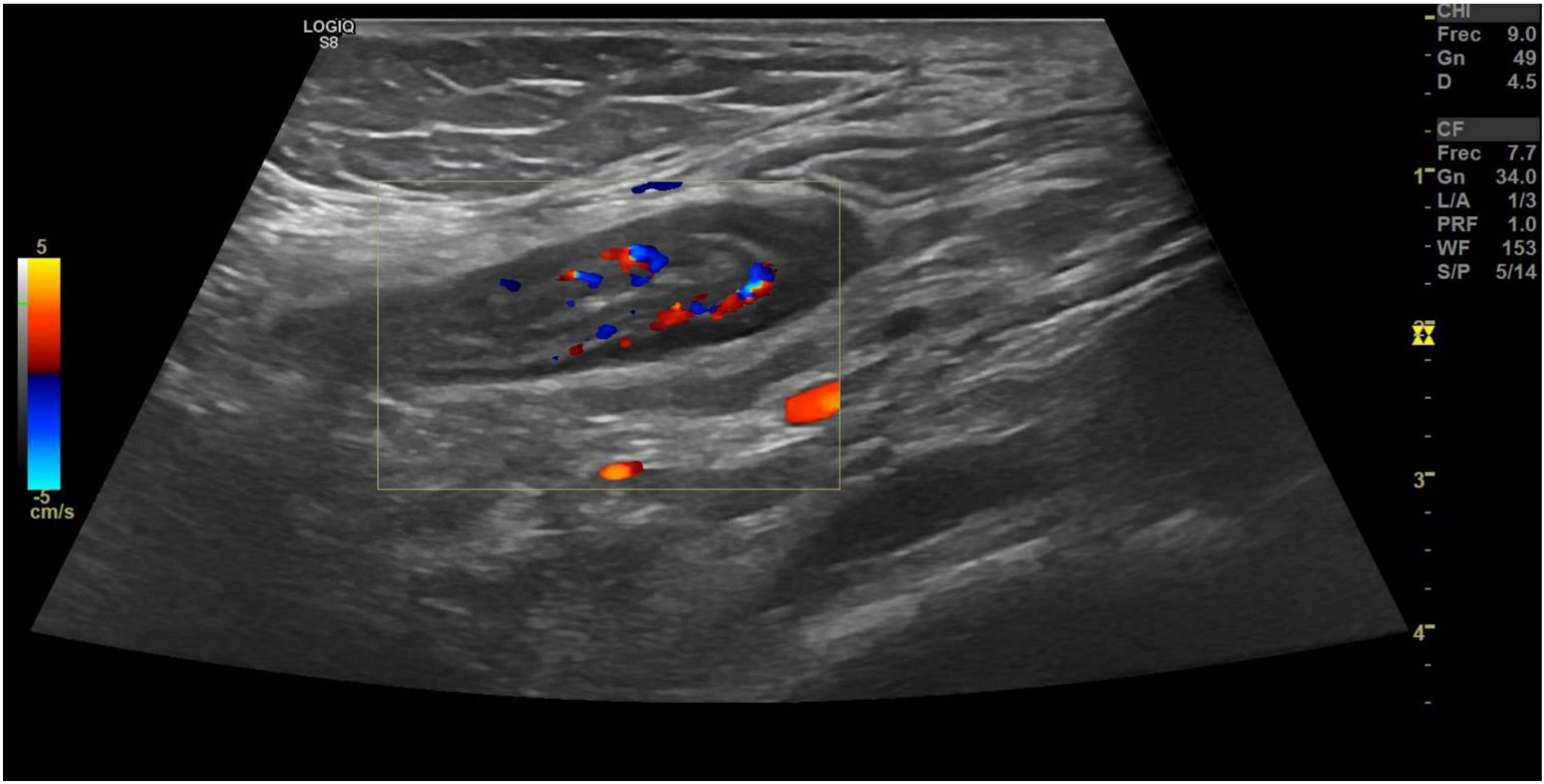
DR. ÁLVAREZ



1. Con el cuadro clínico presentado ¿cuál es tu **sospecha diagnóstica inicial**? ¿qué **diagnóstico diferencial** realizarías en la paciente? ¿te apoyarías en alguna **exploración complementaria** para orientar el caso? Si la paciente no tuviera un diagnóstico de EII y no tuviera un antecedente quirúrgico ¿cuál sería tu diagnóstico diferencial?
2. ¿Requiere la paciente ingreso hospitalario? ¿Cuál sería el **manejo de la paciente en urgencias y durante el ingreso hospitalario** (en caso de requerirlo)?
3. Revisando la historia clínica ¿**optimizarías el tratamiento médico de base de la paciente con vistas al alta hospitalaria**? ¿qué opciones están indicadas y cuál te planteas?

EVOLUCIÓN DE LA EC TRAS EL INGRESO



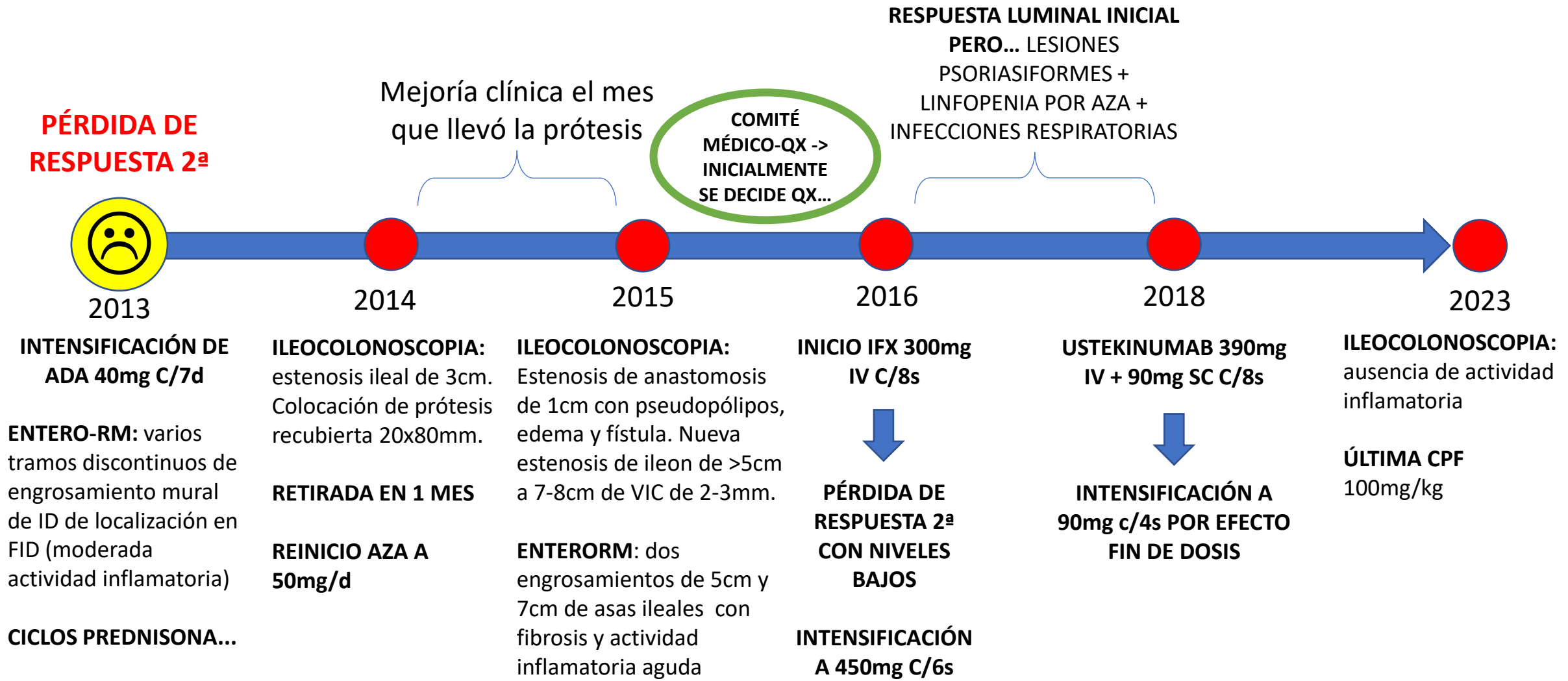


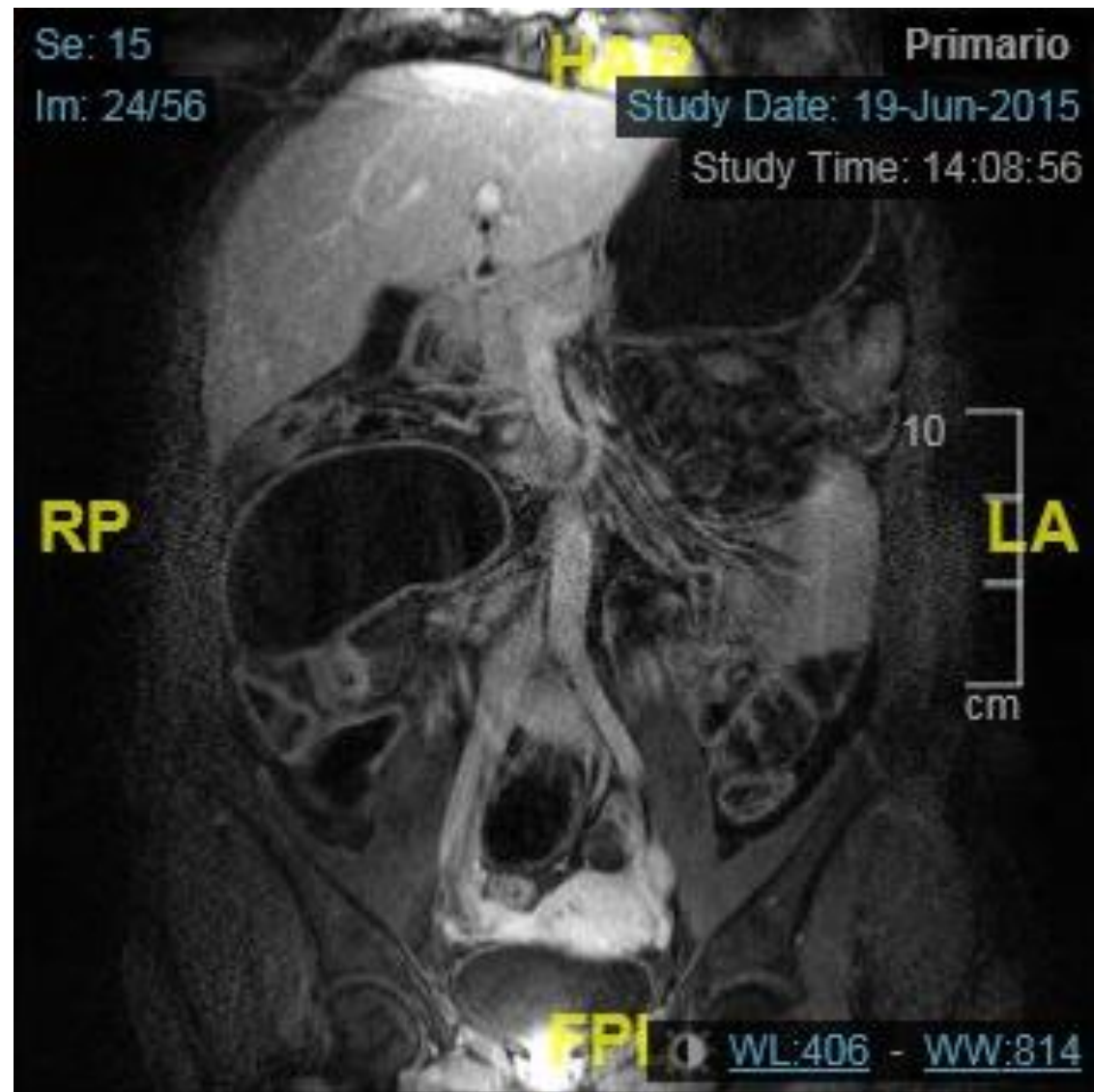
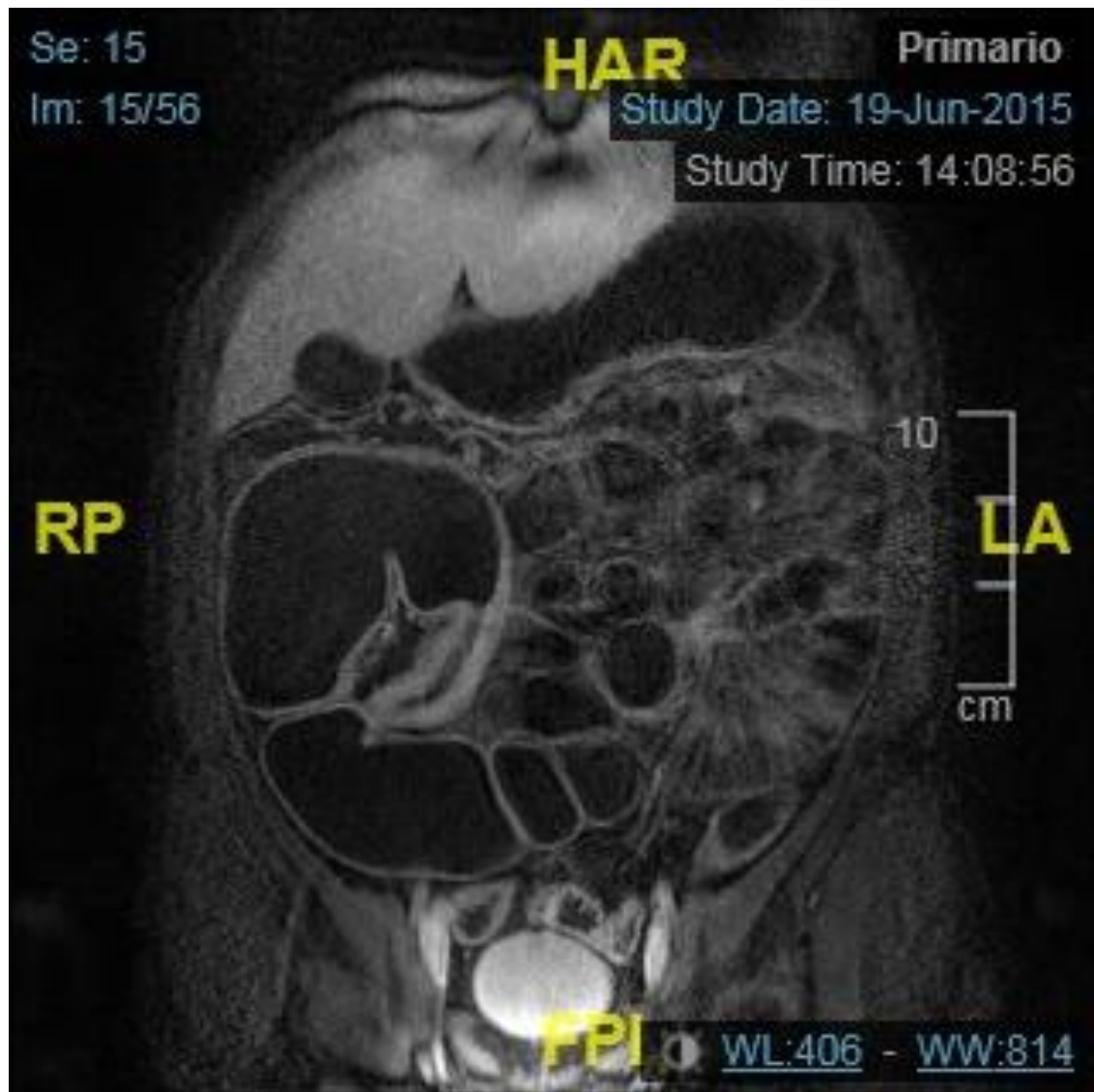
DR. MERINO



1. ¿Optimizarías el tratamiento médico antes de plantearte otras alternativas? En caso afirmativo ¿en qué **pruebas complementarias** te apoyarías y cómo lo harías? En caso negativo ¿qué otras alternativas terapéuticas te plantearías y cuál consideras la adecuada?
2. Realiza una breve revisión de las diferentes opciones de **tratamiento endoscópico en estenosis de enfermedad de Crohn** explicando sus diferencias, éxito técnico, éxito clínico, complicaciones y eficacia a corto y largo plazo.

EVOLUCIÓN DE LA EC TRAS EL INGRESO





DRA. TEROL



1. Realiza una breve revisión de las diferentes **opciones de tratamiento quirúrgico en estenosis de enfermedad de Crohn** explicando sus diferencias, éxito técnico, éxito clínico, complicaciones y eficacia a corto y largo plazo.
2. El manejo de la **recurrencia post-quirúrgica** ha cambiado en los últimos años. En nuestro caso cuando se intervino no disponíamos del arsenal terapéutico actual. Poniéndonos en el supuesto de que la intervención (resección ileocecal) se realizara a fecha de marzo 2023 explica cuál sería el manejo posterior de la paciente (qué opciones terapéuticas disponemos, cuál considerarías la mejor y cómo realizarías el seguimiento ambulatorio).



**Take home message*

- Cuadro frecuente en EC (30% a los 10 años).
- Antes de cualquier tratamiento importante valorar enfermedad, estenosis, síntomas obstructivos...
- En estenosis predominantemente inflamatorias: corticoides / anti-TNF.
- En estenosis en las que predomine el componente fibrótico: endoscopia / cirugía.
- Tratamientos endoscópicos: dilatación, prótesis, estricturotomía, inyección corticoides.
- Tratamientos quirúrgicos: anastomosis TT, anastomosis LL, estricturoplastias.
- FR recurrencia post-qx: tabaco, resecciones previas... -> tratamiento antiTNF +/- IS, Uste, Vedo...
- Base del manejo de la recurrencia post-qx: CPF -> ileocolonoscopia (Rutgeerts)

Gracias

