

EN LA RX ABDOMINAL...



RESUMIENDO...

Dolor abdominal y vómitos
postprandiales de inicio
 Brusco hace 24h

Dolor a la palpación en FID y
ruidos metálicos

Analíticamente anodino

Dilatación de asas de ID y
niveles hidroaéreos. No gas
distal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LAS PRUEBAS ACTUALES

GASTROENTERITIS AGUDA

A FAVOR

Instauración brusca

Niveles hidroaéreos

Frecuencia epidemiológica

Presencia de deposiciones

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LAS PRUEBAS ACTUALES

TUMOR ESTENOSANTE

A FAVOR

Empastamiento en FID

Ruidos metálicos y dilatación de ID

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LAS PRUEBAS ACTUALES

ÍLEO PARALÍTICO

A FAVOR

Instauración aguda

Dilatación de ID y niveles hidroaéreos

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LAS PRUEBAS ACTUALES

BRIDAS

A FAVOR

Antecedente quirúrgico

Instauración brusca

Ruidos metálicos

Niveles hidroaéreos

No elevación de RFA

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LAS PRUEBAS ACTUALES

RECURRENCIA POST-QX

A FAVOR

Frecuencia epidemiológica

Ruidos metálicos y dilatación de ID

Presencia de deposiciones

Empastamiento en FID

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LAS PRUEBAS ACTUALES

RECURRENCIA POST-QX

**GASTROENTERITIS
AGUDA**

TUMOR ESTENOSANTE

BRIDAS

ÍLEO PARALÍTICO

PRINCIPAL SOSPECHA DIAGNÓSTICA...

CUADRO SUBOCLUSIVO
secundario a recurrencia post-Qx

¿SE PEDIRÍA ALGUNA PRUEBA MÁS DE URGENCIA?

TAC URGENTE

Descartar oclusión completa

Detección y filiación de estenosis (bridas, actividad, tumor...)

Descartar sufrimiento de asas y/o perforación

COMENTAR EL CASO CON CIRUGÍA GENERAL PARA MANEJO CONJUNTO

Disminución de calibre de anastomosis ileocólica
+
Edema de pared y signo del peine
(ingurgitación de los vasos rectos)
+
Dilatación generalizada de asas de intestino delgado



Cuadro suboclusivo secundario a estenosis inflamatoria que impresiona de recurrencia a nivel de anastomosis ileocolónica



MANEJO AGUDO DEL CUADRO SUBOCLUSIVO

- Una vez descartada actitud quirúrgica de emergencia → **INGRESO** hospitalario
- **Tratamiento inmediato**
 - **Dieta absoluta y fluidoterapia** hasta mejoría clínica y radiológica
 - **SNG** → si náuseas y/o marcada dilatación gástrica
 - **Corticoterapia IV** (prednisona 1 mg/kg/d) + **calcio**
 - **Profilaxis antitrombótica** (p.ej.: enoxaparina 40mg/d)
- **Valoración precoz del status nutricional**
 - NPT si enteral (NE) no posible durante los próximos 4-5 días
 - Si tolera vía oral → valorar NE (incluso por SNG si baja ingesta)

**FUNDAMENTAL DE
CARA A CIRUGÍA**

¿ES NECESARIA ALGUNA OTRA PRUEBA DIAGNÓSTICA?

- Datos analíticos que muestren actividad inflamatoria: PCR, VSG, calprotectina fecal...
- Y... **¿alguna otra prueba de imagen?**

Tabla 2 Precisión diagnóstica de la ecografía intestinal y otras técnicas de imagen en metaanálisis y revisiones sistemáticas

Autor	Nº estudios (n)	Objetivo	Precisión diagnóstica			
			TC	RMN	Eco	Cápsula
Liu 2017	21 (913)	Diagnóstico	S = 0,87 (0,78-0,92) E = 0,91 (0,84-0,95)	S = 0,87 (0,79-0,91) E = 0,93 (0,84-0,97)	-	-
Choi 2017	24 (781)	Sospecha EC EC establecida	- S: 77-81% E: 85-89%	S = 77% E = 80% S = 77-81% E = 80-90%	-	S = 62-100% E = 50-100% S: 77-100% E: 53-100%
Kopylov 2017	13 (500)	Diagnóstico (cápsula) EC proximal	-	OR = 3,24 (0,14-72,7) OR = 2,79 (1,2-6,48)	OR = 1 (0,36-2,81) OR = 2,76 (0,84-9,02)	-
Greenup 2016	21 (1135)	Diagnóstico	S: 67-95% E: 70-90%	S: 66-100% E: 72-100%	S: 86-97% E: 83-97%	-
Serafín 2016	8 (332)	Diagnóstico	-	-	S = 0,94 (0,85-0,91)	-
Zhu 2016			ECO, RMN y TC → SIMILAR PRECISIÓN DIAGNÓSTICA			
Ahmed 2016						
Puylaert 2015						
Qiu 2015	6 (290)	Diagnóstico EC activa	S = 0,85,8 (0,79-0,91) E = 0,83 (0,75-0,90)	S = 0,87,9 (0,81-0,92) E = 0,81,2 (0,72-0,88)	-	-
Ma 2015	8 (428)	Diagnóstico (CEUS)	-	-	S = 0,93 (0,89-0,95) E = 0,87 (0,81-0,91)	-
Dong 2014	15 (1558)	Diagnóstico	-	-	S = 0,88 (0,85-0,91) E = 0,97 (0,96-0,98)	-
Giles 2013	11 (496)	Diagnóstico Pediatría	-	S = 0,84 (0,77-0,90) E = 0,97 (0,91-0,99)	-	-
Panés 2011	14 (1163)	Localización	S: 88% E: 88%	S: 74% E: 91%	S: 86% E: 94%	-
	21 (640)	Actividad	S: 81% E: 88%	S: 80% E: 82%	S: 85% E: 91%	-
Horsthuis 2008	33 (11 Eco)	Diagnóstico	S: 84,3% E: 95,1%	S:93% E:92,8%	S: 89,7% E: 95,6%	-
Fraquelli 2007	7 (975)	Diagnóstico			3 mm: S = 88% E = 93% 4 mm: S = 75% E = 97%	-

¿ALGUNA OTRA PRUEBA DE IMAGEN?

- **Entero-TC**

- Rápido y accesible
- Bajo coste
- Radiación + contraste



ESTUDIOS URGENTES

- **RMN intestinal:**

- NO radiación ionizante
- Alto coste, tiempo de realización y baja accesibilidad
- Uso de contraste



ESTUDIOS ELECTIVOS
(dx inicial y monitorización)

- **Ecografía intestinal**

- Similar precisión diagnóstica a RMN y TC
- Barata, accesible y rápida
- NO radiación ionizante
- NO siempre necesario contraste
- Dificultad para planos profundos
- Operador-dependiente



ESTUDIOS URGENTES y ELECTIVOS
(si radiólogo capacitado)

¿ES NECESARIA ALGUNA OTRA PRUEBA DIAGNÓSTICA?

- **Datos analíticos** que muestren actividad inflamatoria: PCR, VSG, calprotectina fecal...
- **RMN:** no necesario repetir durante el ingreso
- **Ecografía intestinal** durante el ingreso para monitorizar la respuesta al tratamiento
- **Colonoscopia (¿?)**
 - Evaluación de la recurrencia post-Qx (inflamatoria/fibrótica) y toma de biopsias para AP
 - Eventual dilatación de la estenosis si indicado
 - Probablemente no sería necesaria su realización durante este ingreso

TRAS LA INDUCCIÓN CON CORTICOIDES IV
MEJORA...

¿HABRÍA QUE OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO DE BASE?

- Tratamiento previo: **AZA 100mg/d + mesalazina 1g/d**
 - Azatioprina: **SÍ hay evidencia a favor** para la prevención de la RPQ
 - Mesalazina: **NO hay evidencia a favor** de su eficacia en la prevención o tratamiento de la RPQ
- ¿Sería adecuado el tratamiento médico de la estenosis?
 - Colonoscopia → lesiones avanzadas (i3/4) y **estenosis de aspecto inflamatorio**
 - RMN/TAC/ECO → **estenosis que impresiona de inflamatoria** (edema de pared, ingurgitación de los vasos rectos...)



INDUCCIÓN CORTICOIDEA → ¿MANTENIMIENTO?



Gastroenterología y Hepatología

www.elsevier.es/gastroenterologia



DOCUMENTO DE CONSENSO

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



Carme Loras^{a,b,*}, Miriam Mañosa^{b,c}, Xavier Andújar^{a,b}, Vicente Sánchez^d, Marc Martí-Gallostra^e, Yamile Zabana^{a,b}, Ana Gutiérrez^{b,f} y Manuel Barreiro-de Acosta^g, en representación de GETECCU

- Únicos fármacos con evidencia para las estenosis → **AntiTNF**
- **No hay evidencia a favor de otras dianas** terapéuticas como los IS, vedolizumab ni otros biológicos.

Tabla 1 Estudios clínicos que han evaluado el tratamiento con anti-TNF en las estenosis de la EC

Autor	Tipo de estudio	n	Tipo de anti-TNF	Respuesta
Pallota ¹⁷	Prospectivo	15	Infliximab	Tras una media de 38 meses: 53% regresión completa de la estenosis
Pelletier ¹⁸	Retrospectivo	18	Infliximab	Semana 8: Respuesta completa en 55%/ Respuesta parcial en 39%
Alloca ²¹	Retrospectivo	51	Infliximab (37,2%) y adalimumab (62,8%)	61% evita la cirugía tras una media de seguimiento de 15,7 meses
Campos ²⁰	Retrospectivo	84 (41 con anti-TNF)	19 Infliximab 22 (Infliximab en comboterapia)	Semana 12: 29% Anti-TNF monoterapia 35% Anti-TNF combo terapia (Respuesta a corto plazo definida como mejoría de los síntomas obstructivos entre la semana 12 y 24)
Rodríguez-Lago ²²	Retrospectivo	262	Infliximab (54%) Adalimumab (46%)	Semana 24: 87% Semana 52: 73% 40 meses: 26% (No esteroides, no nuevos biológicos ni inmunosupresores, no cirugía ni dilatación endoscópica)
Bouhnik ²³	Prospectivo	94	Adalimumab	Semana 24: 64% éxito (No esteroides, no cirugía ni dilatación endoscópica)


Anti-TNF: anticuerpos anti factor de necrosis tumoral.

Tabla 1 Estudios clínicos que han evaluado el tratamiento con anti-TNF en las estenosis de la EC

Autor	Tipo de estudio	n	Tipo de anti-TNF	Respuesta
Pallota ¹⁷	Prospectivo	15	Infliximab	Tras una media de 38 meses: 53% regresión completa de la estenosis
Pelletier ¹⁸	Retrospectivo	18	Infliximab	Semana 8: Respuesta completa en 55%/ Respuesta parcial en 39%
Alloca ²¹	Retrospectivo	51	Infliximab (37,2%) y adalimumab (62,8%)	61% evita la cirugía tras una media de seguimiento de 15,7 meses
Campos ²⁰	Retrospectivo	84 (41 con anti-TNF)	19 Infliximab 22 (Infliximab en comboterapia)	Semana 12: 29% Anti-TNF monoterapia 35% Anti-TNF combo terapia (Respuesta a corto plazo definida como mejoría de los síntomas obstructivos entre la semana 12 y 24)
Rodríguez-Lago ²²	Retrospectivo	262	Infliximab (54%) Adalimumab (46%)	Semana 24: 87% Semana 52: 73% 40 meses: 26% (No esteroides, no nuevos biológicos ni inmunosupresores, no cirugía ni dilatación endoscópica)
Bouhnik ²³	Prospectivo	94	Adalimumab	Semana 24: 64% éxito (No esteroides, no cirugía ni dilatación endoscópica)

Anti-TNF: anticuerpos anti factor de necrosis tumoral.

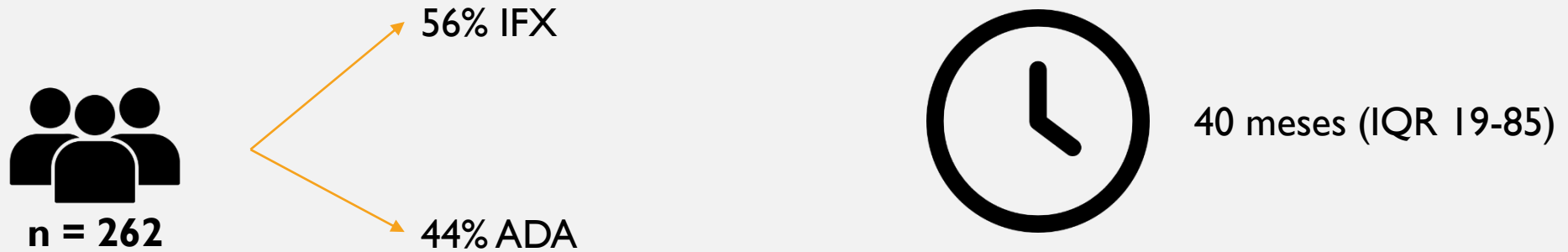
Early treatment with anti-tumor necrosis factor agents improves long-term effectiveness in symptomatic stricturing Crohn's disease

United European Gastroenterology
Journal
2020, Vol. 8(9) 1056-1066
© Author(s) 2020
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/2050640620947579
journals.sagepub.com/home/ueg


MÉTODOS

- Estudio **multicéntrico restrospectivo** 2001-2018
- Se incluyen pacientes con estenosis sintomáticas que **no han recibido biológicos**
- **No han recibido terapia endoscópica o quirúrgica**
- Reciben por **primera vez antiTNF** (ADA o IFX)
- **Efectividad:** libre de corticoides, otros biológicos/IS, ingreso o cirugía/endoscopia

RESULTADOS



Efectividad antiTNF → 26%	Necesidad de cirugía → 32%
A los 6 meses → 87%	A los 12 meses → 15%
A los 12 meses → 73%	A los 2 años → 21%
	A los 3 años → 25%

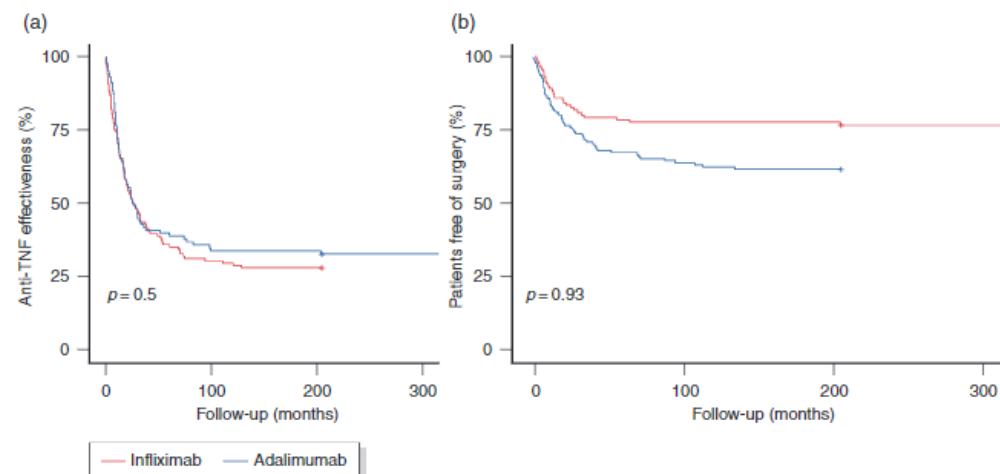
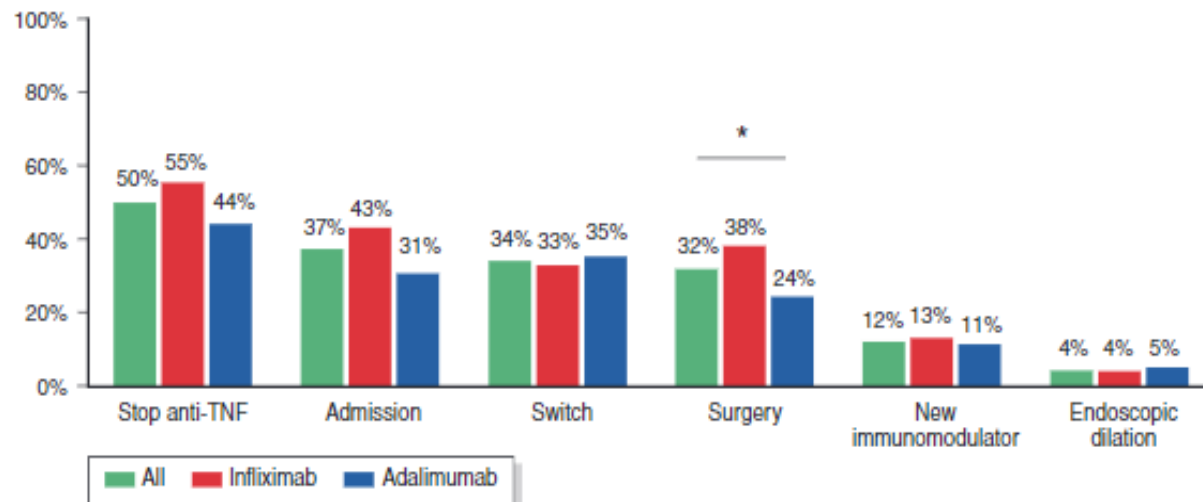


Figure 2. Kaplan-Meier estimates of the effectiveness of anti-TNF therapy (a) and surgery rates (b) during follow-up.

Table 4. Predictors of non-response to anti-TNF agents in stricturing Crohn's disease.

	Hazard ratio (95% confidence interval)	p-value
Age at diagnosis	0.99 (0.98–0.99)	0.01
Location at the descending colon	6.57 (1.39–33.33)	0.02
Albumin at baseline	0.48 (0.29–0.66)	0.004
Concomitant use of mesalamine	2.77 (1.17–6.57)	0.02
Lymphadenopathy	2.06 (1.31–3.22)	0.002

Adjusted for sex and type of anti-TNF agent.

C-index = 0.67 (s.e.: 0.03).

Tabla 1 Estudios clínicos que han evaluado el tratamiento con anti-TNF en las estenosis de la EC

Autor	Tipo de estudio	n	Tipo de anti-TNF	Respuesta
Pallota ¹⁷	Prospectivo	15	Infliximab	Tras una media de 38 meses: 53% regresión completa de la estenosis
Pelletier ¹⁸	Retrospectivo	18	Infliximab	Semana 8: Respuesta completa en 55%/ Respuesta parcial en 39%
Alloca ²¹	Retrospectivo	51	Infliximab (37,2%) y adalimumab (62,8%)	61% evita la cirugía tras una media de seguimiento de 15,7 meses
Campos ²⁰	Retrospectivo	84 (41 con anti-TNF)	19 Infliximab 22 (Infliximab en comboterapia)	Semana 12: 29% Anti-TNF monoterapia 35% Anti-TNF combo terapia (Respuesta a corto plazo definida como mejoría de los síntomas obstructivos entre la semana 12 y 24)
Rodríguez-Lago ²²	Retrospectivo	262	Infliximab (54%) Adalimumab (46%)	Semana 24: 87% Semana 52: 73% 40 meses: 26% (No esteroides, no nuevos biológicos ni inmunosupresores, no cirugía ni dilatación endoscópica)
Bouhnik ²³	Prospectivo	94	Adalimumab	Semana 24: 64% éxito (No esteroides, no cirugía ni dilatación endoscópica)

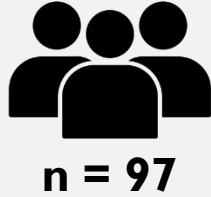
Anti-TNF: anticuerpos anti factor de necrosis tumoral.

Efficacy of adalimumab in patients with Crohn's disease and symptomatic small bowel stricture: a multicentre, prospective, observational cohort **(CREOLE)** study

MATERIALES Y MÉTODOS

- Estudio **multicéntrico, prospectivo, de cohortes**
- Pacientes con Crohn y estenosis de ID
- Se realiza una **RMN basal y se inicia ADA** (160, 80, 40)
- **Éxito a las 24s:** no inicio de corticoides ni otro biológico, no necesidad de terapia endoscópica ni quirúrgica
- Se identificaron **FdR asociados al éxito** usando regresión logística → **score pronóstico**
- Tras las 24 semanas se hizo un **seguimiento a largo plazo**

RESULTADOS



ÉXITO A LAS 24s → 64%

Factores asociados a la eficacia de antiTNF en el tto de una estenosis de ID en EC

Uso concomitante de inmunosupresores

Corta duración de síntomas obstructivos (<5sem)

Corta longitud de estenosis (<12cm)

Diámetro proximal a la estenosis < 29mm

Hipercaptación en fase tardía de T1 en RMN

Ausencia de enfermedad fistulizante

Puntuación CDOS > 4



% Success

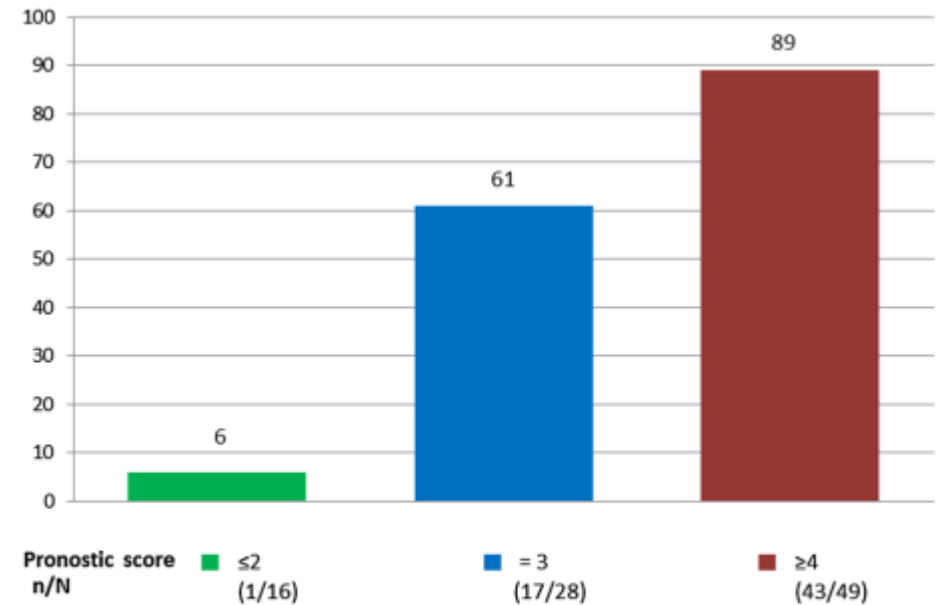


Figure 1 The observed probability of success at week 24 in 93* patients with Crohn's disease and symptomatic small bowel stricture(s) according to the clinicoradiological prognostic score. *93 of 97 patients had a delayed T1weighted sequences; +for details see table 3.

LARGO PLAZO

- Seguimiento a los 62 pacientes con éxito a las 24 semanas
- Mediana de 3,8 años
- **A los 4 años el 29% de la cohorte inicial mantenía respuesta clínica**

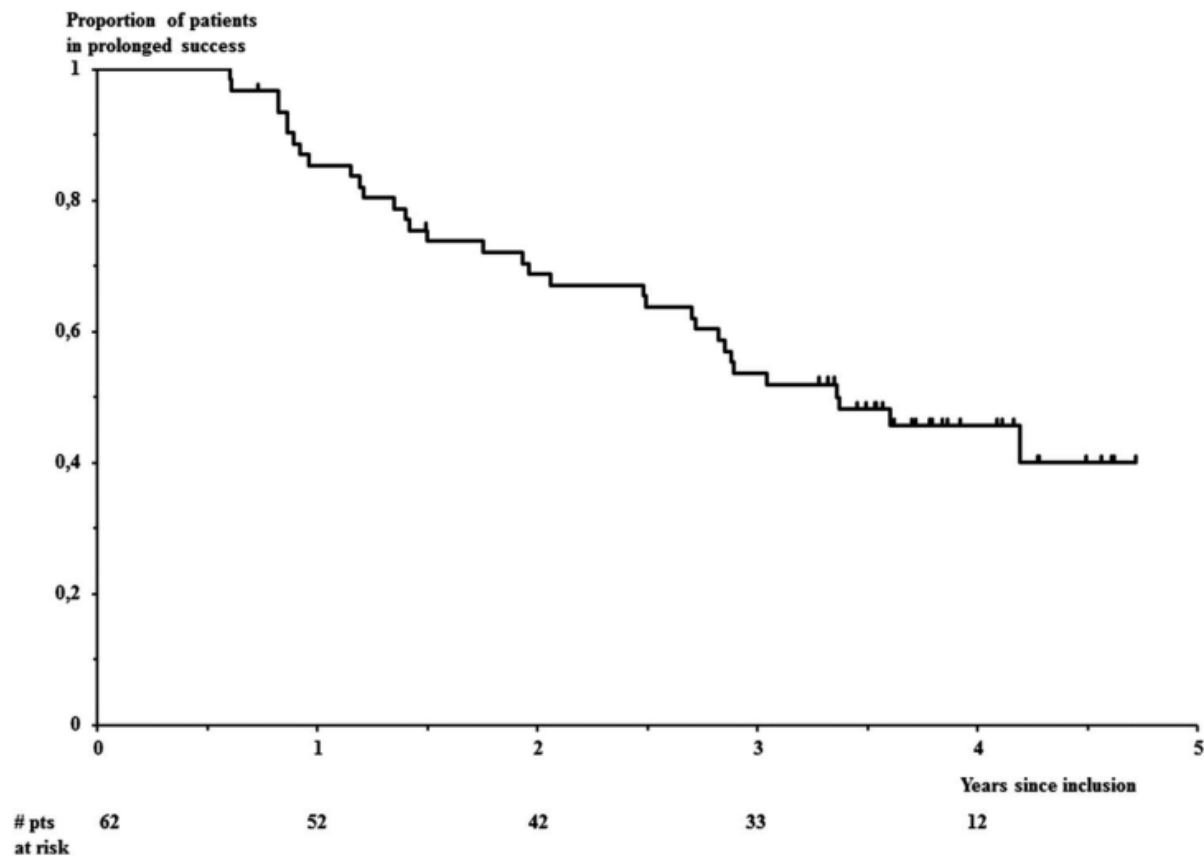


Figure 2 Time to failure in the 62 patients with Crohn's disease and symptomatic small bowel stricture(s) following the successful response to adalimumab at week 24 (33 observed failures, median \pm SE follow-up time 3.8 \pm 0.1 years).

¿Y EN PACIENTES CON RPQ CLÍNICA ESTABLECIDA?

Antitumor Necrosis Factor Agents to Treat Endoscopic Postoperative Recurrence of Crohn's Disease: A Nationwide Study With Propensity-Matched Score Analysis

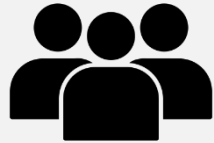
Fiorella Cañete^{1,2,3}, Míriam Mañosa^{1,2}, Isabel Pérez-Martínez⁴, Manuel Barreiro-de Acosta⁵, Ramiro C. González-Sueyro⁶, Pilar Nos^{2,7}, Eva Iglesias-Flores⁸, Ana Gutiérrez⁹, Luis Bujanda^{2,10}, Jordi Gordillo¹¹, Raquel Ríos León¹², María José Casanova^{2,13}, Albert Villoria^{2,3,14}, Iago Rodríguez-Lago^{15,16}, Pilar López Serrano¹⁷, Antonio García-Herola¹⁸, Patricia Ramírez-de la Piscina¹⁹, Mercè Navarro-Llavat²⁰, Carlos Taxonera^{21,22}, Jesús Barrio²³, Laura Ramos²⁴, Pablo Navarro²⁵, Olga Benítez-Leiva²⁶, Margalida Calafat^{1,3} and Eugeni Domènech, MD, PhD^{1,2}, on behalf of the INFLIRECU study

¿Y EN PACIENTES CON RPQ CLÍNICA ESTABLECIDA?

MATERIALES Y MÉTODOS

- Estudio **multicéntrico, retrospectivo, de cohortes**
- Pacientes con Crohn sometidos a resección ileal por estenosis → **RPQ endoscópica (\geq i2) → antiTNF**
- Criterios arbitrarios para identificar **subgrupo con RQP clínica al inicio (2 de 3)**
 - 1) Dolor abdominal de nueva aparición
 - 2) Pérdida de peso
 - 3) Aumento del ritmo deposicional en >2 deposiciones diarias

RESULTADOS



n = 39

(subgrupo RPQc)



51 meses (IQR 30-79)

59% remisión clínica al final del seguimiento, sin diferencias entre ADA e IFX

¿HABRÍA QUE OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO DE BASE?

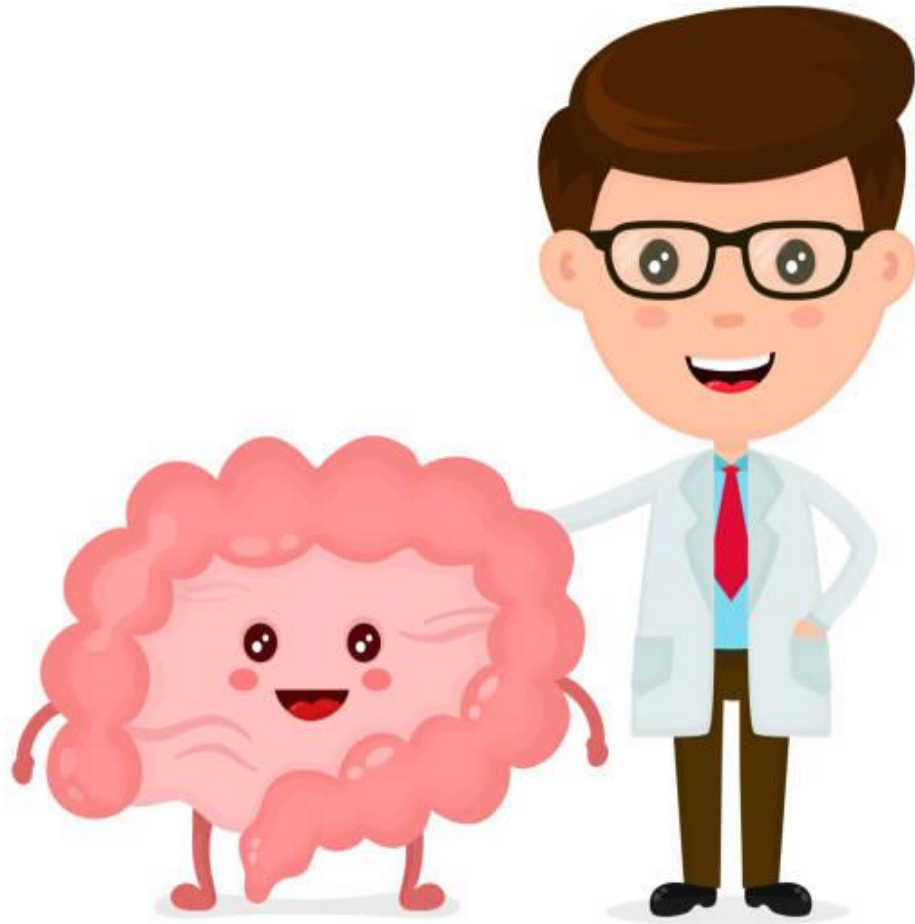
Inducción corticoidea → antiTNF +/- IS



INFLIXIMAB 5mg/kg 0, 2 y 6s

MENSAJES PARA LLEVAR A CASA

- Imprescindible un dx diferencial
- Tratamiento de la estenosis inflamatoria
 - Terapia de inducción → corticoides
 - Mantenimiento → antiTNF +/- **IS**
- Valoración conjunta y dinámica con Cirugía General y Nutrición
- Ecografía (en manos expertas), TC y RMN poseen similar precisión diagnóstica



¡GRACIAS!