

Enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica en atención primaria

RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN

COLABORADORES:

Dra. Mónica López

Dr. Ignacio Ros

Dra. Ruth García

Dra. Teresa Cenarro

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Consulta de Enfermedad Inflamatoria Intestinal pediátrica

Contacto: Dr. Ignacio Ros Arnal - Dra. Ruth García Romero

Tel.: 976 76 55 00 ext. 3031/3032 - 976 76 87 93

UNOS CONCEPTOS INICIALES...

- La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una enfermedad inmunológica, de curso crónico y no predecible que está aumentando su incidencia en las últimas décadas y con una presentación más precoz. En los últimos años presenta una incidencia en nuestra comunidad de 6-9 debuts pediátricos anuales.
- El retraso en el diagnóstico implica una menor respuesta al tratamiento y una evolución más tórpida, afectando al crecimiento y a la situación nutricional del niño.
- La EII incluye la enfermedad de Crohn (EC) (afectación transmural y parcheada de cualquier parte del tubo digestivo), la colitis ulcerosa (CU) (afectación mucosa del colon retrógrada y continua) y la EII indeterminada (En los casos en que es imposible diferenciar entre CU y EC) que se definen según criterios clínicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos.
- El diagnóstico de EII en la edad pediátrica puede resultar muy difícil por la falta de datos de laboratorio específicos y porque la clínica inicial puede confundirse con otras patologías como la gastroenteritis aguda.

CUÁNDO PENSAR EN UNA EII:

Cuando nos encontremos antes síntomas como:

- Dolor abdominal
- Rectorragia
- Diarrea (Diurna y nocturna)
- Tenesmo rectal
- Moco en heces
- Anemia
- Fisuras anales o fístulas digestivas
- Urgencia defecatoria
- Mala ganancia ponderal o retraso de crecimiento
- Manifestaciones extraintestinales y sistémicas (Fiebre, dolor articular, artritis, pérdida de peso, retraso de crecimiento, osteoporosis...)

¡NO ES NECESARIA LA PRESENCIA DE TODOS LOS SÍNTOMAS, PUEDEN PRESENTAR ÚNICAMENTE UNO DE ELLOS!

Situaciones sin diarrea/rectorragia también pueden ser EII, como por ejemplo:

Dolor abdominal recurrente + fallo de medro
Fisuras/fistula anal recidivante o absceso gluteo
Pérdida de peso + Depositiones dispépticas
Anemia crónica sin motivo aparente

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Se debe hacer con las enfermedades que cursen con similares síntomas y signos, al menos incluyendo dolor abdominal, diarrea o rectorragias.

- Síndrome intestino irritable.
- Poliposis.
- Hemorroides.
- Colitis infecciosas.
- Gastroenteritis eosinofílica.
- Colitis alérgica.
- Inmunodeficiencias o linfoma intestinal.
- Otras entidades: colitis asociada a divertículos o por fármacos, enfermedad celiaca, hipertiroidismo, Púrpura Schonlein- Henoch, Síndrome hemolítico urémico etc

EXPLORACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE CON EII:

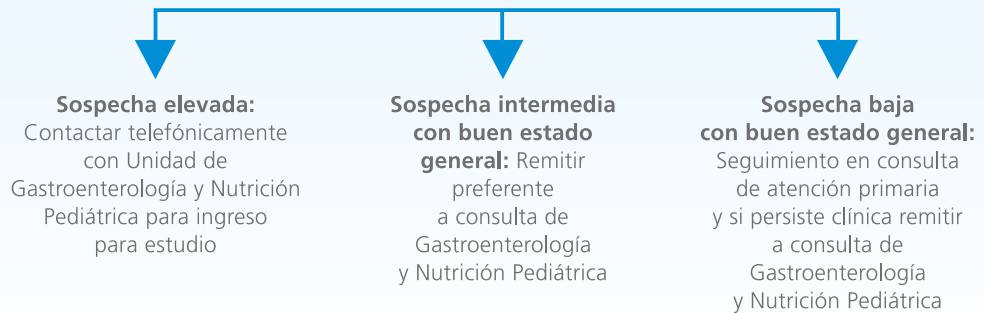
- Paciente de aspecto adelgazado con dolor abdominal difuso.
- En caso de rectorragia es importante realizar una exploración anal, así como valorar la coloración de la piel, ictericia, hemangiomas, púrpura, pigmentaciones...
- En enfermos con afectación leve y no extensa, la exploración puede ser anodina.
- Puede haber febrícula, pero la fiebre, el dolor intenso, los signos peritoneales, la taquicardia y la hipotensión suelen ser indicativos de enfermedad grave.
- En el examen abdominal deben buscarse dolor y localización del mismo, signos de irritación peritoneal y otros signos.
- Examen anal y perianal (descartar fisuras y fistulas anales, repliegues cutáneos perianales "skin tag"- típicos de Crohn ...)

QUÉ HACER SI SE SOSPECHA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Anamnesis detallada y exploración física



- Hemograma (anemia, leucocitosis, trombocitosis)
- Bioquímica (hipoalbuminemia, ferropenia..)
- Coagulación
- Reactantes de fase aguda (VSG; PCR, Ferritina..)
- Coprocultivo, parásitos en heces
- Sangre oculta en heces



TRATAMIENTO:

Tratamiento farmacológico:

- Aminosalicilatos oral o rectal
- Coticosteroides tópico, oral o intravenoso
- Inmunosupresores (Azatioprina, 6 Mercaptopurina, Tacrolimus,..)
- Terapias biológicas (Adalimumab, Infliximab)
- Antibióticos

Tratamiento no farmacológico:

- Soporte nutricional
- Nutrición enteral exclusiva
- Vitamina D y Calcio

PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SEGUIMIENTO:

Apoyo en formación e información en atención primaria:

- El pediatra de atención primaria debe ser capaz de identificar los efectos secundarios de los fármacos.
- El apoyo multidisciplinar favorecerá el futuro autocuidado del paciente.

Infecciones y enfermedad inflamatoria intestinal

- Los pacientes con EII tienen mayor riesgo de infecciones, por el tratamiento inmunosupresor e inmunomodulador. Pacientes sin brote y sin inmunosupresores/biológicos serán tratados según los protocolos habituales, con atención especial a un posible inicio de un brote.
- No olvidar la contraindicación de administrar vacunas de microorganismos vivos o atenuados a pacientes inmunodeprimidos. Habitualmente se revisa su estado vacunal previo a iniciar los tratamientos. Se recomienda vacunación de gripe en todos los pacientes con inmunosupresor o inmunomodulador

Tabaco y enfermedad inflamatoria intestinal

- Fumar aumenta el riesgo de cirugías, la necesidad del uso de fármacos inmunosupresores, la aparición de recidivas y recurrencias postquirúrgicas en la EC.
- Debemos insistir a nuestros pacientes con EC en la importancia de no iniciar el hábito tabáquico (En pacientes adolescentes) y si existiera insistir en su abandono.

Osteoporosis y enfermedad intestinal

- La prevalencia de osteoporosis en pacientes con EII es alta.
En los controles periódicos se realizarán densitometrías óseas a aquellos pacientes con riesgo elevado de fractura con el fin de instaurar medidas de prevención.
- El abandono de tabaco y el alcohol, realizar ejercicio físico, así como la ingesta adecuada de calcio y vitamina D son medidas efectivas para la prevención de fracturas, y desde atención especializada y atención primaria debe recordarse en las visitas del paciente.

Tumores y enfermedad inflamatoria:

- El uso de fármacos inmunosupresores o biológicos, se ha asociado a un aumento de la incidencia de ciertos tipos de tumores, si bien este efecto no está claramente establecido ni separado del propio riesgo asociado a la enfermedad.
- Tumores de piel no melanomas (Mayor riesgo de cáncer espinocelular) por lo que se debe recomendar uno de protección solar alta durante el tratamiento.
- Linfoma: Este riesgo es bajo y no debe limitar el uso de estos fármacos.

Nutrición en la EII

- Recientemente se está postulando el efecto de la dieta en la EII, con riesgo aumentado de brotes y peor evolución asociado a dietas fast-food, alimentos procesados y envasados. Se debe insistir desde atención primaria en la importancia de seguir una alimentación sana y equilibrada. También en la importancia de la ingesta de alimentos ricos en vitamina D y calcio, dado el riesgo aumentado de osteoporosis, sobre todo en la EC.

POSIBLES PROBLEMAS A SOLUCIONAR:

PROBLEMA	POSIBLE CAUSA	SOLUCIÓN	OBSERVACIONES
Dolor abdominal	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio de brote • Pancreatitis (Azatioprina) • Causas habituales 	<ul style="list-style-type: none"> • Si toma azatioprina valorar amilasa y lipasa. • Observar otros signos de brote, si persiste control analítico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si EF concuerda con pancreatitis derivar a urgencias. • Si se sospecha brote agudo poner al paciente en contacto con Unidad de Gastroenterología pediátrica.
Fiebre	<ul style="list-style-type: none"> • Lo más común son infecciones habituales. • Posible inicio de brote si se acompañan de sintomatología digestiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir protocolos habituales. • Si lleva tratamiento inmunosupresor, profilaxis de infecciones graves 	<ul style="list-style-type: none"> • En la práctica clínica no se observa un incremento sustancial de las infecciones
Diarrea	<ul style="list-style-type: none"> • Gastroenteritis aguda • Inicio de brote 	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre recoger Coprocultivo. • Si persiste más de 3-5 días o se acompaña de más síntomas, control analítico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si se sospecha brote agudo poner al paciente en contacto con Unidad de Gastroenterología pediátrica.
Cefaleas Nauseas Vómitos	<ul style="list-style-type: none"> • Reacciones adversas a los fármacos. • Hipertensión arterial 2ª a fármacos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inicialmente tratar como paciente normal. • Siempre tomar TA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si son persistentes y descartadas otras causas comunicar al especialista para valorar cambio de tratamiento.
Reacciones alérgicas	<ul style="list-style-type: none"> • Reacción alérgica a fármacos 	<ul style="list-style-type: none"> • Se trataran de forma aguda como cualquier reacción alérgica/ anafilaxia. • Se suspenderá el fármaco causante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se pondrá en conocimiento del médico especialista de inmediato y valorar cambio de tratamiento.
Rectorragia	<ul style="list-style-type: none"> • Probable inicio de brote • Gastroenteritis 	<ul style="list-style-type: none"> • Recoger coprocultivo (con toxina C. Difficile) 	<ul style="list-style-type: none"> • Contactar con Unidad de Gastroenterología