

Actualización en
**Gastroenterología
Pediátrica**



20:30 HORAS

25 de junio de 2014

**Manejo de la Enfermedad
Inflamatoria Intestinal
Pediátrica: desde
Atención Primaria
al Hospital.**

DR. LUIS ORTIGOSA CASTILLO

Servicio Pediatría. Hospital Univ.
Nuestra Sra. de Candelaria.



¿ De qué vamos a hablar? - I

- ✓ Una asignatura pendiente: La Ellp desde el Hospital hasta la Atención Primaria: un viaje de ida y vuelta
- ✓ ¿Puede tener interés el conocimiento de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal Pediátrica (Ellp) para el pediatra de Atención Primaria?
- ✓ ¿Tiene el pediatra de Atención Primaria algún papel que jugar en el diagnóstico y seguimiento de la Ellp?

¿ De qué vamos a hablar? - II

- ✓ ¿Qué es la Enfermedad Inflamatoria Intestinal Pediátrica (EIIp)?
- ✓ Incidencia de la EIIp en España
- ✓ ¿Cómo se diagnostica la EIIp en la actualidad? Los Criterios de Oporto
- ✓ Manejo de la EII en niños y adolescentes. Algunos comentarios sobre el manejo clínico, diagnóstico y terapéutico.

¿ De qué vamos a hablar? - III

- ✓ ¿Está aumentando la incidencia de EEIp en nuestro medio?
- ✓ Datos epidemiológicos. Resultados del Estudio Español del Grupo de EI de la SEGHN.
- ✓ La EEIp en la provincia de Santa Cruz de Tenerife

¿ De qué vamos a hablar?

- ✓ ¿Qué es la Enfermedad Inflamatoria Intestinal Pediátrica (EIIp)?
- ✓ ¿Cómo se diagnostica la EIIp en la actualidad? Los Criterios de Oporto
- ✓ Manejo de la EII en niños y adolescentes. Algunos comentarios sobre el diagnóstico y tratamiento

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Introducción

Bajo el término de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) se engloban dos enfermedades crónicas de causa desconocida :

- la **colitis ulcerosa** (CU)
- la **enfermedad de Crohn** (EC),
y un tercer grupo, denominado
- **colitis indeterminada**, o enfermedad inflamatoria intestinal no clasificada (EIInc), donde se incluyen algunos procesos con manifestaciones clínicas comunes a ambas.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Introducción

- El denominador común de estas enfermedades es la presencia de **INFLAMACIÓN CRÓNICA** a nivel intestinal, que puede acompañarse de manifestaciones extradigestivas
- Tener una evolución crónica, alternándose fases de latencia con períodos de actividad
- La experiencia clínica acumulada a lo largo de las dos últimas décadas parece indicar que estos dos trastornos son diferentes entre sí, con dudas y preguntas sobre si realmente son enfermedades distintas, o partes de un mismo proceso, con implicaciones en el concepto y en el manejo práctico de las mismas

Conceptos

- ☐ **Enfermedad de Crohn**
- ☐ **Colitis Ulcerosa**

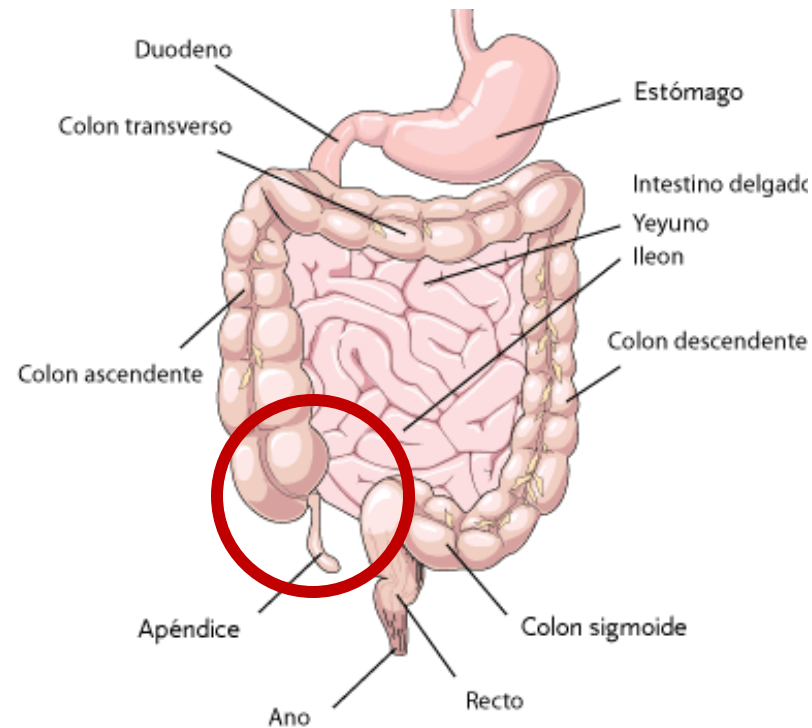
ENFERMEDAD DE CROHN

- ❑ **Inflamación crónica, transmural (afectando a todas las capas del intestino) y segmentaria, pudiendo afectar a uno o varios segmentos del tracto digestivo, a diferencia de la Colitis Ulcerosa.**
- ❑ **Afectación predominante en íleon terminal, colon y región perianal, siendo los tramos entre zonas afectadas histológicamente normales.**

Enfermedad de Crohn

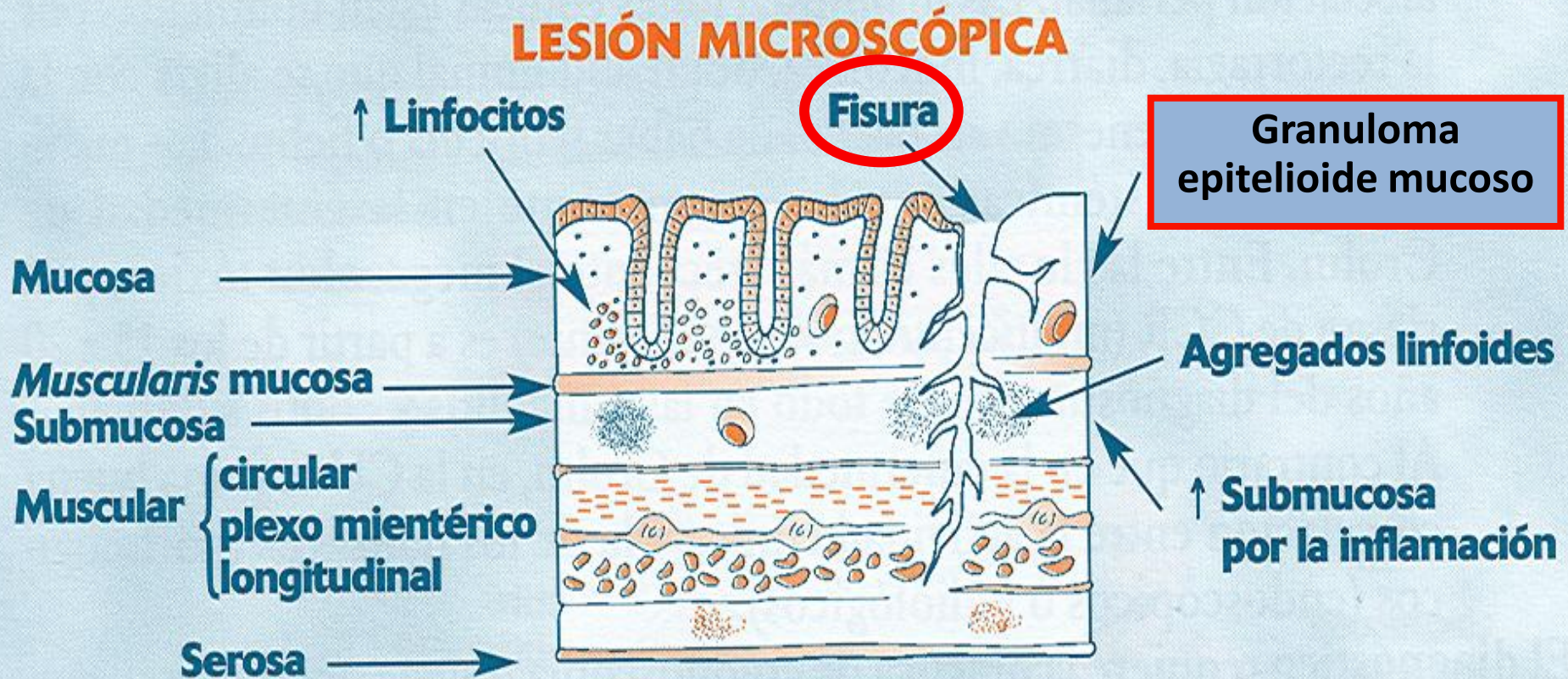
(Extensión de la enfermedad)

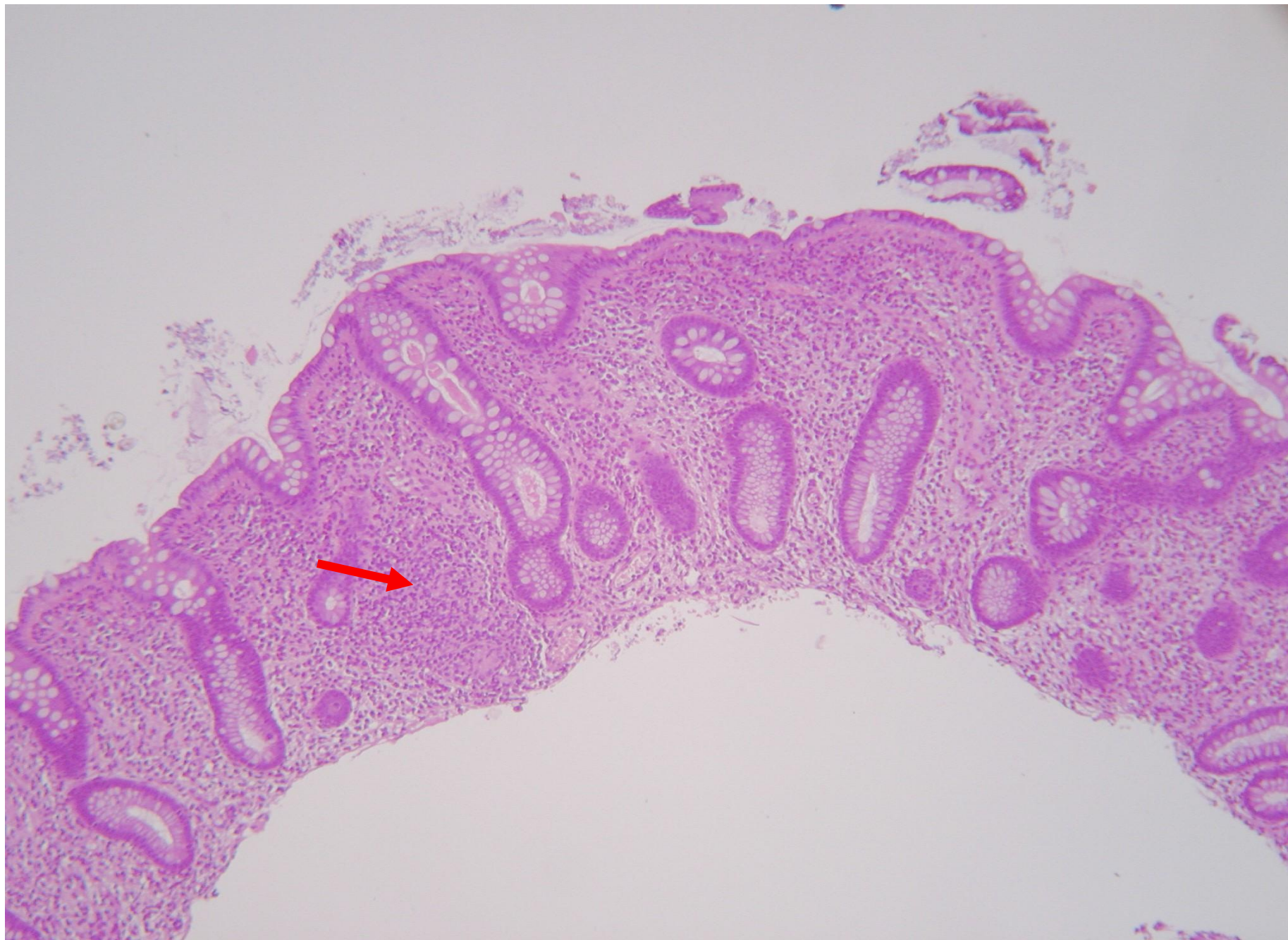
- ✓ Oral/ Esofagogastroduod.
- ✓ Yeyunal pura
- ✓ Enteritis: difusa o focal.
- ✓ **Ileal**
- ✓ **Ileocólica**
- ✓ **Cólica**
- ✓ Enfermedad perianal

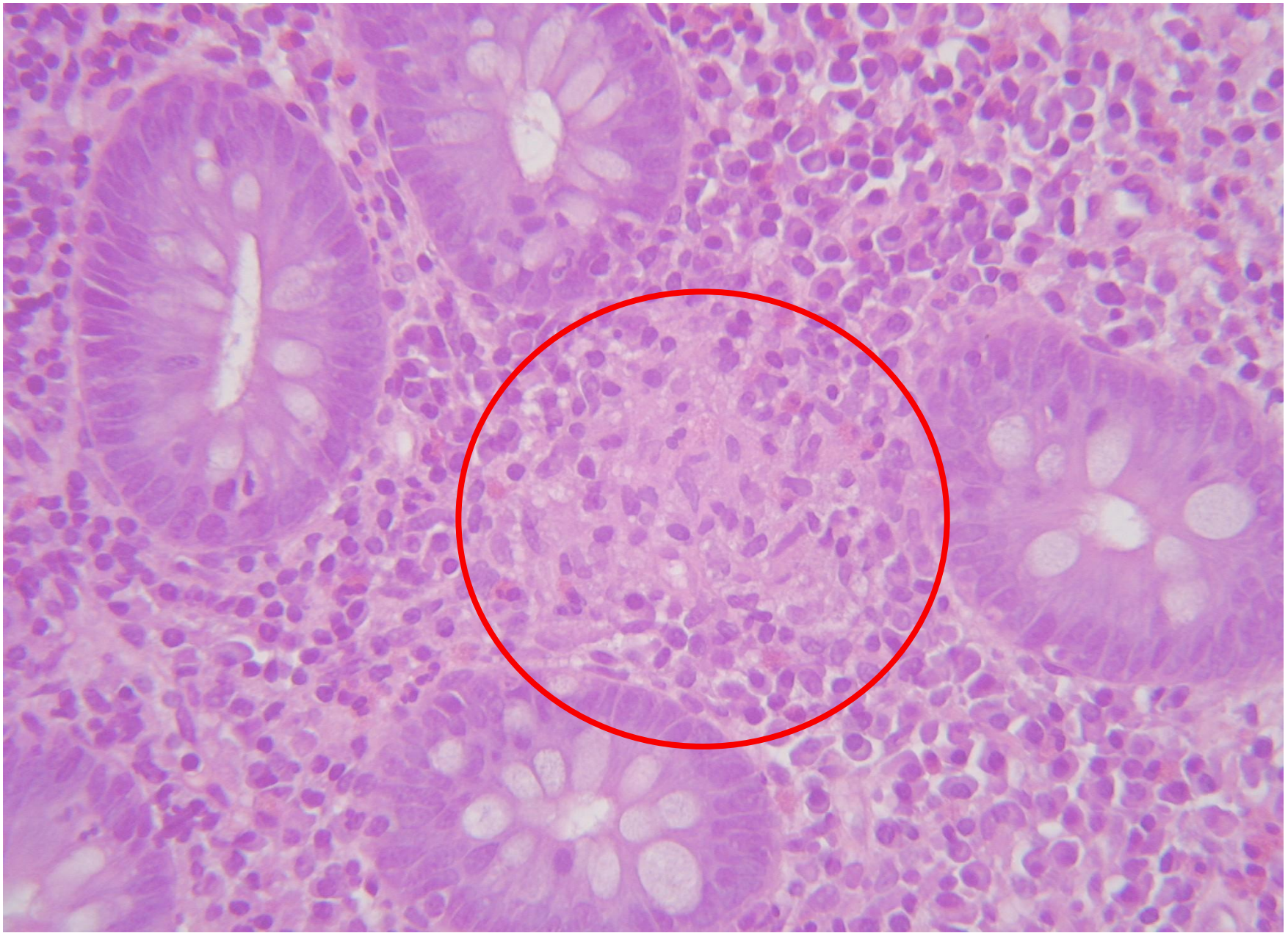


Enfermedad de Crohn

características endoscópicas y microscópicas







GRANULOMA EPITELIOIDE MUCOSO.

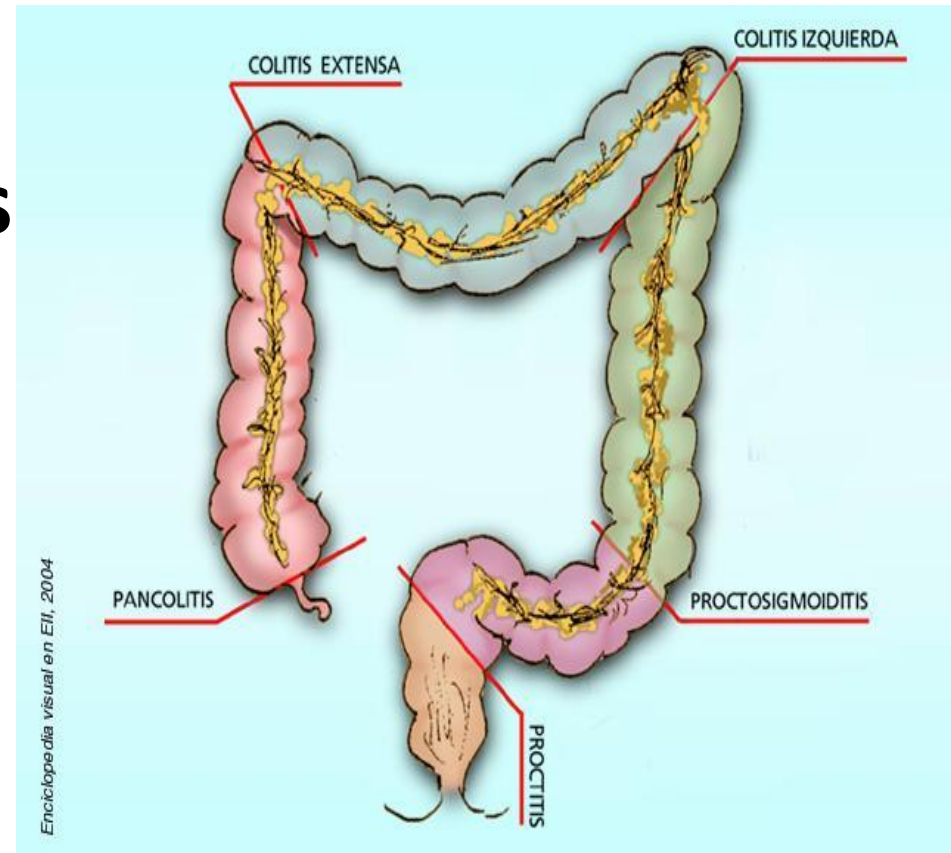
COLITIS ULCEROSA

- ☐ Inflamación difusa del colon que afecta al recto (muy excepcionalmente el recto queda exento) y se extiende de manera proximal y continua.
- ☐ La extensión de la afectación del colon es variable.

COLITIS ULCEROSA

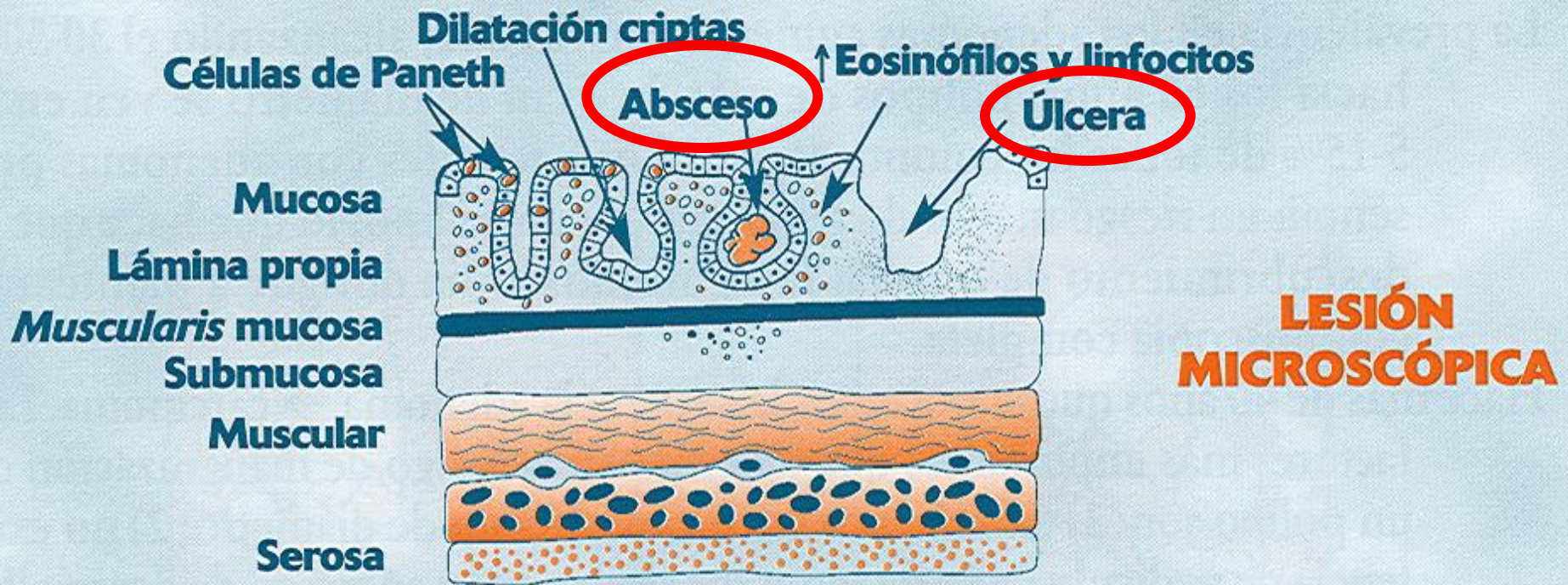
(Extensión de la enfermedad)

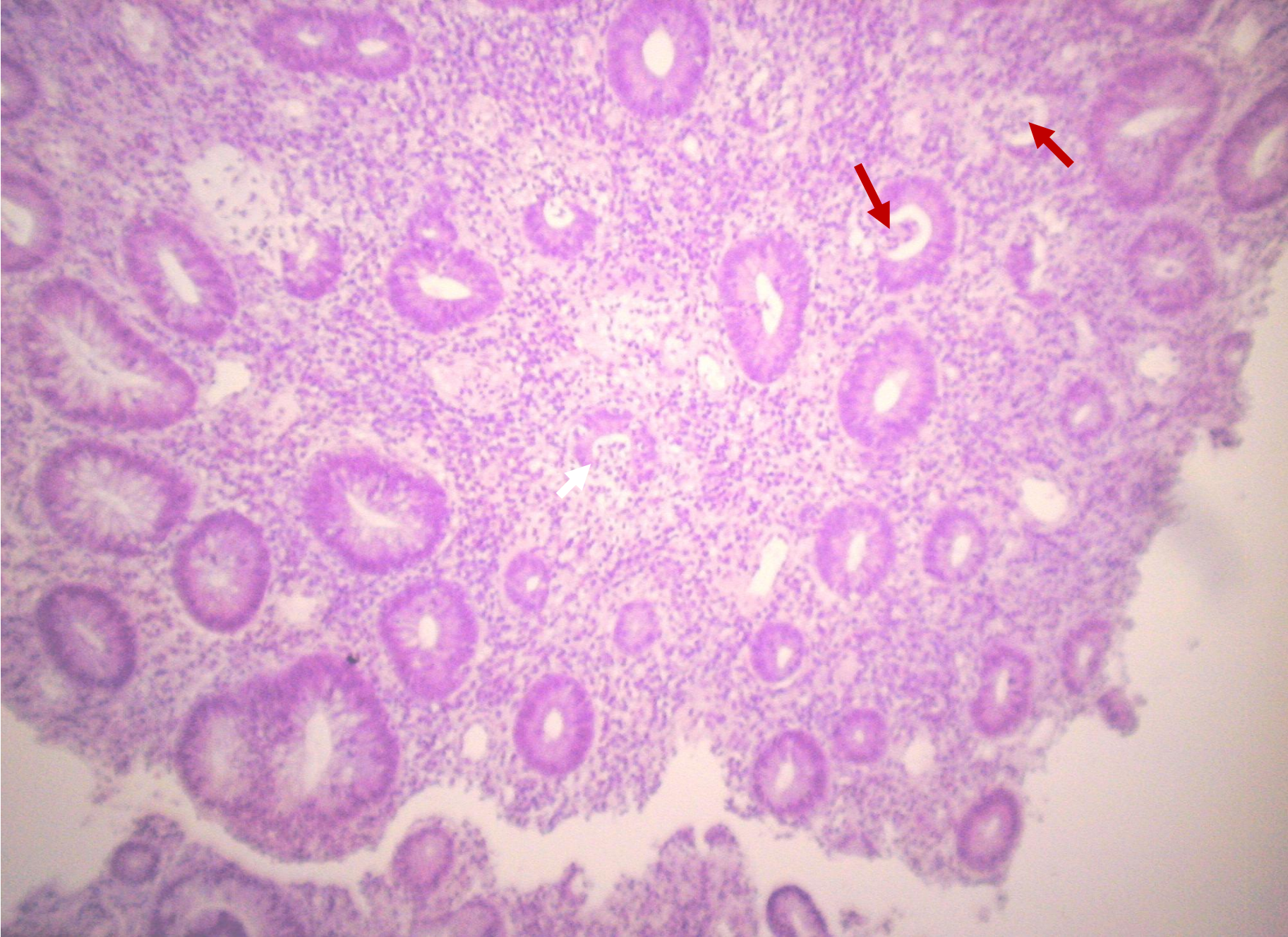
- ✓ Proctitis
- ✓ Proctosigmoiditis
- ✓ Colitis izquierda
- ✓ Colitis extensa
- ✓ Pancolitis

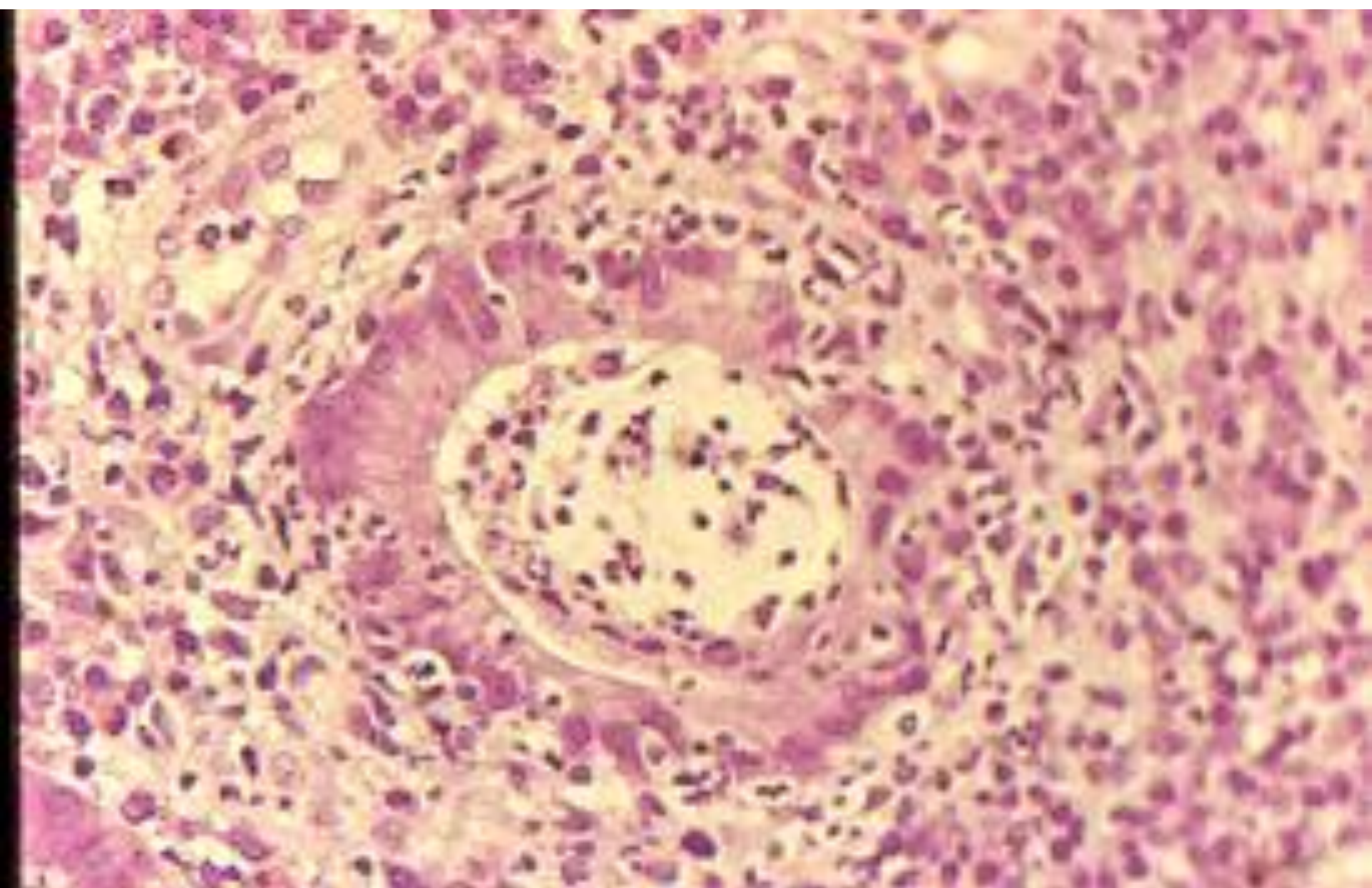


Colitis Ulcerosa

características endoscópicas y microscópicas



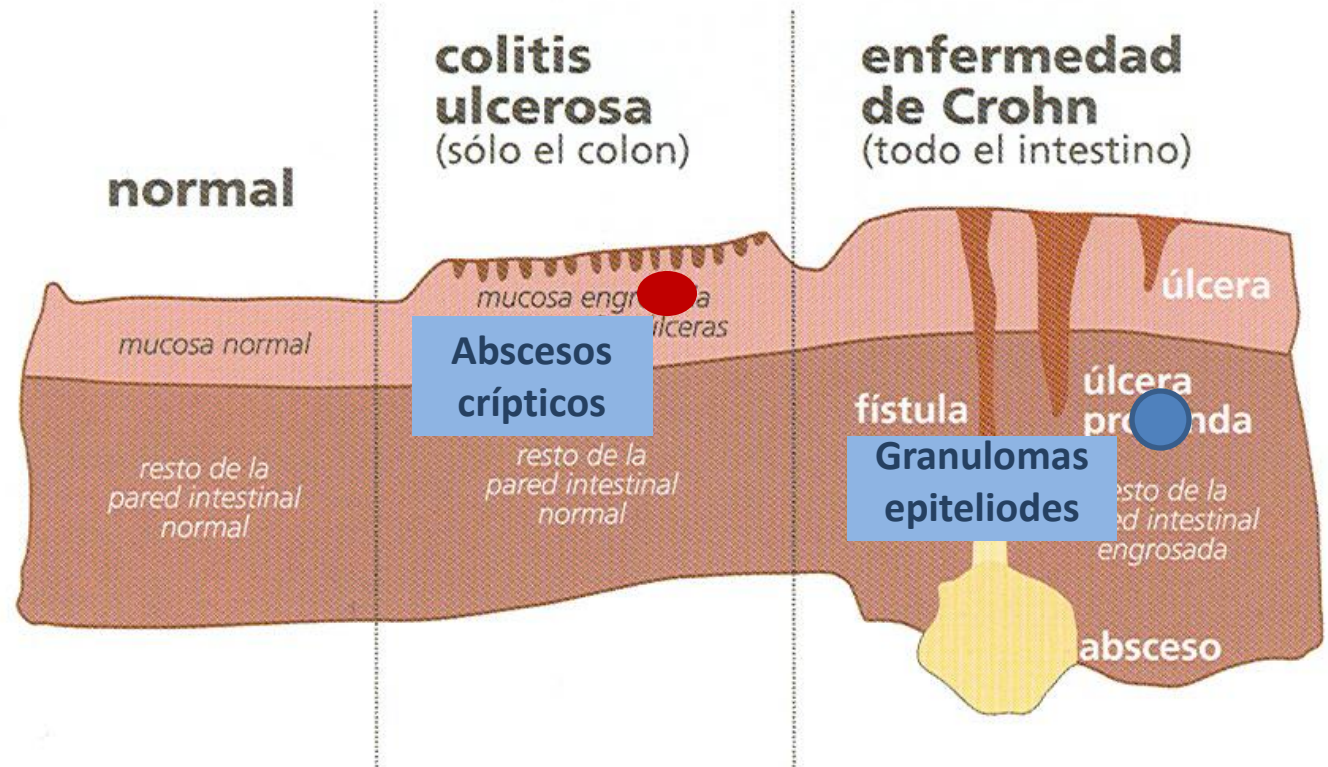




Colitis Ulcerosa y Enf de Crohn

Resumen características endoscópicas y microscópicas

Diferencias entre la Enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa



¿ De qué vamos a hablar?

- ✓ ¿Qué es la Enfermedad Inflamatoria Intestinal Pediátrica (EIIp)?
- ✓ ¿Cómo se diagnostica la EIIp en la actualidad? Los Criterios de Oporto
- ✓ Manejo de la EII en niños y adolescentes. Algunos comentarios sobre el diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en niños y adolescentes.

Los Criterios de Oporto

Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition
41:1-7 © July 2005 Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia

Medical Position Paper

Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents: Recommendations for Diagnosis—The Porto Criteria

IBD Working Group of the European Society for Paediatric Gastroenterology,
Hepatology and Nutrition (ESPGHAN)

ABSTRACT

Ulcerative colitis and Crohn disease may present before the age of 20 years in 25% to 30% of all patients with inflammatory bowel disease. Reported incidence figures vary considerably depending on the collection of data. Multicenter, multinational collaboration is needed when studying pediatric inflammatory bowel disease. The essential first step is uniformity in the work-up and criteria used for diagnosis. The Porto diagnostic criteria presented here provide the tool that is needed. These criteria are the result of consensus reached by the ESPGHAN inflammatory bowel disease working group. Diagnosis of Crohn disease, ulcerative colitis and indeterminate colitis is based on clinical

signs and symptoms, endoscopy and histology and radiology. Every child suspected of inflammatory bowel disease should undergo a complete diagnostic program consisting of colonoscopy with ileal intubation, upper gastrointestinal endoscopy and (in all cases except in definite ulcerative colitis) radiologic contrast imaging of the small bowel. Multiple biopsies from all segments of the gastrointestinal tract are needed for a complete histologic evaluation. A diagnosis of indeterminate colitis cannot be made unless a full diagnostic program has been performed. **JPGN 41:1-7, 2005. Key Words:** IBD—Pediatric—Children—Consensus—Diagnosis—Criteria. © 2005 Lippincott Williams & Wilkins

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Manejo Diagnóstico

- 1.- CRITERIOS CLÍNICOS y ANALÍTICOS
- 2.- CRITERIOS ENDOSCÓPICOS
- 3.- CRITERIOS RADIOLÓGICOS
- 4.- CRITERIOS HISTOLÓGICOS

El diagnóstico de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en niños y adolescentes.

Los Criterios de Oporto

Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition
41:1-7 © July 2005 Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia

Medical Position Paper

Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents:
Recommendations for Diagnosis—The Porto Criteria

IBD Working Group of the European Society for Paediatric Gastroenterology,
Hepatology and Nutrition (ESPGHAN)

THE PORTO CRITERIA

3

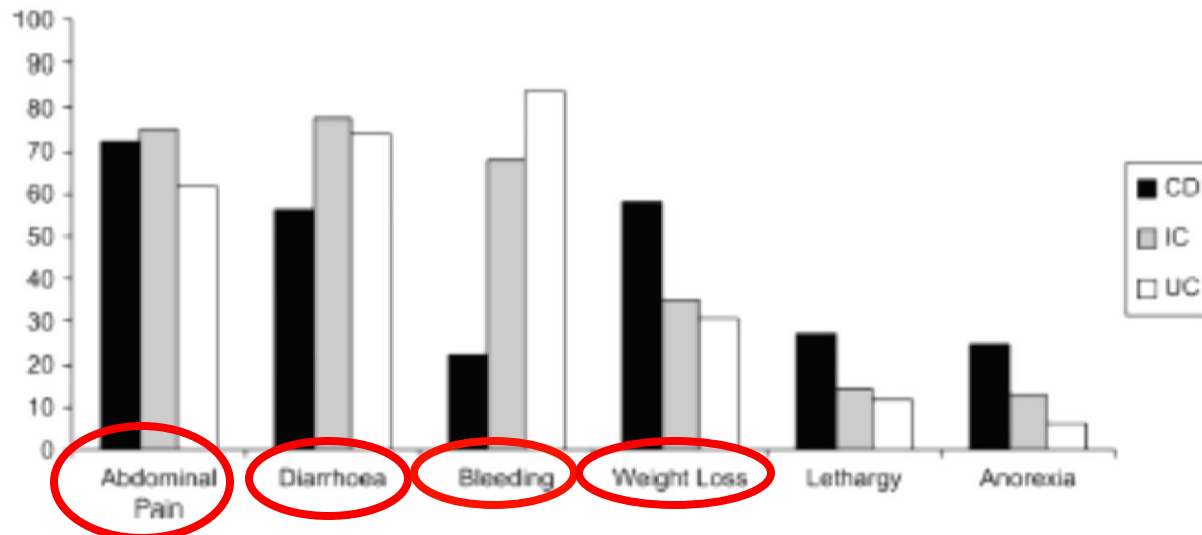


FIG. 1. Presence of symptoms at diagnosis in 623 children with inflammatory bowel disease. Adapted from Sawczenko et al. (20) with permission.

ENFERMEDAD DE CROHN

Criterios clínicos

- Dolor abdominal
- Diarrea
- Pérdida de peso / Anemia
- Masa abdominal
- Fiebre / febrícula
- Enfermedad perianal / Fístulas
- Manifestaciones extraintestinales
- Retraso de la maduración puberal
- Retraso Crecimiento pondero-estatural *

COLITIS ULCEROSA

Criterios Clínicos

- ✓ **Diarrea / Rectorragias / Anemia**
- ✓ **Dolor abdominal**
- ✓ **Anorexia / Fiebre / Pérdida peso**
- ✓ **Manifestaciones extraintestinales**
- ✓ **Megacolon tóxico****

PRINCIPALES DIFERENCIAS EN EL DIAGNÓSTICO INICIAL DE COLITIS ULCEROSA Y ENFERMEDAD DE CROHN Y OTRAS ENFERMEDADES

Signos y síntomas principales

- Dolor en Fosa Ilíaca Derecha, con o sin masa palpable
- Dolor epigástrico o periumbulical
- Sangrado rectal, sin diarrea
- Diarrea sanguinolenta
- Diarrea acuosa
- Enfermedad perianal
- Retraso del Crecimiento
- Anorexia, Retraso ponderal
- Artritis
- Hepatopatía

Otras posibilidades diagnósticas

- Apendicitis, infección (*campylobacter*, *yersinia*,...), linfoma intestinal, invaginación, divertículo de Meckel, adenitis mesentérica, quiste de ovario,...
- Enfermedad péptica, estreñimiento, colon irritable,...
- Fisura rectal, pólipo intestinal, divertículo de Meckel,...
- Diarrea infecciosa (*salmonella*,...), púrpura de Schölein-Henoch, síndrome hemolítico-urémico, Colitis postirradiación,...
- Colon irritable, intolerancia alimenticia, diarrea aguda infecciosa, giardiasis,...
- Grietas, fisuras, hemorroides, infección perianal estreptocócica, condilomas,...
- Endocrinopatía, Enfermedad Celíaca,...
- Anorexia nerviosa, Enfermedad Celíaca,...
- Colagenosis, artritis infecciosa,...
- Hepatitis Crónica (infecciosa, metabólica,....)

MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES DE LAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS

Cardiovascular

- Pericarditis
- Miocarditis
- Endocarditis
- Cardiomiopatía

Dermatológicas

- Eritema Nodoso
- Pioderma gangrenoso
- Estomatitis aftosa
- Enfermedad Perianal

Genito urinarias

- Nefrolitiasis
- Uropatía Obstructiva
- Fístulas (enterovesicales)
- Infección tracto urinario
- Amiloidosis

Hematológicas

- Anemia Ferropénica
- Anemia Hemolítica Autoinmune
- Leucopenia/Leucocitosis
- Trombopenia/Trombocitosis

Hepatobiliares

- Colangitis Esclerosante Primaria
- Colelitiasis
- Hepatitis Autoinmune
- Pericolangitis
- Cirrosis
- Hepatitis granulomatosa
- Esteatosis Hepática
- Absceso hepático
- Trombosis de la vena porta
- Colangiocarcinoma

Neurológicas

- Neuropatía
- Miopatía

Oftalmológicas

- Episcleritis
- Uveítis/Iritis
- Úlceras corneales
- Blefaritis
- Neuritis retrobulbar
- Retinopatía vascular

Pancreáticas

- Pancreatitis aguda
- Pancreatitis crónica

Pulmonares

- Alveolitis Fibrosante
- Vasculitis Pulmonar
- Bronquiectasias
- Neumonía Granulomatosa

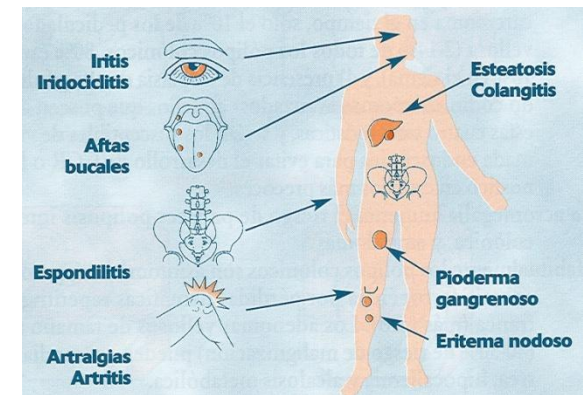
Trastornos Metabolismo Óseo

- Osteopenia
- Osteoporosis
- Osteomalacia
- Osteonecrosis

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESITAL

Manifestaciones extradigestivas

- ✓ **Mucocutáneas**
- ✓ **Oculares**
- ✓ **Osteoarticulares**
- ✓ **Hepatobiliares y pancreáticas**
- ✓ **Otras**



ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTestinal

Manifestaciones extradigestivas (I)

1. *Mucocutáneas*

- ✓ Eritema nodoso
- ✓ Pioderma gangrenoso
- ✓ Estomatitis recidivante

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTestinal

Manifestaciones extradigestivas (II)

2. *Oculares*

- **Episcleritis y escleritis**
- **Uveítis**
- **Conjuntivitis**

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Manifestaciones extradigestivas (III)

3. Osteoarticulares

- **Artritis colíticas o periféricas**
- **Artritis centrales: Sacroileítis/espondilitis**
- **Osteopatía hipertrófica:**
 - **Acropaquias**
 - **Sinovitis**
 - **Perióstosis dolorosas**

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Manifestaciones extradigestivas (IV)

4. Hepatobiliares y pancreáticas

- **Esteatosis**
- **Colangitis esclerosante/pericolangitis**
- **Hepatitis Crónica**
- **Pancreatitis Crónica**

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESITAL

Manifestaciones extradigestivas (V)

5. Otras Manifestaciones

✓ **Hematológicas y vasculares:**

- Anemia hemolítica
- Arteritis de grandes vasos
- Trombosis de venas profundas

✓ **Pulmonares**

- Bronquiectasias
- Alveolitis Fibrosante
- Derrame pleural

✓ **Cardíacas**

- Pericarditis
- Trastornos de conducción

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESITAL

Manifestaciones extradigestivas (V)

5. *Otras Manifestaciones (cont.)*

- ✓ Neurológicas:
 - *Polineuritis*
 - *Mononeuritis*
 - *Mielitis transversa*
- ✓ Tiroideas
 - *Hipertiroidismo*
- ✓ Nefrourológicas
 - *Nefrolitiasis*
 - *Uropatía Obstructiva*
 - *Enfermedad fistulizante*

¿ De qué vamos a hablar?

- ✓ ¿Qué es la Enfermedad Inflamatoria Intestinal Pediátrica (EIIp)?
- ✓ ¿Cómo se diagnostica la EIIp en la actualidad? Los Criterios de Oporto
- ✓ Manejo de la EII en niños y adolescentes. Algunos comentarios sobre el diagnóstico y tratamiento

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Manejo Diagnóstico

- 1.- CRITERIOS CLÍNICOS y ANALÍTICOS**
- 2.- CRITERIOS ENDOSCÓPICOS**
- 3.- CRITERIOS RADIOLÓGICOS**
- 4.- CRITERIOS HISTOLÓGICOS**

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESITAL (PARÁMETROS BIOQUÍMICOS Y NUTRICIONALES)

■ Parámetros serológicos

- * *VSG*
- * *Plaquetas*
- * *Orosomucoide*
- * *p-ANCA: se asocian en un 50-60% con CU.*
- * *ASCA: asociados con la EC.*
- * *Proteína C Reactiva*
- * *Alfa - 1 - antitripsina*
- * *Hemoglobina*
- * *Ferritina*

■ Calprotectina fecal: marcador de severidad y de extensión

■ Parámetros nutricionales

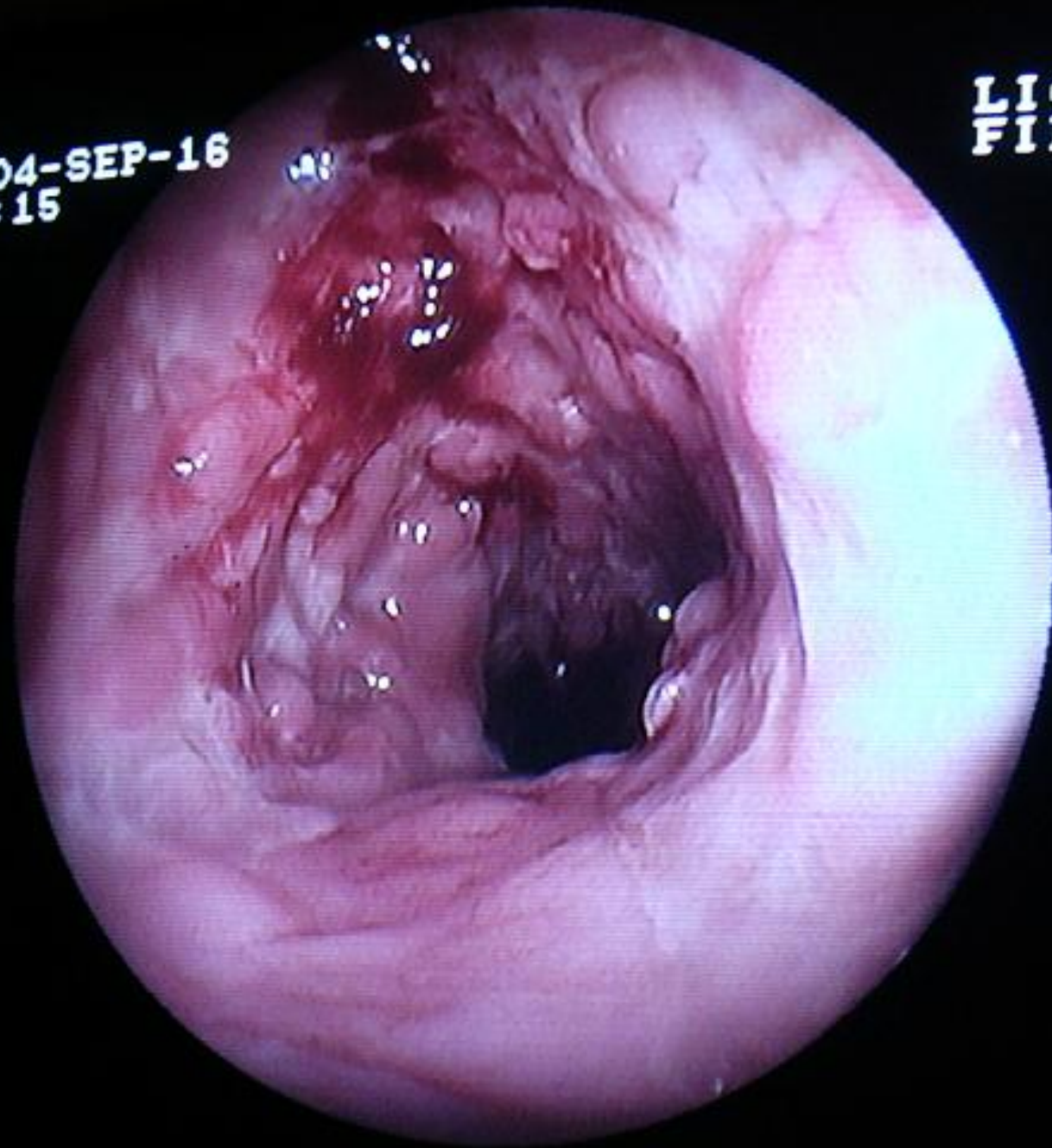
- * *Albúmina*
- * *Zinc*
- * *Vit A*
- * *Calcio*
- * *Hierro*
- * *Vit B₁₂*
- * *Magnesio*
- * *Cobre*
- * *Ac fólico*

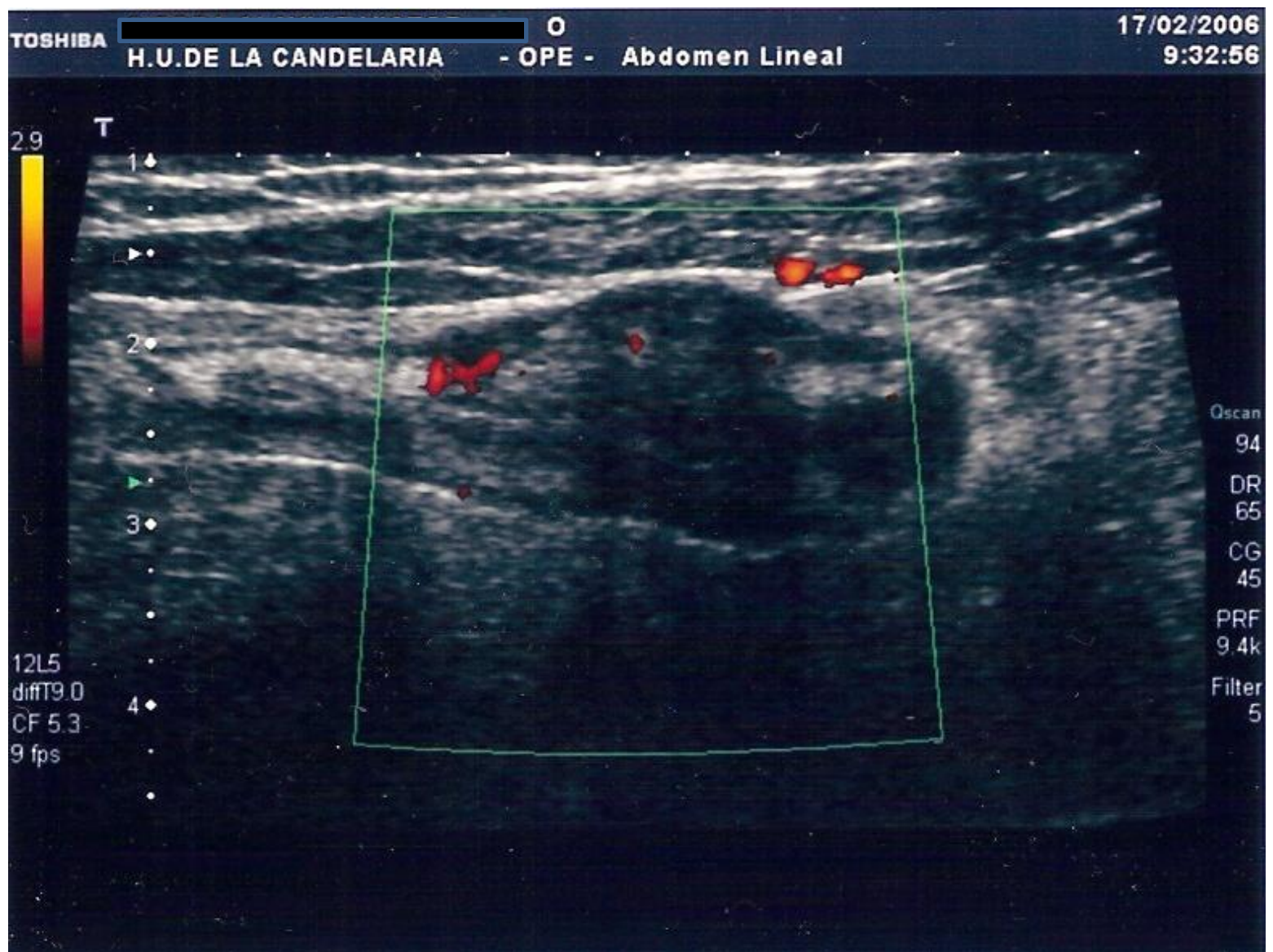


Unidad de Endoscopia Digestiva, HUNSC. 16 de Septiembre de 2004

2004-SEP-16
10:15

LIGHT-1
FILM 00
AVE





Enfermedad de Crohn: Ecografía power doppler color. Afectación transmural, segmentaria y con aumento de la vascularización local, en asa distal de ileon, a 6 cms. de válvula ileocecal

(Dr. A. Cavada. Sº Radiodiagnóstico.HUNSC)

MANEJO CLÍNICO DE LA EIIP

Índices de Actividad

- ✓ **Determinar la gravedad de los brotes de actividad de la enfermedad.**
- ✓ **Establecer el pronóstico de los pacientes.**
- ✓ **Evaluar el efecto de los distintos métodos terapéuticos utilizados para controlar el proceso inflamatorio.**

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

(Índices de actividad - II)

- ✓ **Índices de Actividad Clínicos**
- ✓ **Índices de Actividad Endoscópicos**
- ✓ **Índices de Actividad Histológicos**
- ✓ **Índices de Actividad Mixtos**

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

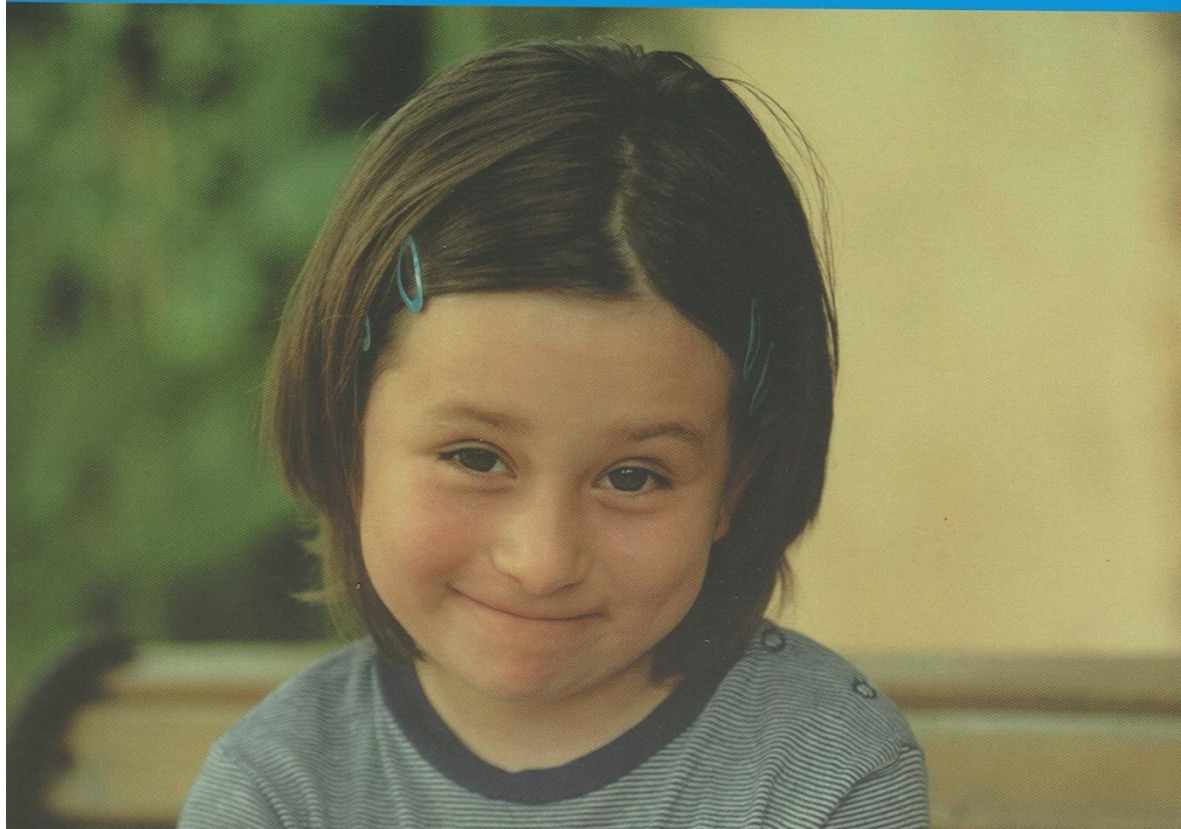
(Índices de actividad - III)

- ✓ Índice de actividad de Enfermedad de Crohn pediátrico (**PCDAI**)
- ✓ Índice de Actividad de Colitis Ulcerosa (**PUCAI**)

PCDAI

Índice de actividad de la enfermedad de Crohn en niños

Una herramienta para determinar la actividad de la enfermedad de Crohn



ENFERMEDAD DE CROHN. Índice de Actividad (PCDAI)

Hyams JS, Ferry GD, Mandel FS, Gryboski JD, Kibort PM, Kirschner BS et al.

Development and validation of a pediatric Crohn's disease activity index. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1991;12:439-447

❖ Historia Clínica

- Dolor Abdominal (0-5-10)
- Deposiciones (por día) (0-5-10)
- Estado general y capacidad funcional (0-5-10)

❖ Analítica

- VSG (0-2.5-5)
- Albúmina (0-5-10)
- Hematocrito (0-2.5-5)

❖ Exploración Física

- Peso (0-5-10)
- Abdomen (0-5-10)
- Talla (0-5-10)
- Enfermedad perirectal (0-5-10)
- Manifestaciones extraintestinales (0-5-10)

PCDAI > 30: Enfermedad moderada o grave PCDAI > 11 y < 30: Enfermedad leve

PCDAI < 10: Remisión clínica **PCDAI, puntuación total : 0 - 100**

ÍNDICE DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD DE CROHN EN NIÑOS (PCDAI)

Fecha: _____

Apellidos: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Talla (cm): _____ Peso (kg): _____

Para calcular el índice PCDAI, señale lo que corresponda en cada pregunta y sume al final los puntos para obtener el resultado.

HISTORIA CLÍNICA (recuerdo de 1 semana)

	Puntuación
Dolor abdominal	
Ninguno	0
Leve, de corta duración, no interfiere con la actividad normal	5
Intenso, de larga duración, afecta a la actividad normal, nocturno	10
Deposiciones (por día)	
0 - 1 deposiciones líquidas. Ausencia de sangre en heces	0
Hasta 2 deposiciones semi-blandas con sangre o 2 - 5 deposiciones líquidas	5
Sangrado abundante o ≥ 6 deposiciones líquidas o diarrea nocturna	10

Estado general y capacidad funcional

Bueno. Actividad no limitada	0
Regular. Dificultades ocasionales para mantener las actividades propias de la edad	5
Muy deficiente. Limitaciones frecuentes de las actividades	10

ANALÍTICA

Velocidad de sedimentación eritrocitaria (mm/h)				
< 20	0			
20 - 50	2,5			
> 50	5			
Albúmina (g/l)				
≥ 35	0			
31 - 34	5			
≤ 30	10			
Hematócrito (%)				
< 10 años	Varón de 11 a 14 años	Varón de 15 a 19 años	Mujer de 11 a 19 años	
≥ 33	≥ 35	≥ 37	≥ 34	0
28 - 32	30 - 34	32 - 36	29 - 33	2,5
< 28	< 30	< 32	< 29	5

EXPLORACIÓN

	Puntuación
Peso	
Aumento de peso, peso estable voluntario o adelgazamiento	0
Peso estable involuntario, adelgazamiento de 1 a 9 %	5
Adelgazamiento ≥ 10 %	10
Abdomen	
No se observan masas abdominales ni dolor con la palpación	0
Dolor con la palpación o masas abdominales sin dolor con la palpación	5
Dolor con la palpación, contractura abdominal o masa abdominal definida	10
Talla (completar sólo al diagnóstico)	
Disminución de menos de 1 escala*	0
Disminución de 1 a 2 escalas	5
Disminución de más de 2 escalas	10
* 1 escala = 2 percentiles (ej. de percentil 50 a percentil 10)	
Talla (completar sólo durante el seguimiento)	
Velocidad de crecimiento ≥ - 1 DE	0
Velocidad de crecimiento < - 1 DE o > - 2 DE	5
Velocidad de crecimiento ≥ - 2 DE	10
Enfermedad perirrectal	
No. Colgajos o papilomas cutáneos asintomáticos	0
1 - 2 fistulas indoloras, drenaje, sin dolor con la palpación	5
Fistulas activas, drenaje, dolor con la palpación o absceso	10
Manifestaciones extraintestinales (fiebre ≥38,5°C durante 3 días de la semana anterior, artritis confirmada, uveítis, eritema nudoso o pioderma gangrenoso)	
No	0
1	5
2 o más	10

PCDAI Puntuación total (0 a 100)

PCDAI > 30 → Enfermedad moderada o grave 11 < PCDAI ≤ 30 → Enfermedad leve PCDAI ≤ 10 → Remisión clínica

Bibliografía: Hyams JS, Ferry GD, Mandel FS y cols. Development and validation of a pediatric Crohn's disease activity index. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1991; 12(4): 439-47.
Edición realizada por Nestlé España.

HISTORIA CLÍNICA (recuerdo de 1 semana)

Puntuación

Dolor abdominal

Ninguno

0

Leve, de corta duración, no interfiere con la actividad normal

5

Intenso, de larga duración, afecta a la actividad normal, nocturno

10

Deposiciones (por día)

0 - 1 deposiciones líquidas. Ausencia de sangre en heces

0

Hasta 2 deposiciones semi-blandas con sangre o 2 - 5 deposiciones líquidas

5

Sangrado abundante o ≥ 6 deposiciones líquidas o diarrea nocturna

10

Estado general y capacidad funcional

Bueno. Actividad no limitada

0

Regular. Dificultades ocasionales para mantener las actividades propias de la edad

5

Muy deficiente. Limitaciones frecuentes de las actividades

10

ANALÍTICA

Velocidad de sedimentación eritrocitaria (mm/h)

< 20	0
20 - 50	2,5
> 50	5

Albúmina (g/l)

≥ 35	0
31 - 34	5
≤ 30	10

Hematócrito (%)

< 10 años	Varón de 11 a 14 años	Varón de 15 a 19 años	Mujer de 11 a 19 años	
≥ 33	≥ 35	≥ 37	≥ 34	0
28 - 32	30 - 34	32 - 36	29 - 33	2,5
< 28	< 30	< 32	< 29	5

COLITIS ULCEROSA (Índice de Actividad . PUCAI)

GASTROENTEROLOGY 2007;133:423- 432

Development, Validation, and Evaluation of a Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index: A Prospective Multicenter Study

DAN TURNER,* ANTHONY R. OTLEY,[‡] DAVID MACK,[§] JEFFREY HYAMS,^{||} J. DE BRUIJNE,* KRISTA UUSOU,* THOMAS D. WALTERS,* MARY ZACHOS,* PETAR MAMULA,[¶] DORCAS E. BEATON,[#] A. HILLARY STEINHART,** and ANNE M. GRIFFITHS*

**Division of Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, the Hospital for Sick Children, University of Toronto, Toronto; [‡]Division of Gastroenterology, Izaak Walton Killam Hospital, Dalhousie University, Halifax; [§]Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition, Children's Hospital of Eastern Ontario, University of Ottawa, Ottawa, Canada; ^{||}Division of Digestive Disease, Hepatology and Nutrition, Connecticut Children's Medical Center, University of Connecticut School of Medicine, Hartford, Connecticut; [¶]Division of Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, The Children's Hospital of Philadelphia, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania; [#]St. Michael's Hospital, Institute for Work & Health and Department of Occupational Therapy, University of Toronto, Toronto; and **Gastroenterology, Mount Sinai Hospital, University of Toronto, Toronto, Canada*

COLITIS ULCEROSA (Índice de Actividad . PUCAI)

1.Dolor abdominal

- No dolor 0
- El dolor puede ser ignorado 5
- El dolor no puede ser ignorado 10

2.Sangrado Rectal

- Sin sangrado 0
- Hilos de sangre entre las heces en menos de la mitad de las deposiciones 10
- Sangrado evidente en heces 20
- Rectorragia importante, en más del 50% de las deposiciones 30

3.Consistencia de las deposiciones

- Normal , formadas 0
- Parcialmente formadas 5
- Completamente no formadas 10

4. Número de deposiciones en 24 horas

- 0-2 0
- 3-5 5
- 6-8 10
- >8 15

5.Deposiciones nocturnas

- No 0
- Sí 10

6.Nivel de actividad

- No limitación de la actividad 0
- Limitación ocasional de la actividad 5
- Limitación de la actividad restringida 10

(PUCAI, Puntuación total : 0 – 85)

PUCAI > 65: Enfermedad GRAVE

PUCAI > 10 y < 30 : Enfermedad leve

PUCAI > 30 y < 65: Enfermedad MODERADA

PUCAI < 10 REMISIÓN CLÍNICA

ACTITUD DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA

MANEJO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

L. Ortigosa del Castillo

*Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Infantil. Departamento de Pediatría.
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Tenerife*

RESUMEN

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) es un trastorno caracterizado por una inflamación crónica del tubo digestivo, evolucionando en forma de brotes. Agrupa dos entidades clínicas, bien diferenciadas entre sí, pero relacionadas: la Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU), pudiéndose en la mayoría de los casos diferenciar una de la otra, reservándose el término de Colitis Indeterminada (CI) para aquellas situaciones de Colitis en las que no se reúnen criterios que permitan una diferenciación entre CU y EC.

Palabras Clave: Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). Colitis Ulcerosa (CU). Enfermedad de Crohn (EC). Indices de Actividad Pediátricos.

CLINICAL MANAGEMENT OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

SUMMARY

Inflammatory Bowel Disease (IBD) is a chronic disorder,

ACTITUD DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA

MANEJO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

L. Ortigosa del Castillo

*Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Infantil. Departamento de Pediatría.
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Tenerife*

**CAMBIOS EN LOS CRITERIOS PARA LA CLASIFICACIÓN DE
ENF DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA EN NIÑOS:
Desde la Clasificación de Montreal (2005)
a la Clasificación de París (2010)**

Clasificación de Viena y Montreal para la Enfermedad de Crohn

Tabla 1. Clasificación de Viena y Montreal para EC

	Viena	Montreal
Edad del diagnóstico	A1 ≤ 40 años A2 > 40 años	A1 ≤ 16 años A2 17-40 años A3 > 40 años
Localización	L1 Ileal L2 Colónica L3 Ileocolónica L4 Compromiso alto	L1 Ileal L2 Colónica L3 Ileocolónica L4 Compromiso alto aislado*
Comportamiento	B1 no penetrante, no estenosante B2 estenosante B3 penetrante	B1 no penetrante, no estenosante B2 estenosante B3 penetrante p enfermedad perianal**

* L4 puede ser sumado como un “modificador” a las otras localizaciones cuando coexistan

** p es un modificador que puede sumarse a los otros cuando exista enfermedad perianal concomitante.

Gasche C, Scholmerich J, Brynskov J, et al. A simple classification of Crohn's disease: report of the Working Party for the World Congresses of Gastroenterology, Vienna 1998. Inflamm Bowel Dis 2000; 6: 8-15.

Silverberg M S, Satsangi J, Ahmad T, et al. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: Report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. Can J Gastroenterol 2005; 19 (supl A): 5-36.

Pediatric Modification of the Montreal Classification for Inflammatory Bowel Disease: The Paris Classification

Arie Levine, MD, Anne Griffiths, MD,[†] James Markowitz, MD,[‡] David C Wilson, MD,[§]
Dan Turner, MD, PhD,[¶] Richard K Russell, MD, PhD,^{||} John Fell, MD,^{**} Frank M Ruemmele, MD, PhD,^{††}
Thomas Walters, MD,[†] Mary Sherlock, MD,[†] Marla Dubinsky, MD,^{‡‡} and Jeffrey S Hyams, MD^{§§}*

(Inflamm Bowel Dis 2011;17:1314–1321)

TABLE 2. Montreal and Paris Classifications for Crohn's Disease

	Montreal	Paris
Age at Diagnosis	A1: below 17 y A2: 17-40 y A3: Above 40 y	A1a: 0-<10y A1b: 10-<17 y A2: 17-40 y A3: >40 y
Location	L1:terminal ileal± limited cecal disease L2: colonic L3: ileocolonic L4: Isolated upper disease*	L1: distal 1/3 ileum ± limited cecal disease L2: colonic L3: ileocolonic L4a: upper disease proximal to Ligament of Treitz* L4b: upper disease distal to ligament of Treitz and proximal to distal 1/3 ileum*
Behavior	B1: non-stricturing non-penetrating B2: stricturing B3: penetrating p: perianal disease modifier	B1: nonstricturing nonpenetrating B2: stricturing B3: penetrating B2B3: both penetrating and stricturing disease, either at the same or different times p: perianal disease modifier
Growth	n/a	G ₀ : No evidence of growth delay G ₁ : Growth delay

TABLE 3. Montreal and Paris Classifications for Ulcerative Colitis

	Montreal	Paris
Extent	E1: ulcerative proctitis E2: left-sided UC (distal to splenic flexure) E3: extensive (proximal to splenic flexure)	E1: ulcerative proctitis E2: Left-sided UC (distal to splenic flexure) E3: Extensive (hepatic flexure distally) E4: Pancolitis (proximal to hepatic flexure)
Severity	S0: clinical remission S1: mild UC S2: moderate UC S3: severe UC	S0: never severe* S1: ever severe*

*Severe defined by Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index (PUCAI) ≥ 65 .⁵⁸

El diagnóstico de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en niños y adolescentes.

Los Criterios de Oporto

Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition
41:1-7 © July 2005 Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia

Medical Position Paper

Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents: Recommendations for Diagnosis—The Porto Criteria

IBD Working Group of the European Society for Paediatric Gastroenterology,
Hepatology and Nutrition (ESPGHAN)

***Los Criterios de Oporto 2005
¿Siguen siendo útiles en el
año 2014?***

Los Criterios de Oporto revisados (Junio 2014)

JPGN • Volume 58, Number 6, June 2014

ESPGHAN Revised Porto Criteria for Diagnosis of IBD

SOCIETY GUIDELINE

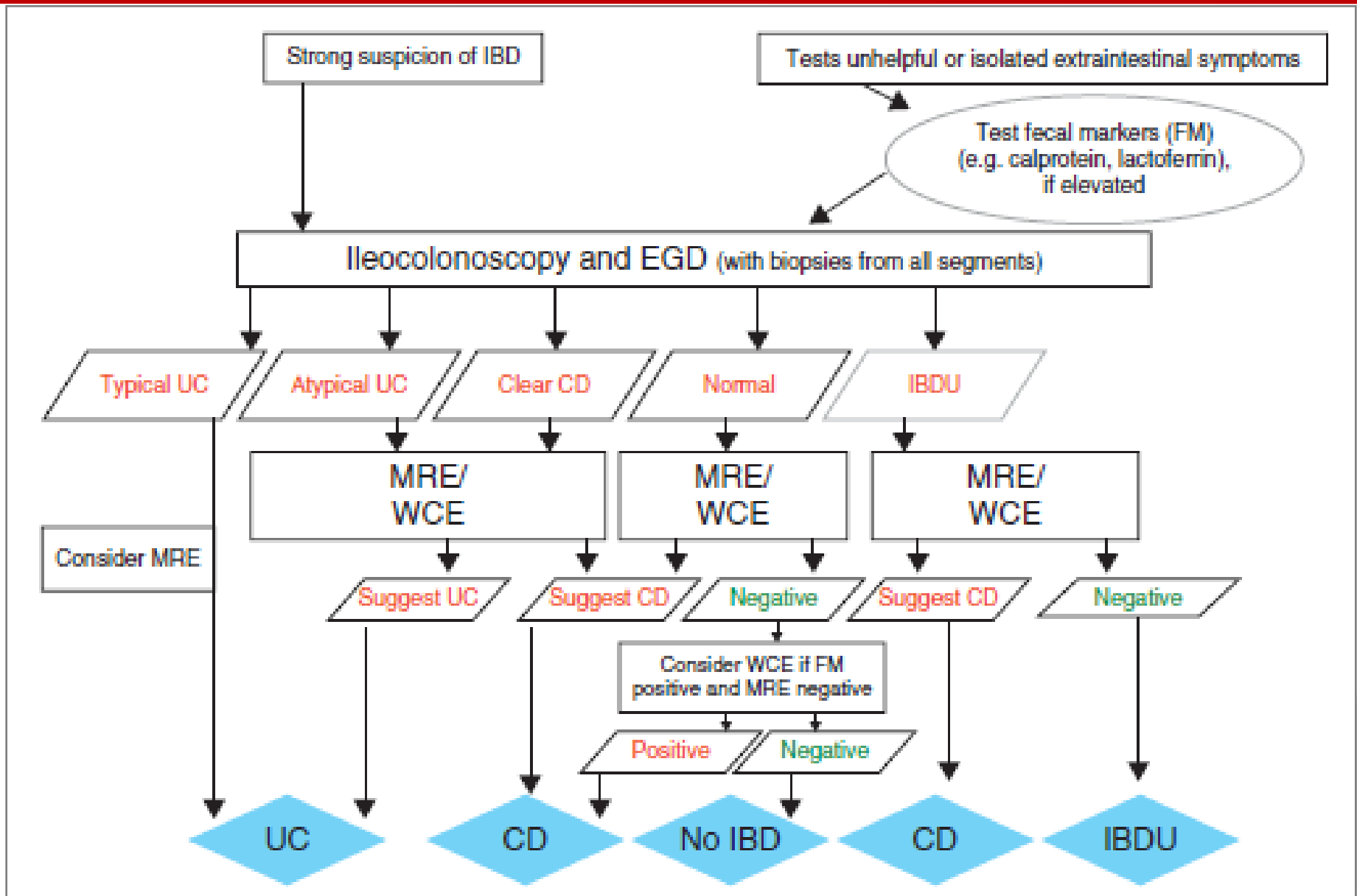
ESPGHAN Revised Porto Criteria for the Diagnosis of Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents

Arie Levine, †Sibylle Koletzko, ‡Dan Turner, §Johanna C. Escher, ||Salvatore Cucchiara, §Lissy de Ridder, ¶Kaija-Leena Kolho, #Gabor Veres, **Richard K. Russell, ††Anders Paerregaard, ††Stephan Buderus, §§Mary-Louise C. Greer, ||||¶¶Jorge A. Dias, ##Gigi Veereman-Wauters, *Paolo Lionetti, †††Malgorzata Sladek, †††Javier Martin de Carpi, §§§Annamaria Staiano, |||||Frank M. Ruemmele, and ¶¶¶David C. Wilson*

*†††Javier Martin de Carpi, §§§Annamaria Staiano, |||||Frank M. Ruemmele, and ¶¶¶David C. Wilson
##Gigi Veereman-Wauters, ***Paolo Lionetti, †††Malgorzata Sladek,
††Anders Paerregaard, ††Stephan Buderus, §§Mary-Louise C. Greer, ||||¶¶Jorge A. Dias,
§Lissy de Ridder, ¶Kaija-Leena Kolho, #Gabor Veres, **Richard K. Russell,
Arie Levine, †Sibylle Koletzko, ‡Dan Turner, §Johanna C. Escher, ||Salvatore Cucchiara,

Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents

Evaluación de un niño o un adolescente con síntomas intestinales o extraintestinales de EIIP



PART I: DIAGNOSIS OF IBD

Recommendations

Accurate diagnosis of inflammatory bowel disease (IBD) should be based on a combination of history, physical and laboratory examination, esophagogastroduodenoscopy (EGD) and ileocolonoscopy with histology, and imaging of the small bowel. It is critical to exclude enteric infections. [EL2b, RGC]

We recommend performing small bowel imaging in all suspected cases of IBD at diagnosis; this may be deferred in typical UC, based on endoscopy and histology. Imaging is particularly important in suspected Crohn's disease, in patients whose ileum could not be intubated, in patients with apparent ulcerative colitis with atypical presentations, and in patients with IBD-unclassified. [EL3, RGD]

Practice Points

1. *The most important reliable feature of typical UC is continuous mucosal inflammation of the colon, starting distally from the rectum, without SB involvement other than backwash ileitis, and without epithelioid granulomas on biopsy. Disturbed crypt architecture and focal or diffuse basal plasmacytosis are characteristic.*
2. *Pediatric-onset UC may present with atypical phenotypes such as macroscopic rectal sparing, isolated nonserpiginous gastric ulcers, normal crypt architecture, absence of chronicity in biopsies, or a cecal patch. Patients with acute severe colitis may have transmural inflammation. These individual phenotypes in isolation should not lead to reclassification to CD.*
3. *Patients with disease limited to the colon with class 1 findings (Table 3) should be classified as CD.*
4. *IBD-U should be the preferential classification for patients with colitis and highly atypical findings (defined as class 2 or class 3 findings in Table 3) for either CD or UC, or a combination of findings presented below.*

PART 2: DIAGNOSTIC WORKUP OF CHILDREN WITH SUSPECTED IBD

This section deals with diagnostic methods recommended in children with suspected IBD. Recommendations and practice points are designed to assist with confirmation of the diagnosis, assessment of disease location, extent, and severity, as well as for recognizing complications at diagnosis. It is beyond the scope of these guidelines to recommend tests needed for the management or follow-up.

Recommendation

In children with suspected IBD, enteric infections should be excluded as cause of the symptoms preferentially before endoscopy is performed. Microbiological investigation should exclude bacterial infections including Clostridium difficile. [EL2, RGC]

terial infections including Clostridium difficile. [EL2, RGC]
is performed. Microbiological investigation should exclude bac-
excluded as cause of the symptoms preferentially before endoscopy
In children with suspected IBD, enteric infections should be

PART 2: DIAGNOSTIC WORKUP OF CHILDREN WITH SUSPECTED IBD

This section deals with diagnostic methods recommended in children with suspected IBD. Recommendations and practice points are designed to assist with confirmation of the diagnosis, assessment of disease location, extent, and severity, as well as for recognizing complications at diagnosis. It is beyond the scope of these guidelines to recommend tests needed for the management or follow-up.

Practice Points

1. *A more extensive investigation for unusual infective agents and parasites may be warranted in endemic areas or after travel.*
2. *The search for bacterial infections should include a stool culture to exclude Salmonella, Shigella, Yersinia, Campylobacter, and Clostridium difficile toxins in all of the children. Screening for enteric viruses is rarely helpful. Testing for Giardia lamblia is recommended in high-risk populations or endemic areas.*
3. *The identification of a pathogen does not necessarily exclude a diagnosis of IBD because a first episode or flare of IBD may be triggered by a documented enteric infection.*

Recommendation

Initial blood tests should include complete blood count, at least two inflammatory markers, albumin, transaminases and γ GT. Fecal calprotectin is superior to any blood marker for detection of intestinal inflammation (EL2, RGC).

Practice Points

- 1. Normal blood tests do not exclude the diagnosis of IBD.*
- 2. A low serum albumin may indicate protein losing enteropathy, and usually reflects disease activity as well as severity, and not merely nutritional status.*
- 3. Fecal markers (FMs) of inflammation (eg, calprotectin or lactoferrin) are extremely sensitive in the detection of mucosal inflammation, but are not specific for IBD; fecal calprotectin (FC) is a more sensitive tool for diagnosis in new-onset IBD patients than serum inflammatory markers such as C-reactive protein (CRP) and erythrocyte sedimentation rate (ESR), and normal FC values make active disease in the small or large bowel less likely.*
- 4. Although results are often negative, screening for serological markers of IBD (eg, ASCA, pANCA) may increase the likelihood for IBD in atypical cases if results are positive and may help at times to differentiate CD from UC in cases of IBD-U.*
- 5. Additional testing may be required when extraintestinal manifestations such as pancreatitis, uveitis, arthritis or sclerosing cholangitis are present or suspected.*

Recommendations

Ileocolonoscopy and esophagogastroduodenoscopy (EGD) are recommended as the initial work up for all children with suspected IBD. [EL4, RGD]

Multiple biopsies (2 or more per section) should be obtained from all sections of the visualized gastrointestinal tract, even in the absence of macroscopic lesions. Endoscopic findings should be well documented. [EL5 RGD]

Practice Points

1. Endoscopy should be performed by a pediatric gastroenterologist after an age-appropriate preparation, under general anesthesia or deep sedation in a setting suited for children, and by personnel with training and expertise in pediatric IBD.
2. The diagnostic yield of an upper EGD with multiple biopsies to diagnose CD in patients with an otherwise normal workup (ileocolonoscopy and SB imaging) is ~7.5% (number needed to treat = 13).

Special Circumstances

Recommendation

An evaluation for primary immune deficiency should be performed in all cases of infantile IBD (diagnosed <2 years of age). [EL3b RGC]

Practice Points

1. *Physicians evaluating patients with infantile IBD or recurrent infections should maintain a high index of suspicion for other causes of inflammation in the bowel.*
2. *An evaluation for allergic colitis should be considered in infantile IBD.*
3. *Children with symptoms of possible IBD developing after solid organ transplantation should be investigated for “de novo IBD.”*

TABLE 4. Alarm signs and symptoms for primary immunodeficiency

Positive family history of primary immunodeficiency
Consanguineous parents or >2 family members with early-onset IBD
Infantile (<2 years) IBD
Severe, therapy-refractory IBD, particularly with perianal/rectovaginal disease/abscesses
Recurrent infections in the absence of immunosuppressant drugs (particularly pulmonary disease and skin abscesses)
Neutropenia, thrombocytopenia, or abnormal immune status (Ig levels) in the absence of immunosuppressant drugs
Nail dystrophy and hair abnormalities (trichorrhexis nodosa)
Skin abnormalities (congenital eczema, albino)

IBD = inflammatory bowel disease; Ig = immunoglobulin.

IBD = inflammatory bowel disease; Ig = immunoglobulin.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESITAL

pediátrica en el siglo XXI

- ✓ Criterios diagnósticos específicos para edad pediátrica: **Criterios de Oporto**
- ✓ Índices de Actividad pediátricos: **PCDAI/PUCAI**
- ✓ Clasificación clínica para EC y CU por estadios: **Clasificación de París**
- ✓ **Unidades especializadas de EIIp**

Enfermedad Inflamatoria Intestinal en la infancia y adolescencia.

¿Está aumentando su prevalencia
en nuestro medio?

*Algunos datos de
incidencia de EII*

Incidencia de EII en edad pediátrica

Factores ambientales

**¿Está aumentando la prevalencia de la
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL en
niños y adolescentes?**

Factores
genéticos

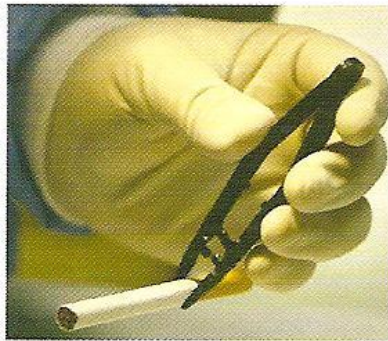
Factores
inmunológicos



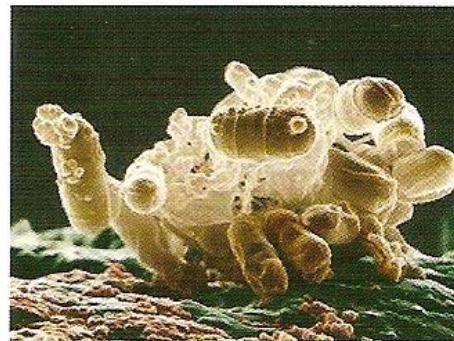
FACTORES AMBIENTALES: la interacción entre distintos factores ambientales y genéticos desencadena la inflamación intestinal crónica



Infecciones



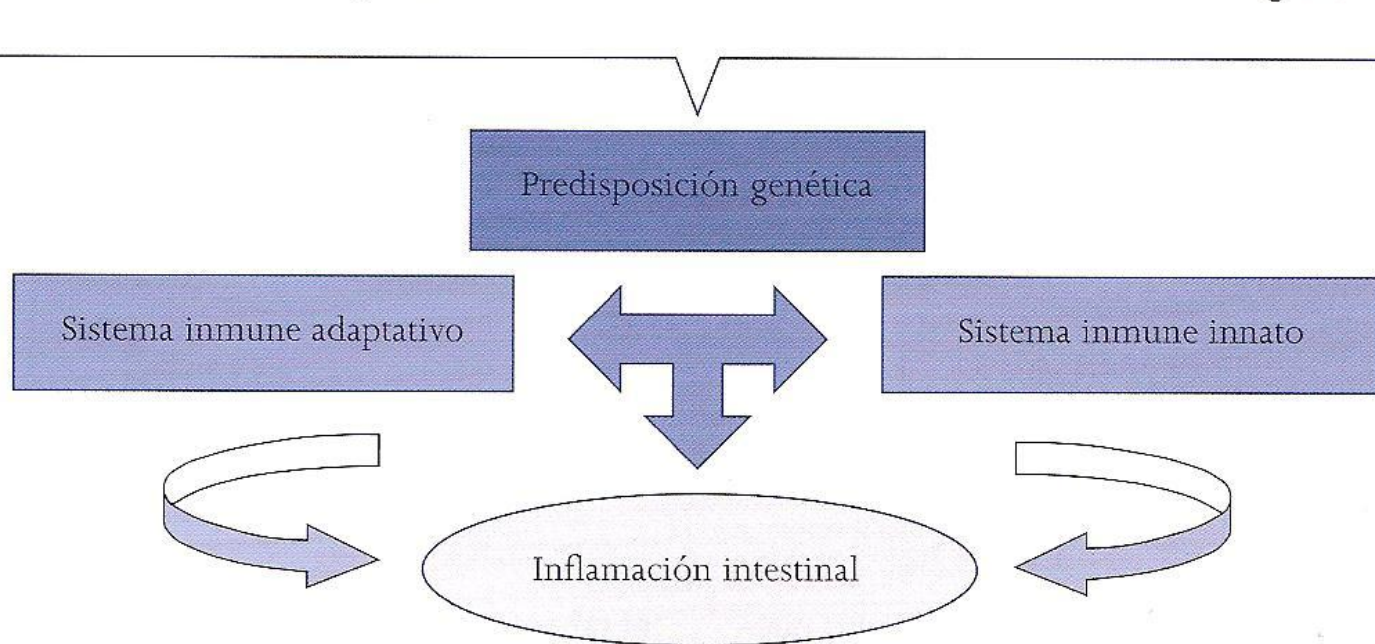
Tabaquismo



Flora intestinal



Higiene



Enfermedad Inflamatoria Intestinal.Incidencia



Diferencias significativas entre continentes, países y áreas geográficas:

- ✓ Más casos en Norteamérica y Europa que en Sudamérica, África y países asiáticos y del subcontinente indio.
- ✓ Más casos en zonas urbanas que rurales

Incidencia de EI en edad pediátrica

- ✓ Aumento en la incidencia de EI en las últimas décadas, sobre todo en países industrializados
- ✓ 20-30% de EI debutan antes de los 18 años
- ✓ ¿Y qué pasa en Europa, en España, y en Canarias?

Incidencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en niños y adolescentes. *Los Criterios de Oporto*

TABLE 1. *Incidence of IBD in children and adolescents per 100,000 children per year*

	CD	UC	IC	IBD Total	Data collection
Scotland ⁸	0.7–2.3*	1.5–1.9*	–	–	R
Norway ^{6a}	2.5	4.3	0	6.8	P
France ⁹	2.1	0.5	0.6	–	P
Sweden ¹⁰	2.6	1.9	0.7	5.3	P
Wales ¹¹	2.2	0.7	–	–	R
Denmark ¹²	0.2	2.0	0	2.2	R
Sweden ¹⁴	1.2	1.4–3.2†	2.1	4.6–7.0†	P
Wales ¹⁵	1.4	0.8	0.5	2.6	P
UK and Ireland ¹⁷	3.0	1.5	0.6	5.2	P
Scotland ³	2.5	1.3	–	–	R
Denmark ⁴	2.3	1.8	0.2	4.3	R
Norway ¹⁹	2.1	2.0	–	–	P
Australia ⁶	0.1–2.0‡	–	–	–	R
USA ²³	4.6	2.1	0.3	7.0	P
Czech Republic ⁷	4.8	2.7	1.8	9.3	R
The Netherlands ²¹	2.1	1.6	3.6	5.2	P
Sweden ⁵	1.7–8.4§	3.3–1.8§	0.2	5.2–10.5§	P

Aumento de la incidencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal Pediátrica en España: Datos epidemiológicos de un período de 25 años.

(Increasing incidence of pediatric inflammatory bowel disease in
Spain (1996-2009): The SPIRIT registry)

Inflamm Bowel Dis. 2012 Apr 25. doi: 10.1002/ibd.22980

Martín-de-Carpi J et al on behalf of the SPIRIT-IBD Working Group of SEGHN (Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica)

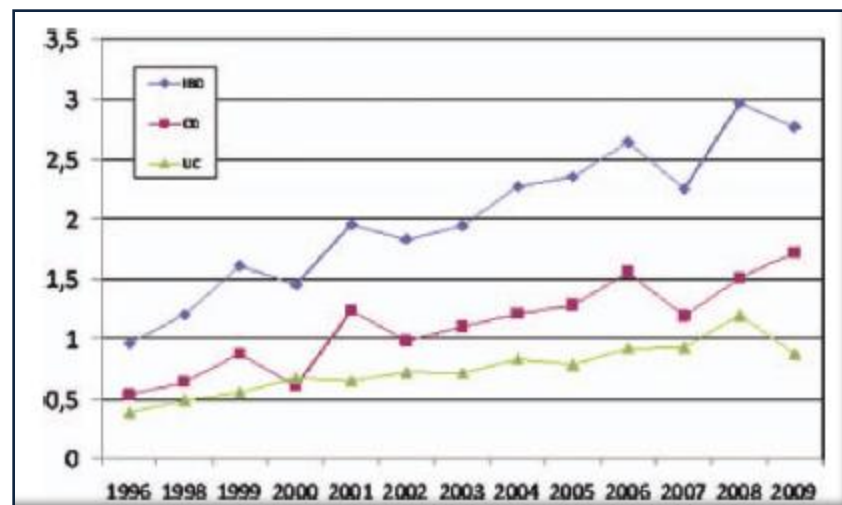
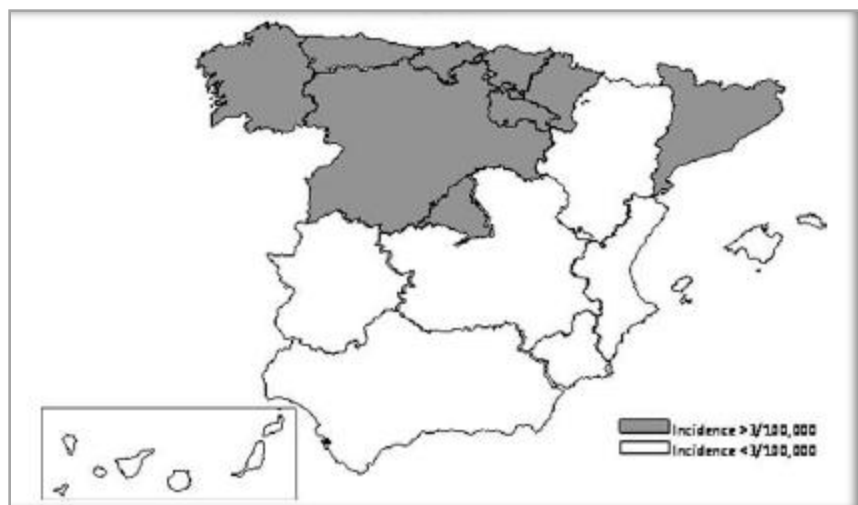
ORIGINAL ARTICLE

Inflamm Bowel Dis

Increasing Pediatric IBD in Spain

Increasing Incidence of Pediatric Inflammatory Bowel Disease in Spain (1996–2009): The SPIRIT Registry

Javier Martín-de-Carpi, MD,* Alejandro Rodríguez, MD,[†] Esther Ramos, MD,[‡] Santiago Jiménez, MD,[§] María José Martínez-Gómez, MD, PhD,^{||} and Enrique Medina, MD[¶] on behalf of the SPIRIT-IBD Working Group of SEGHP (Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica)



(Inflamm Bowel Dis 2012;000:000–000)





ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect



The complete picture of changing pediatric inflammatory bowel disease incidence in Spain in 25 years (1985–2009): The EXPERIENCE registry

J. Martín-de-Carpi^{a,*}, A. Rodríguez^b, E. Ramos^c, S. Jiménez^d,
M.J. Martínez-Gómez^e, E. Medina^f, V.M. Navas-López^g,
On behalf of the SPIRIT-IBD Working Group of SEGHP (Sociedad Española de Gastroenterología Hepatología Nutrición Pediátrica)

^a Unidad para el Cuidado Integral de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal Pediátrica, Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, Spain

^b Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, Spain

^c Hospital La Paz, Madrid, Spain

^d Hospital Central de Asturias, Oviedo, Spain

^e Hospital Niño Jesús, Madrid, Spain

^f Hospital Doce de Octubre, Madrid, Spain

^g Hospital Materno-Infantil, Málaga, Spain

Received 4 July 2013; received in revised form 27 December 2013; accepted 5 January 2014

KEYWORDS

Pediatric inflammatory
bowel disease;
Crohn's disease;
Ulcerative colitis;
IBD unclassified;
Incidence;
SPIRIT registry;
EXPERIENCE registry

Abstract

Objectives: A growing incidence of pediatric IBD (PIBD) in southern Europe has been recently reported. The SPIRIT registry (1996–2009) confirmed these tendencies in Spain. Our aim is to obtain data from 1985 to 1995 and describe the complete picture of PIBD presentation changes in Spain in the last 25 years.

Methods: A retrospective survey of incident PIBD in the period 1985–1995 was performed. Patients' data were obtained from the hospitals' databases and compared with the published data from the 1996 to 2009 period. Seventy-eight IBD reference centers took part in this survey.

Results: Data from 495 patients were obtained: 278 CD (56.2%), 198 UC (40%), and 19 IBDU (3.8%); 51.7% were female, with higher predominance both in UC (58.6%) and in IBDU (57.9%), but not in CD (46.4%). Median (IQR) age at diagnosis was 12.9 (10.0–15.7) years, with significant differences among

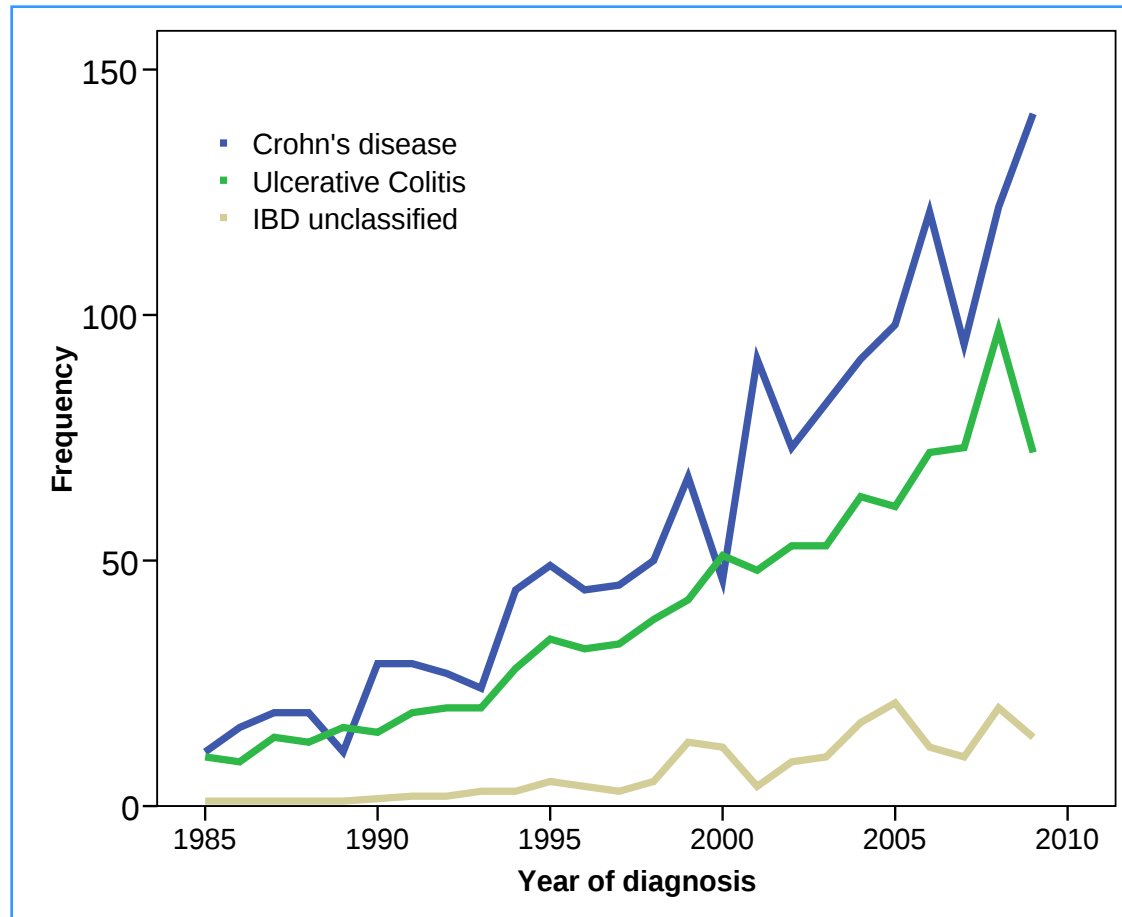
* Corresponding author at: Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Hospital Sant Joan de Déu Paseo Sant Joan de Déu, 2, 08950 Barcelona, Spain. Tel.: +34 93 600 61 03; fax: +34 93 203 39 59.
E-mail address: javiermartin@hsjdbcn.org (J. Martín-de-Carpi).

Aumento de la incidencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal Pediátrica en España:

Año 1985: 21 casos

Año 2009: 206 casos

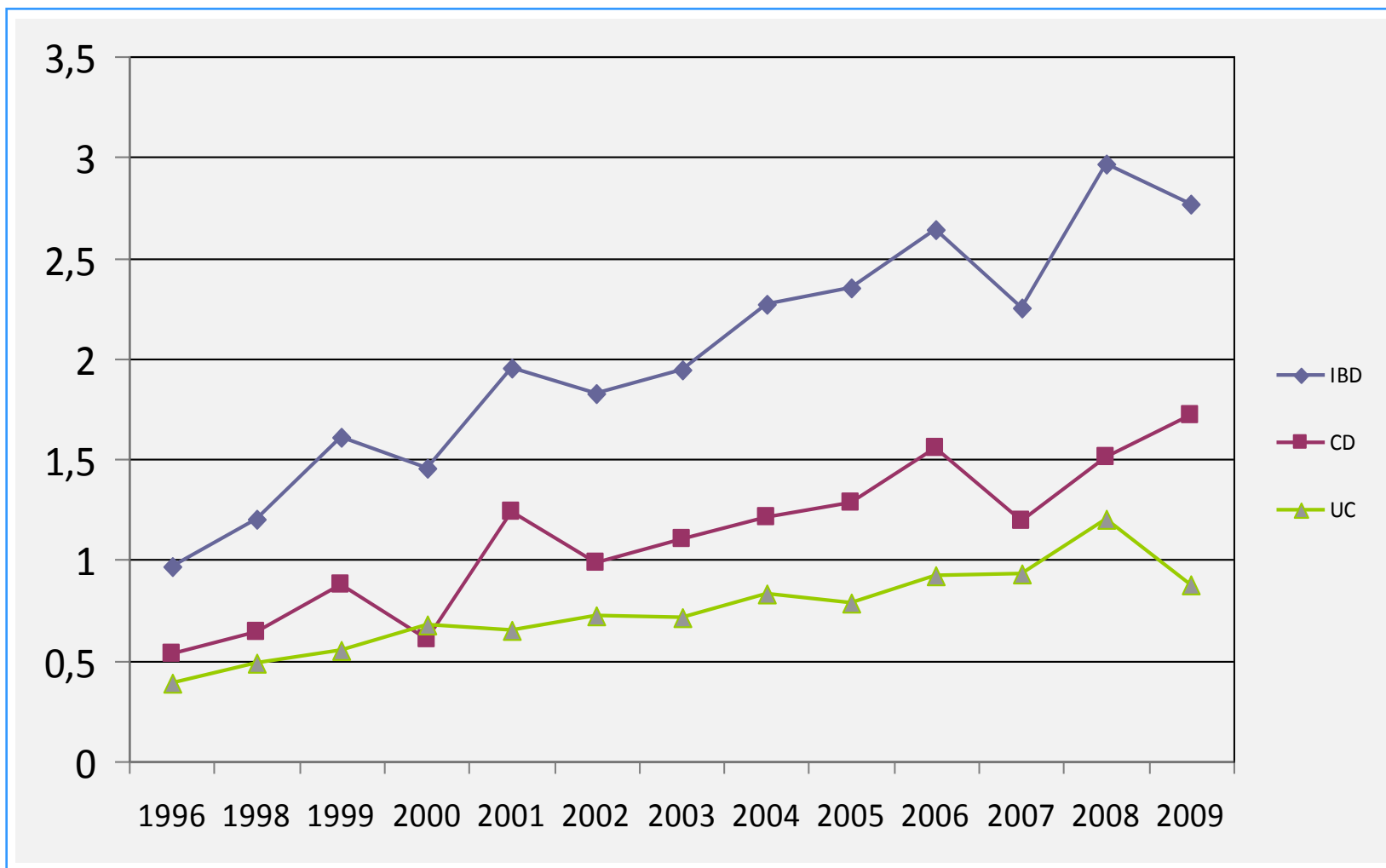
Casos diagnosticados por año



Enfermedad Inflamatoria Intestinal en la infancia y adolescencia:
Algunos datos epidemiológicos de interés

Tasas de incidencia (nuevos casos/100.000 habitantes < 18 años)

Años 1996-2009



Conclusiones Registros *Spirit** y *Experience**

- ✓ Estos son los primeros estudios para calcular la incidencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal Pediátrica en España.
- ✓ Nuestros datos muestran el importante incremento en la incidencia de EII Pediátrica en España durante el período estudiado (1985-2009). En los últimos 14 años la incidencia global de EII Pediátrica se ha triplicado, con un aumento mayor en EC (X3) que en CU (X2).
- ✓ El tipo de enfermedad, localización, edad, y distribución por sexos en nuestros pacientes coinciden con los datos reportados en otras series europeas.



¿Incidencia de EIIp en Canarias?

29

Enfermedad inflamatoria intestinal crónica (EIIC) en niños canarios

H. Armas*, L. Ortigosa**, L. Peña***, A. Zurita**
GASTROPECAN

*Hospital Universitario. **Hospital Infantil «N.º S.º de la Candelaria». Tenerife. ***Hospital Infantil «N.º S.º del Pino». Las Palmas

Se estudian 11 niños canarios (7 V/4 M) afectados de EIIC diagnosticados entre 1986-90, con edades comprendidas entre 5,8-15,6 años.

Material y método: Se analizan parámetros epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos, en 5 casos de enfermedad de Crohn (EC) y 6 casos de colitis ulcerosa (CU).

Resultados: Se expresan en la tabla siguiente:

**Entre 1986 y 1990: 11 casos =
1 caso por año/por cada hospital**



“Presentación clínica y evolución de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal pediátrica en el área de referencia del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria de Santa Cruz de Tenerife en los últimos 10 años”

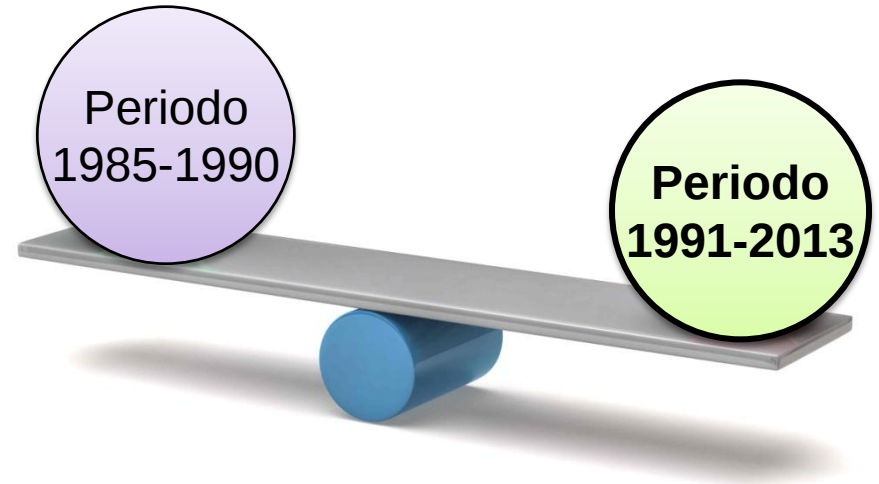


Universidad
de La Laguna

Ortigosa L, Lorenzo C, López A, Alberto R, Guajardo C.
Unidad de Gastroenterología Pediátrica. Servicio de Pediatría
Hospital Universitario Ntra Sra de Candelaria.
42ª Reunión Anual Conjunta de las Sociedades Canarias de Pediatría
Mogán, Gran Canaria. 27 y 28 de Junio de 2014

Análisis entre 1985 y 2014

✓ Analizar los cambios que se han producido la epidemiología de la EEIp en el área de referencia del HUNSC, desde 1985 hasta 2014.



✓ Comparar nuestros resultados con los datos ya conocidos en Canarias y otras áreas españolas.

MATERIAL y MÉTODOS

Tabla VI. Hoja de Recogida de Datos, personalizada por paciente (HDR)

1. **Identificación del paciente:** Iniciales de Nombre (en caso de nombre compuesto, sólo del primer nombre), 1er apellido y 2º apellido, seguidos de fecha de nacimiento según modelo DD/MM/AAAA. En caso de un solo apellido (extranjeros), la inicial de dicho apellido se repetirá 2 veces (aparecerá como segunda y tercera letra identificativa)
2. **Procedencia del paciente:** provincia, municipio, área de residencia (rural/urbana)
3. **Sexo:** (varón/ mujer)
4. **Raza:** blanca, negra, oriental, hispana, magrebí, árabe, hindú, otras (especificar)
5. **Mes y año de inicio de síntomas**
6. **Síntomas de presentación** (diarrea, pérdida de peso, rectorragia, dolor abdominal, fiebre, astenia-hiporexia, fistula perianal, otros)
7. **Mes y año de diagnóstico**
8. **Edad al diagnóstico en años y meses**
9. **Tipo de enfermedad:**
 - Enfermedad de Crohn (EC)
 - Colitis Ulcerosa (CU)
 - EII no clasificada (EII nC)
10. **Exploraciones realizadas al diagnóstico:**
 - Colonoscopia completa (sí/no. En caso de no, señalar razón):
 - Ileoscopia (sí/no. En caso de no, señalar razón):
 - Endoscopia digestiva alta (sí/no. En caso de no, señalar razón):
 - Estudio de intestino delgado: tránsito/eRM, TC/Cápsula endoscópica/otros (especificar). (En caso de no, señalar razón):
11. **Distribución enfermedad de Crohn (EC) y Colitis Ulcerosa (CU) al diagnóstico, según clasificación de París (TABLAS II y III)**
12. **Actividad de la enfermedad en el momento del diagnóstico:**
 - PCDAI (TABLA IV)
 - PUCAI (TABLA V)
13. **Tratamiento recibido**
 - Inducción a la remisión: Nutrición Enteral, corticoide, biológico, inmunosupresor, 5-ASA, otros
 - Mantenimiento:
 - Tratamiento actual
14. **Curso evolutivo y complicaciones evolutivas**
 - Sin complicaciones
 - Con complicaciones: ¿Cuáles?
15. **Manifestaciones extradigestivas**
16. **Brotos: Si/No. Número de brotes**
17. **Antecedentes de EII en la familia**
 - No
 - Si. ¿cuál? Indicar parentesco y tipo de enfermedad: EC, CU, EII nC
18. **Apendicetomizado:**
 - Si
 - No
19. **Antecedentes de alergia alimentaria en los primeros 5 años:**
 - No
 - Si. ¿Cuál?: Alergia a proteínas de leche de vaca, alergia al huevo, otras alergias.

- Recogida de datos de pacientes < 18 años diagnosticados entre el 1 de Enero de 1991 y el 1 de Enero de 2014 en el HUNSC.

Datos recogidos:

- Procedencia del paciente
- Municipio
- Área
- Sexo
- Raza



- Mes y año de inicio de síntomas
- Mes y año del diagnóstico
- Edad al diagnóstico
- Tipo de enfermedad,....

} Retraso en el diagnóstico

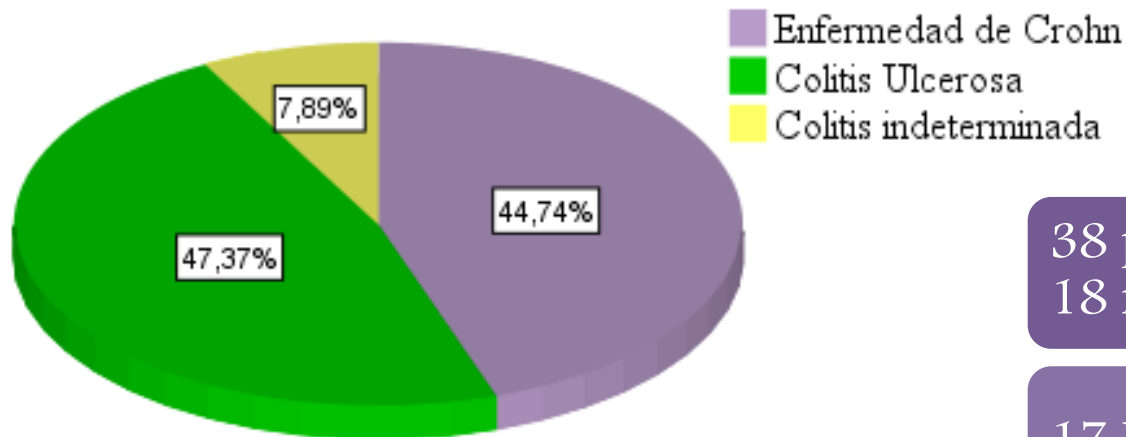
Hoja de recogida de datos. Estudio epidemiológico EIIp en Santa Cruz de Tenerife

Tabla VI. Hoja de Recogida de Datos, personalizada por paciente (HDR)

1. **Identificación del paciente:** Iniciales de Nombre (en caso de nombre compuesto, sólo del primer nombre), 1er apellido y 2º apellido, seguidos de fecha de nacimiento según modelo DD/MM/AAAA. En caso de un solo apellido (extranjeros), la inicial de dicho apellido se repetirá 2 veces (aparecerá como segunda y tercera letra identificativa)
2. **Procedencia del paciente:** provincia, municipio, área de residencia (rural/urbana)
3. **Sexo:** (varón/ mujer)
4. **Raza:** blanca, negra, oriental, hispana, magrebí, árabe, hindú, otras (especificar)
5. **Mes y año de inicio de síntomas**
6. **Síntomas de presentación** (diarrea, pérdida de peso, rectorragia, dolor abdominal, fiebre, astenia-hiporexia, fistula perianal, otros)
7. **Mes y año de diagnóstico**
8. **Edad al diagnóstico en años y meses**
9. **Tipo de enfermedad:**
 - Enfermedad de Crohn (EC)
 - Colitis Ulcerosa (CU)
 - EII no clasificada (EII nC)
10. **Exploraciones realizadas al diagnóstico :**
 - Colonoscopia completa (sí/no. En caso de no, señalar razón):
 - Ileoscopia (sí/no. En caso de no, señalar razón):
 - Endoscopia digestiva alta (sí/no. En caso de no, señalar razón):
 - Estudio de intestino delgado: tránsito/eRM, TC/Cápsula endoscópica/otros (especificar).(En caso de no, señalar razón):
11. **Distribución enfermedad de Crohn (EC) y Colitis Ulcerosa (CU) al diagnóstico, según clasificación de París (TABLAS II y III)**
12. **Actividad de la enfermedad en el momento del diagnóstico:**
 - PCDAI (TABLA IV)
 - PUCAI (TABLA V)
13. **Tratamiento recibido**
 - Inducción a la remisión: Nutrición Enteral, corticoide, biológico, inmunosupresor, 5-ASA, otros
 - Mantenimiento:
 - Tratamiento actual
14. **Curso evolutivo y complicaciones evolutivas**
 - Sin complicaciones
 - Con complicaciones: ¿Cuáles?
15. **Manifestaciones extradigestivas**
16. **Brotos:** Si/No. Número de brotes
17. **Antecedentes de EII en la familia**
 - No
 - Si. ¿cuál? Indicar parentesco y tipo de enfermedad: EC, CU, EII nC
18. **Apendicectomizado :**
 - Si
 - No
19. **Antecedentes de alergia alimentaria en los primeros 5 años :**
 - No
 - Si. ¿Cual?: Alergia a proteínas de leche de vaca, alergia al huevo, otras alergias.

Resultados~ Discusión

TIPO DE ENFERMEDAD



38 pacientes: 20 varones y 18 mujeres

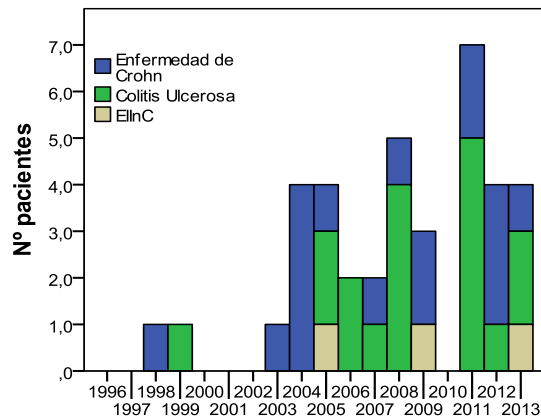
17 Enfermedad de Crohn

18 Colitis ulcerosa

3 Colitis indeterminada

RESULTADOS

Diagnósticos por año en el periodo de estudio:



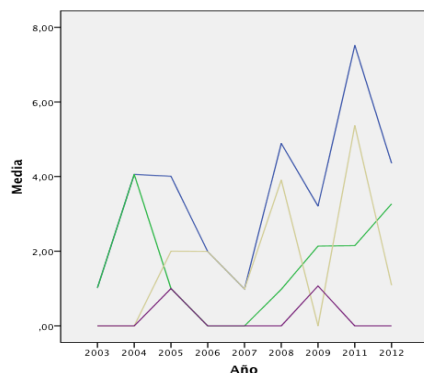
• 1 caso en 1998 frente a 4 diagnosticados en 2013.

• El año en el que hubo mayor número de nuevos diagnósticos en nuestro hospital (7 casos) fue 2011.

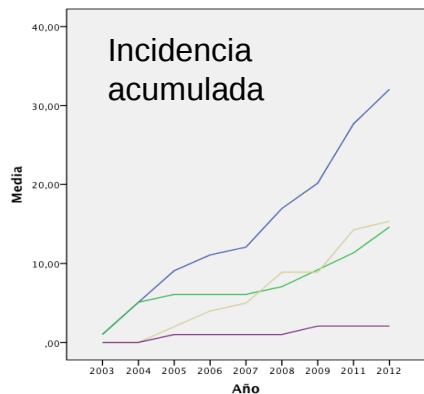
Incidencias

(número de casos por 100000 habitantes (menores de 18 años) al año)

Año	Incidencia EInC	Incidencia EC	Incidencia CU	Incidencia EInC
2003	1,02	1,02	0,00	0,00
2004	4,06	4,06	0,00	0,00
2005	4,01	1,00	2,01	1,00
2006	1,99	0,00	1,99	0,00
2007	0,99	0,00	0,99	0,00
2008	4,89	0,98	3,91	0,00
2009	3,21	2,14	0,00	1,07
2011	7,52	2,15	5,37	0,00
2012	4,36	3,27	1,09	0,00



— Incidencia Total
— Incidencia EC
— Incidencia CU
— Incidencia EInC



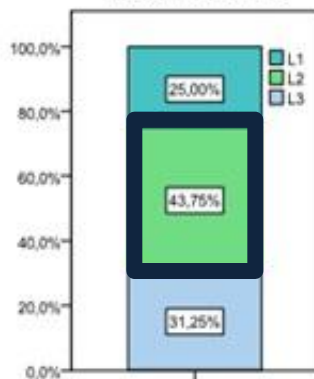
RESULTADOS

Clasificación de París

EC

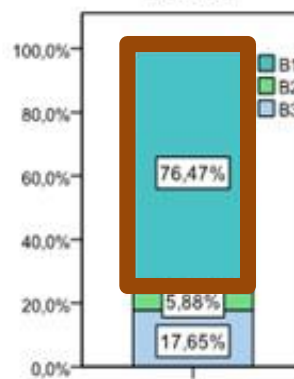


Localización EC



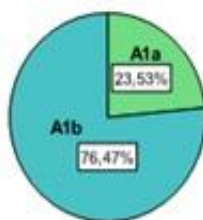
Colónica

Patrón



Inflamatorio

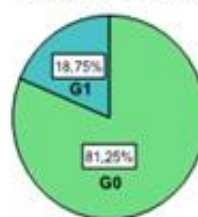
Edad al diagnóstico



Afectación perianal



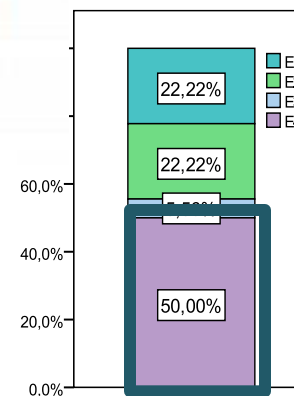
Afectación del crecimiento



CU

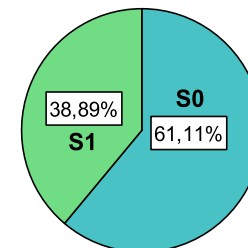


Localización CU



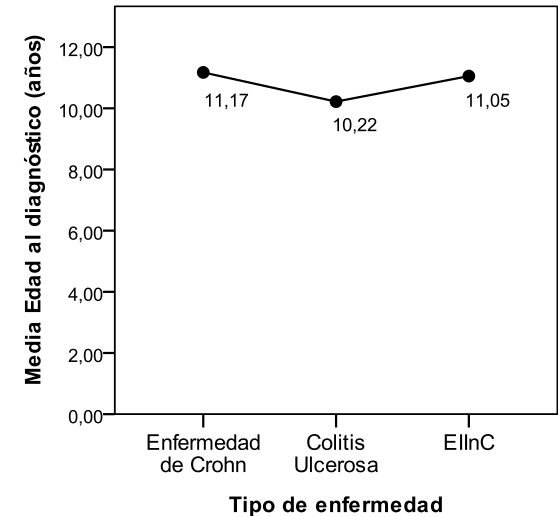
Pancolitis

Brote

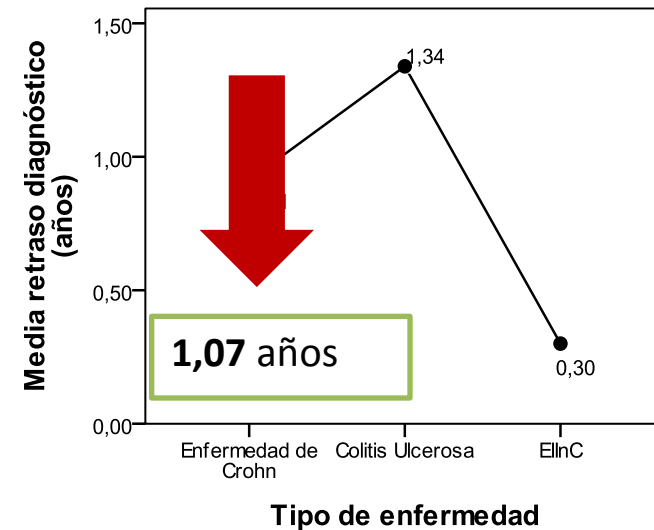
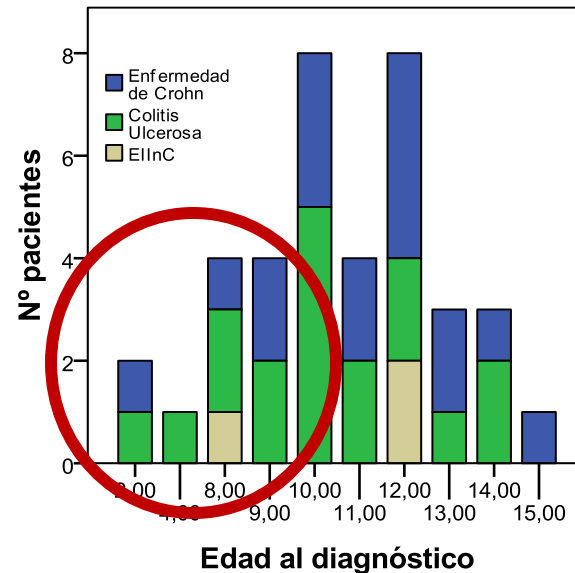


RESULTADOS

Edad media al diagnóstico:



Total de pacientes diagnosticados a cada edad



Retraso en el diagnóstico

Síntomas de presentación

DISTRIBUCIÓN DE SÍNTOMAS POR ENFERMEDAD

	Diarrea	Pérdida de peso	Rectorragia	Dolor abdominal	Fiebre	Astenia	Fístula perianal
Enfermedad de Crohn	75% (12/16)	56,2% (9/16)	43,8% (7/16)	75% (12/16)	18,8% (3/16)	18,8% (3/16)	12,5% (2/16)
Colitis ulcerosa	55,6% (10/18)	44,4% (8/18)	100% (18/18)	66,7% (12/18)	~	11,1% (2/18)	~
Colitis indeterminada	66,7% (2/3)	33,3% (1/3)	66,7% (2/3)	100% (3/3)	~	~	~

Clasificación de París

CLASIFICACIÓN DE PARÍS. ENFERMEDAD DE CROHN		
Edad	A1a: <10 años	 23,5% (4/17)
	A1b: 10-17 años	76,5% (13/17)
	A2: > 17 años	-
Localización	L1: ileal o ileocecal	25% (4/16)
	L2: colónico	43,8% (7/16)
	L3: ileocolónico	31,3% (5/16)
	L4a: afecta alta proximal a ángulo Treitz	-
	L4b: afectación alta distal a Treitz y proximal a tercio distal de ileon	-
	p: perianal	 31,3% (5/16)
Patrón	B1: inflamatorio, no estenosante, no fistulizante	76,5% (13/17)
	B2: estenosante	5,9% (1/17)
	B3: fistulizante	 17,6% (3/17)
	B2B3: estenosante-fistulizante	-
Afectación del crecimiento	G0: sin retraso de crecimiento	81,3% (13/16)
	G1: con retraso de crecimiento	 18,8% (3/16)

Clasificación de París

CLASIFICACIÓN DE PARÍS. COLITIS ULCEROSA		
Localización	E1: proctitis	22,2% (4/18)
	E2: colitis izquierda	22,2% (4/18)
	E3: colitis extensa	5,6% (1/18)
	E4: pancolitis	 50% (9/18)
Gravedad del brote	S0: brote no grave	61,1% (11/18)
	S1: brote grave	38,9% (7/18)

Tratamiento

TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN A LA REMISIÓN

	Nutrición enteral	Corticoides	Biológicos	Inmunosupresores	5-ASA
Enfermedad de Crohn	56,2% (9/16)	62,5% (10/16)	18,6% (3/16)	12,5% (2/16)	25% (4/16)
Colitis ulcerosa	5,6% (1/18)	94,4% (17/18)	~	5,5% (1/18)	66,7% (12/18)
Colitis indeterminada	~	100% (2/2)	~	50% (1/2)	50% (1/2)

TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO

	Nutrición enteral	Corticoides	Biológicos	Inmunosupresores	5-ASA
Enfermedad de Crohn	28,6% (4/14)	~	28,6% (4/14)	85,7% (12/14)	35,7% (5/14)
Colitis ulcerosa	~	~	5,9% (1/17)	52,9% (9/17)	76,5% (13/17)
Colitis indeterminada	~	~	~	100% (2/2)	50% (1/2)

CONCLUSIONES Estudio HUNSC*

❖ Aumento de nuevos diagnósticos a lo largo del periodo de estudio tanto de CU como de EC, permaneciendo la EII_nC estable a lo largo del tiempo.

❖ En el primer periodo se diagnosticaron tan solo 11 casos en 4 años en toda Canarias frente a 38 diagnosticados en el segundo periodo (1991-2014) tan solo en nuestra área de referencia.



Aumento de la incidencia de EII_p:

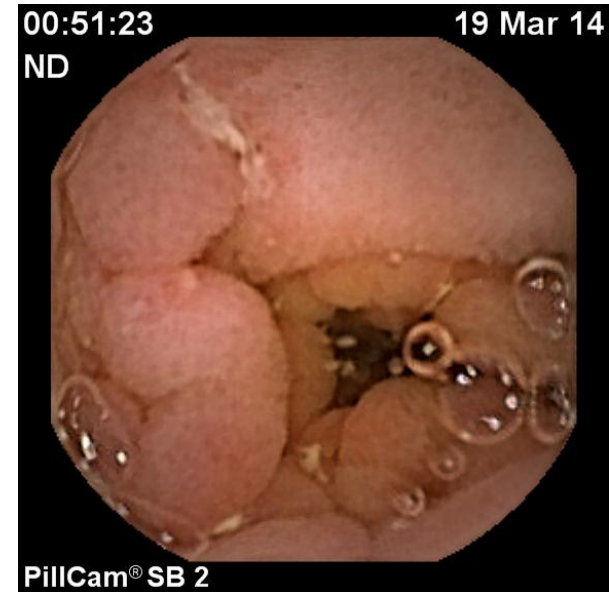
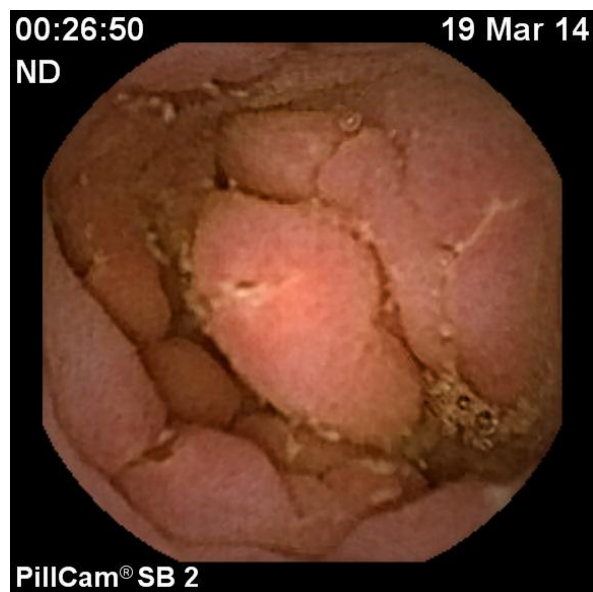
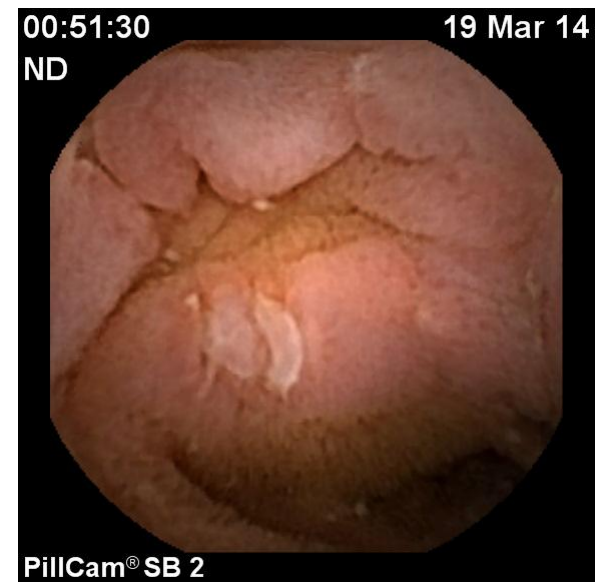
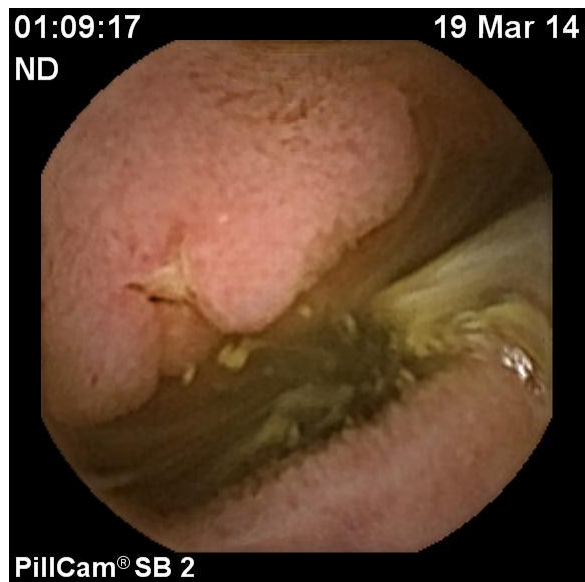
- Incidencia de EC pasó de $1,02/10^5$ habitantes en 2003 a $3,27/10^5$ habitantes en 2012.
- Incidencia de CU pasó de $0/10^5$ habitantes a $1,09/10^5$ habitantes entre estos mismos años (con un pico de $5,37/10^5$ habitantes en 2011).

En nuestra área de referencia está aumentando la EII_p debido a ambas entidades.

❖ Nuestro estudio revela un aumento en la incidencia de EII en edad pediátrica en comparación con años anteriores, con una incidencia de **$4,36/10^5$** habitantes en 2012, confirmando la tendencia observada en otras zonas de España y en el resto del mundo.



NDG, varón. Fecha Nacimiento 12/06/2001
Edad al diagnóstico: 12 años y 9 meses.
Diagnóstico: Enfermedad de Crohn Duodeno yeyunal



¿ De qué vamos a hablar? - IV

- ✓ La importancia del diagnóstico precoz. El pediatra de Atención Primaria pieza clave en el diagnóstico precoz





SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y
NUTRICIÓN
PEDIÁTRICA

Retraso en el diagnóstico en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal Pediátrica: resultados primer año

S. Jiménez, J.Martín de Carpi, VM Navas, FJ Eizaguirre,
A Rodríguez, O Segarra, H Armas, JI García-Burriel, L
Ortigosa, P Oliver, Z García, P Barros, C Ochoa, JM
Bartolomé, JJ Díaz



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y
NUTRICIÓN
PEDIÁTRICA

ESTUDIO SPIDER (Spanish Pediatric Ibd Diagnostic Delay Registry)

Estudio Retraso Diagnóstico

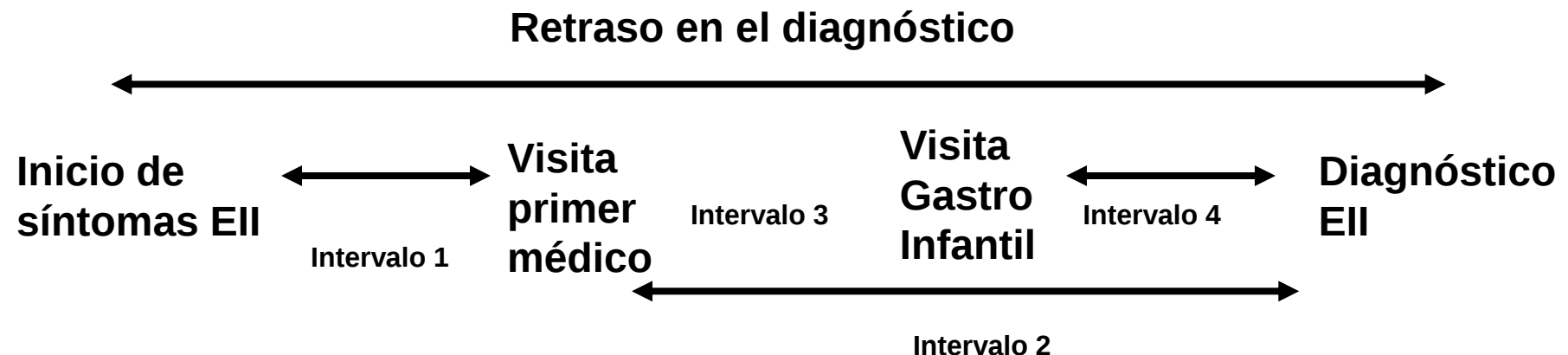


Antecedentes

- **Tratamiento precoz más eficaz**
- **A mayor RD mayor retraso crecimiento**
- **Retraso mayor en EC que en CU**
- **Pocos estudios pediátricos**
- **Algunos epidemiológicos**

Estudio Retraso Diagnóstico

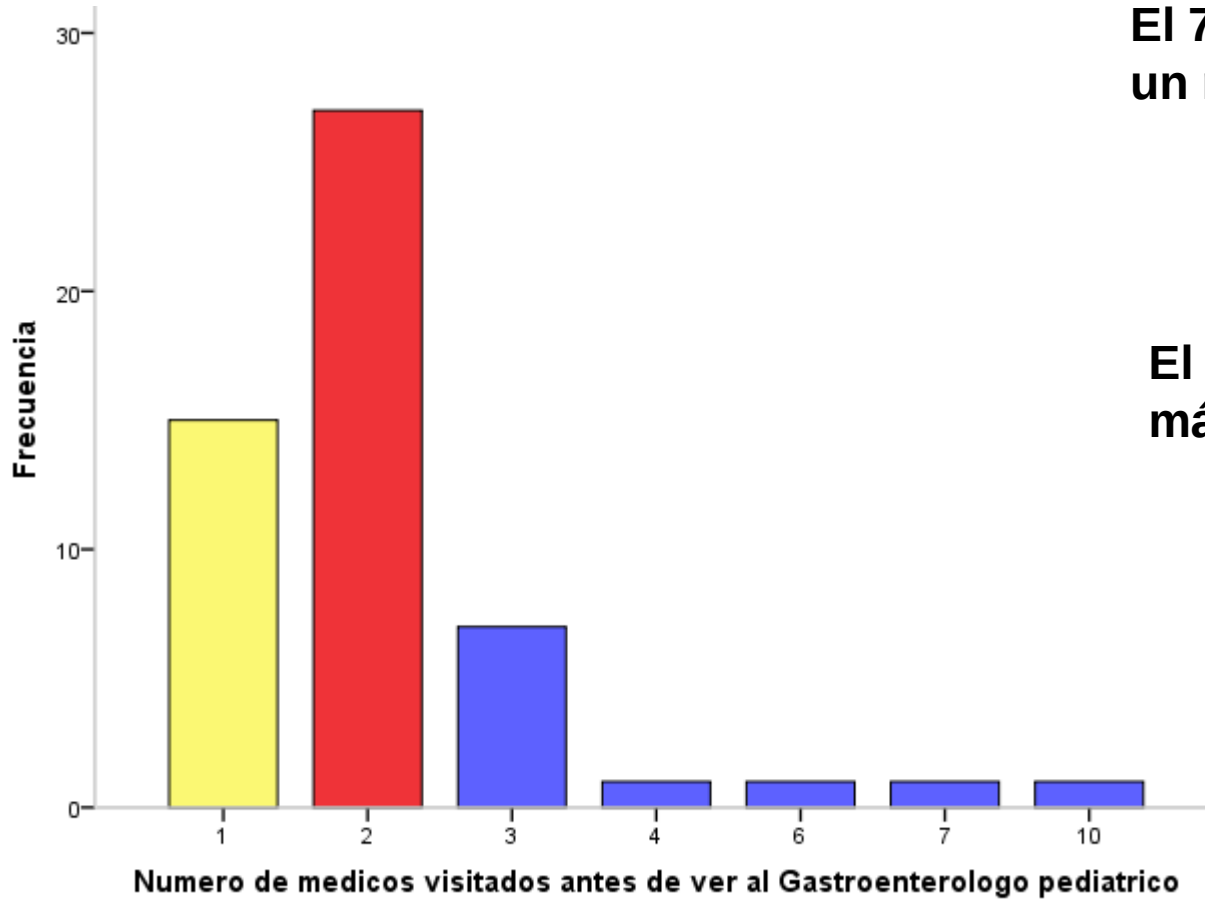
- ¿Cuál es el RD para la EII en España?
- ¿Cuáles son los intervalos de tiempo?
- ¿Qué factores influyen (tipo EII, localización, AF, gravedad)?



Estudio Retraso Diagnóstico

- **Estudio prospectivo**
- **Multicéntrico (Unidades que diagnostiquen EIIp)**
- **2 años de duración: Inicio Enero 2012**
- **Aprobado comité de Ética HUCA**
- **Cuestionario tras diagnóstico de EII**
- **Consentimiento Informado**

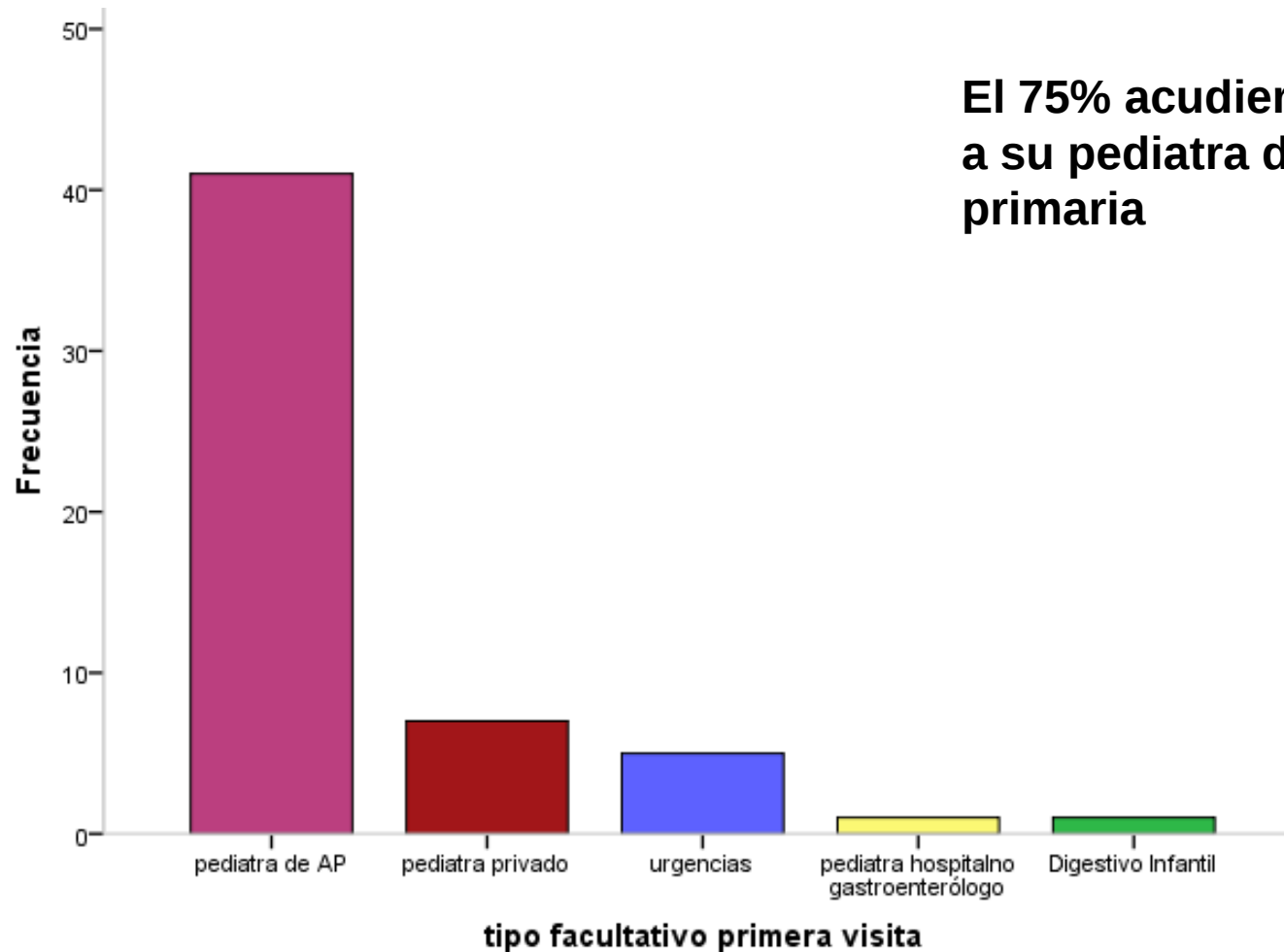
Resultados



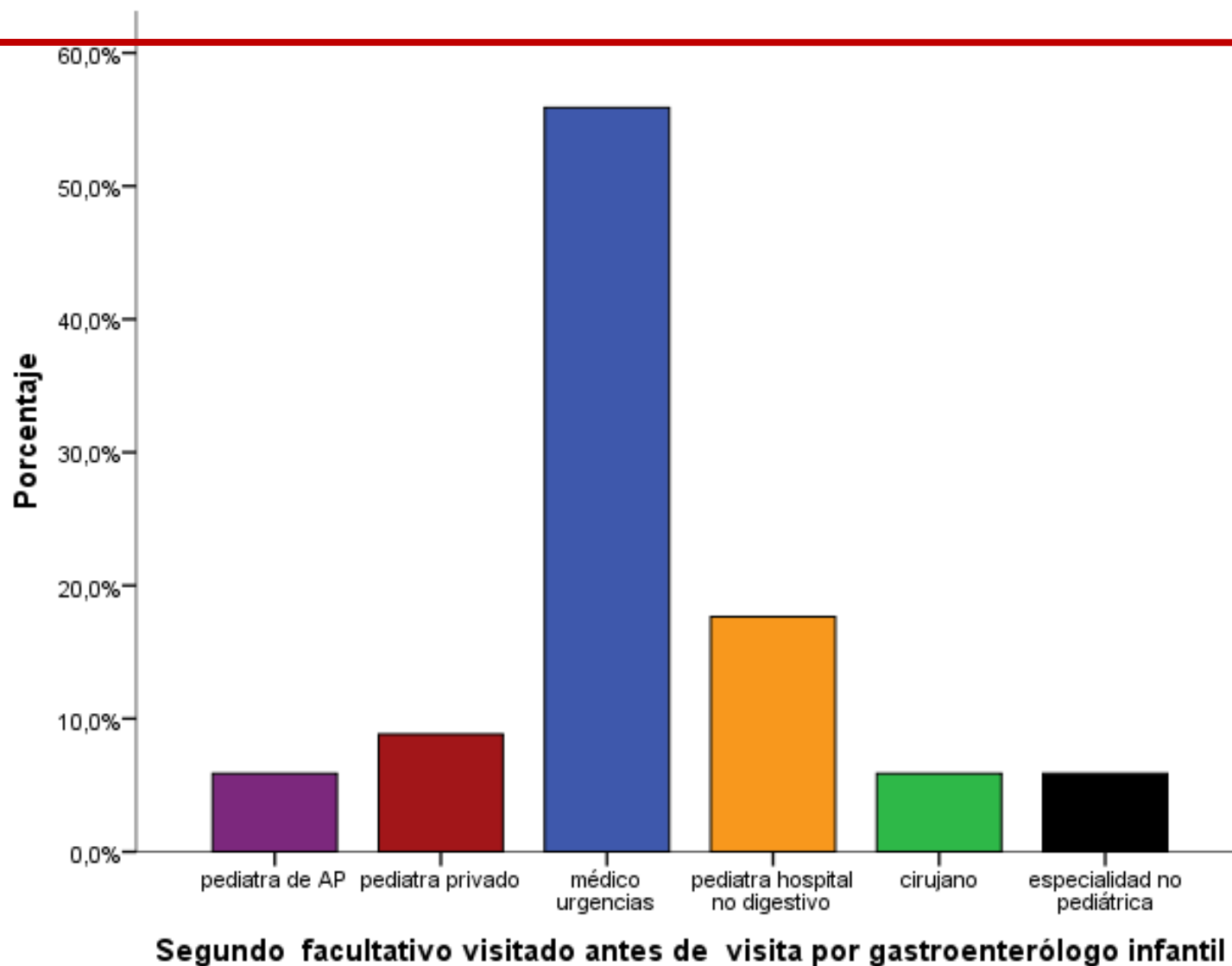
El 71% acudieron a más de un médico

El 20% acudieron a tres o más médicos

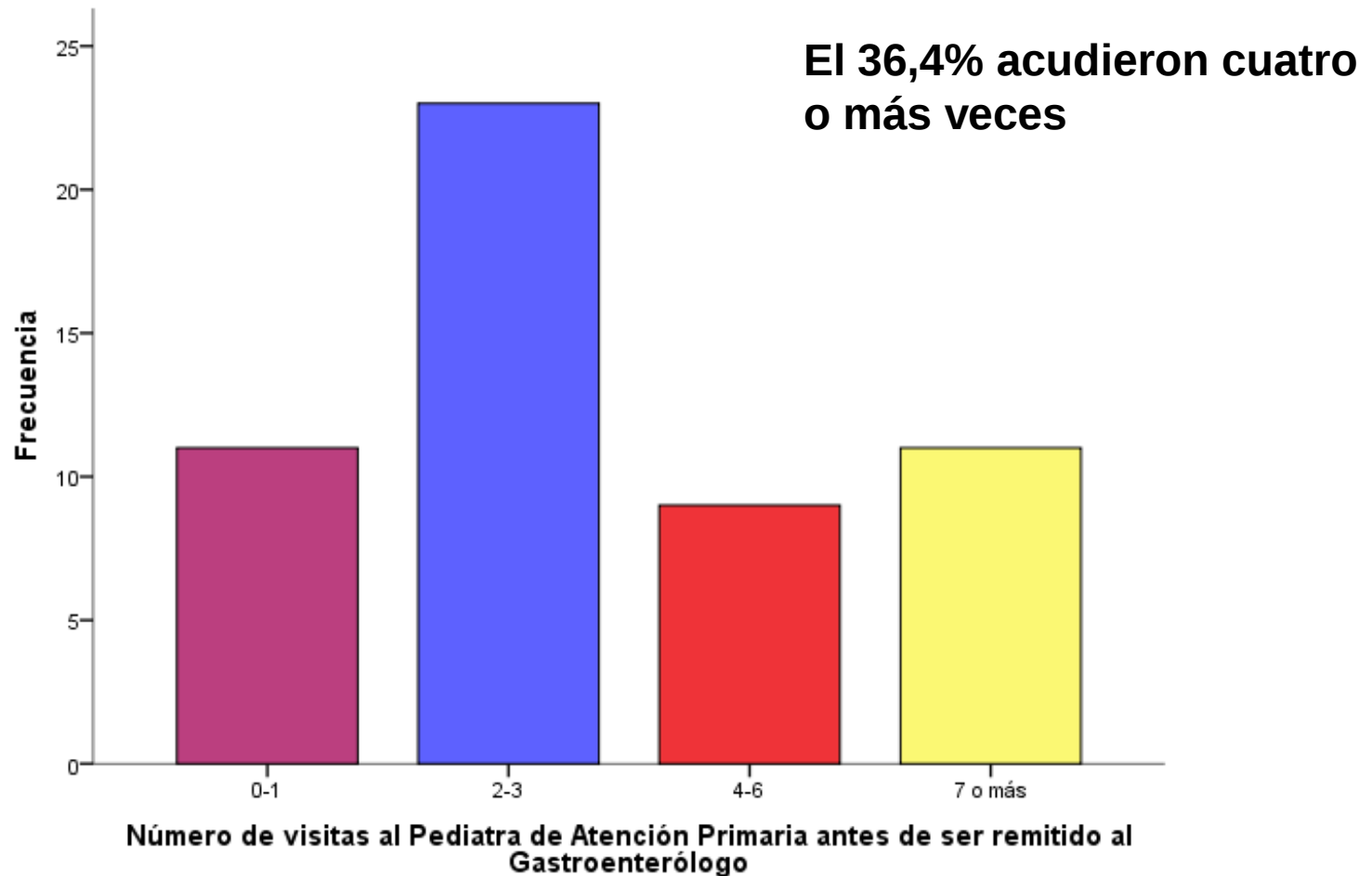
Resultados



Resultados



Resultados



MANEJO DE LA EIIP - I

El tratamiento de la EC y de la CU debe estar orientado a

- ✓ **mejorar y suprimir la sintomatología** digestiva y extraintestinal,
- ✓ **asegurar un aporte nutricional** óptimo para conseguir un crecimiento pondero-estatural adecuado,
- ✓ y **mejorar la calidad de vida** del niño y del adolescente,

Tratamiento – y II

Y aunque en la actualidad no exista tratamiento curativo para la EI, durante los últimos años se han realizado importantes progresos en el tratamiento de la CU y EC pediátrica, relacionados con :

- Nutrición enteral,
- Terapia inmunomoduladora
- Terapia antibiótica y probiótica,
- Terapia antiinflamatoria
- y avances en las técnicas quirúrgicas de los casos que la necesiten.

Tratamiento con 5-ASA (*Pentasa**)



Nuevo



PENTASA® 2g

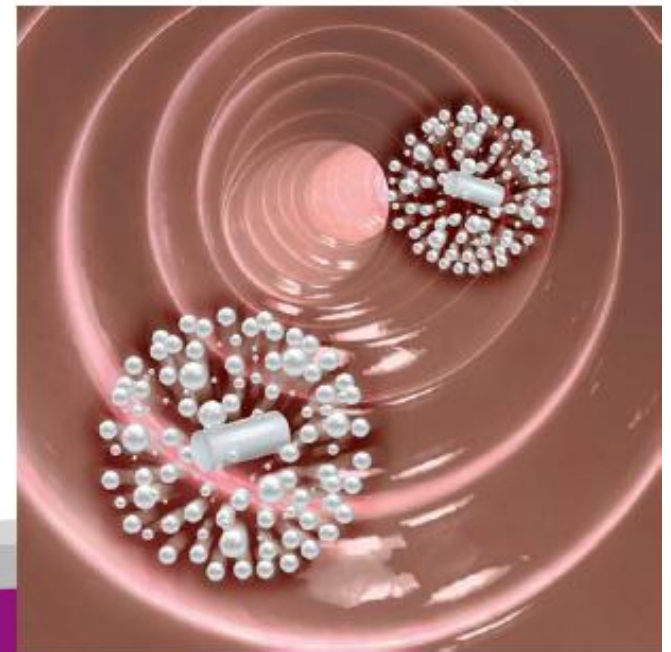
Mesalazina GRANULADO DE LIBERACIÓN PROLONGADA



...ante cualquier circunstancia

La liberación de mesalazina es continua e independiente del pH, aunque existan:

- Alteraciones del tránsito intestinal
- Diarrea y/o aumento de la acidez intestinal
- Ingesta con alimentos



Notas para llevar a casa

- La prevalencia de EI está aumentando de manera considerable entre los niños y adolescentes
- Contamos con Unidades especializadas en el diagnóstico y tratamiento de la EI pediátrica
- Cada vez contamos con nuevos y mejores agentes terapéuticos, por lo que es muy importante incluir a los pacientes pediátricos en ensayos clínicos multicéntricos,...

Notas para llevar a casa

- ...con objeto de alterar la historia natural del comienzo cada vez más precoz de la EI, reducir la frecuencia de las recaídas y quizá también disminuir las necesidades de tratamientos quirúrgicos.

Notas para llevar a casa

...” el manejo de niños y adolescentes con EII requiere atención multidisciplinaria...

- **Gastroenterólogo Infantil**
- **Pediatra de Atención Primaria**
- **Dietista /Nutricionista**
- **Equipo de Enfermería**
- **Radiólogo**
- **Patólogo**
- **Cirujano experto en cirugía de EII**
- **Equipo de Salud mental**
- **Gastroenterólogo de adultos**

...de manera que con la colaboración de todo este equipo se conduzca al niño a la edad adulta con la mejor calidad de vida...”

La correcta asistencia a la EIIp

Atención primaria

- ✓ Diagnóstico de sospecha
- ✓ Derivación precoz
- ✓ Soporte ambulatorio
- Cribado de brotes...

Hospital Terciario (Unidad especializada)

- ✓ Abordaje global inicial:
Diagnóstico y terapéutico
- ✓ Ofrecer una asistencia de calidad
- ✓ Atención multidisciplinar
- ✓ Investigación y docencia
- ✓ Programas de transición

Centros de segundo nivel

- ✓ Derivación precoz a unidades de referencia
- ✓ Soporte en la asistencia (monitorización, analíticas,...)
- ✓ Atención por otras unidades disponibles

Manejo de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal Pediátrica: desde Atención Primaria al Hospital.

DR. LUIS ORTIGOSA CASTILLO

Servicio Pediatría. Hospital Univ.
Nuestra Sra. de Candelaria.



Muchas gracias

Bibliografía recomendada (I)

- Abraham C, Cho JH. Inflammatory Bowel Disease. *N Engl J Med* 2009;361:2066-2078
- Achkar JP, Duerr R. The expanding universe of inflammatory bowel disease genetics. *Current Opinion in Gastroenterology*. 2008;24:429-434.
- Aguilar Diosdado JM, Argüelles Martín F. Enfermedad inflamatoria intestinal. En: *Manual de Gastroenterología Pediátrica*, Argüelles Martin F, Polanco Allué I eds. Editorial Comares, Granada 1996. p. 269-284.
- Arguelles-Arias F, Caunedo A, Romero J, Sanchez A, Rodríguez-Tellez M, Pellicer FJ, et al. The value of capsule endoscopy in pediatric patients with a suspicion of Crohn's disease. *Endoscopy* 2004 36: 869-873.
- Griffiths AM. Enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica: peculiaridades y objetivos específicos. En: *Enfermedad Inflamatoria Intestinal 2ª Edición*. Gassull MA, Gomollón F, Obrador A, Hinojosa J eds. Madrid 2003. p. 359-372.
- Hyams JS, Ferry GD, Mandel FS, Gryboski JD, Kibort PM, Kirschner BS et al. Development and validation of a pediatric Crohn's disease activity index. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1991;12:439-447
- Hyams JS. Enfermedad de Crohn. En *Clin Ped Norteam (edición española)*. *Gastroenterología Pediátrica I* 1996: 243-263.

Bibliografía recomendada (II)

- Martin de Carpi J, Vilar P, Prieto G, García Novo MD, Ribes C, Varea V. Safety and efficacy of granulocyte and monocyte adsorption apheresis in Paediatric Bowel Disease; a prospective pilot study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008 ; 46: 386-391
- Ortigosa L. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. En: *Enfermedades Digestivas en Niños*, Velasco Benítez CA ed. Cali (Colombia) Agosto 2003. p. 109-121.
- Oliva-Hemker M, Fiocchi C. Etiopathogenesis of Inflammatory Bowel Disease: The Importance of the Pediatric Perspective. *Inflammatory Bowel Diseases*.2002; 8:112-128.
- Podolsky DK. Inflammatory Bowel Disease. *N Eng J Med* 2002;347:417-429.
- Turner D, Otley AR, Mack D, Hyams J, De Bruijne J, Uusoue K et al. Development, validation, and evaluation of a Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index: a prospective Multicenter Study. *Gastroenterology* 2007; 133:423-432.
- Turner D, Hyams J, Markowitz J, Leder T, Mack DR, Evans J et al. Appraisal of the Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index (PUCAI). *Inflamm Bowel Dis* 2009;15 (8): 1218-1223.
- Wilson DC, Thomas AG, Croft NM, Newby E, Akobeng AK Sawczenko A et al. Systematic review of the evidence base for the medical treatment of Paediatric Inflammatory Bowel Disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010 ; 50: S14-S34

Bibliografía recomendada (IV)

Grupos de Consenso

- Buller H, Chin S, Kirschner B, Kohn J, Markowitz J, Moore D et al. Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents: Working Group Report of the First World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002;35: S151-S158.
- Differentiating Ulcerative Colitis from Crohn Disease in Children and Young Adults: Report of a Working Group of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the Crohn's and Colitis Foundation of America. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2007;44:653-674.
- IBD Working Group of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN). Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents: Recommendations for Diagnosis. The Porto Criteria. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005;41:1-7.
- Shandu BK, Fell JME, Mark Beattie R, Mitton SG, Wilson DC, Jenkins H et al. Guidelines for the management of Inflammatory Bowel Disease in children in the United Kingdom. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010 ; 50: S1-S13.
- Murch SH, Baldassano R, Buller H, Chin S, Griffiths AM, Hildebrand H et al. Inflammatory Bowel Disease: Working Group Report of the Second World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004;39:S647-S654