

Caso Clínico: Enfermedad de Crohn en Pediatría, el Desafío de un Diagnóstico Temprano

Yadira Del Cisne Silva Salazar¹, Mónica Carolina Sánchez Guamán¹, Bolívar Rudicindo Cabrera Tigre².

RESUMEN

1. Unidad de Pediatría. Hospital General IESS Machala. Machala – Ecuador.
2. Unidad de Traumatología y Ortopedia. Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca – Ecuador.

CORRESPONDENCIA:

Bolívar Rudicindo Cabrera Tigre
Correo Electrónico:
bolocabrerat@hotmail.com
Dirección: Av. Monseñor Leonidas Proaño y S/N
Sector Balsay Alto - San Joaquín
Código Postal: 010163
Teléfono: [593] 07 4177766

Fecha de Recepción: 26 - 11 - 2018
Fecha de Aceptación: 01 - 02 - 2019
Fecha de Publicación: 31 - 03 - 2019

MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Silva Y, Sánchez M, Cabrera B. Caso Clínico: Enfermedad de Crohn en Pediatría, el Desafío de un Diagnóstico Temprano. Rev Med HJCA 2019; 11(1): 63-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2019.11.1.cc.10>

ARTÍCULO ACCESO ABIERTO



©2019 Silva Y et al. Licencia RevMed HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepage.htm>).



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Crohn, clasificada como una enfermedad inflamatoria intestinal, es una patología inflamatoria crónica con afectación transmural y segmentaria de cualquier parte del tracto digestivo. Se caracteriza por presentar sintomatología clásica como dolor abdominal, diarrea y pérdida de peso; en la población pediátrica ocasiona alteración de la velocidad del crecimiento y desarrollo sexual. Un diagnóstico oportuno y el establecimiento de un tratamiento eficaz son elementales para obtener remisión y garantizar la calidad de vida del paciente.

CASO CLÍNICO: Paciente de sexo femenino, de 12 años de edad; consultó por historia de un mes de evolución, caracterizada por fiebre y sintomatología abdominal inespecífica, la misma que incluyó: dolor abdominal, náusea, vómito, pérdida de peso y poliartralgias. Posteriormente el cuadro se exacerbó, presentando deposiciones líquidas sanguinolentas, motivo por el que se decidió su admisión hospitalaria.

EVOLUCIÓN: Se descartó patología infecciosa o inmunológica; se realizó endoscopía y colonoscopía donde se encontraron lesiones erosivas hemorrágicas en ciego. El estudio histopatológico fue compatible con enfermedad de Crohn.

CONCLUSIÓN: La enfermedad de Crohn, constituye una patología a considerarse en la lista de diagnósticos diferenciales del paciente que consulta por sintomatología abdominal inespecífica. Si bien su prevalencia e incidencia son bajas en la población local, las consecuencias relacionadas con la afectación del desarrollo pondoestatural, desarrollo sexual y la salud psicosocial del paciente; obligan el establecimiento de un diagnóstico y tratamiento oportunos.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD DE CROHN, ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, COLITIS GRANULOMATOSA, ILEOCOLITIS, NIÑOS

ABSTRACT

Case Report: Crohn's Disease in Pediatrics, the Challenge of an Early Diagnosis

BACKGROUND: Crohn's disease, classified as an inflammatory bowel disease, is a chronic inflammatory condition that causes transmural and segmental involvement of any part of the digestive tract. It is characterized by presenting classic symptoms such as abdominal pain, diarrhea and weight loss; in pediatric population affects growth and sexual development. An opportune diagnosis and the establishment of an effective treatment are essential to obtain remission and guarantee the quality of life.

CASE REPORT: 12 year-old, female patient; with 1 month history of fever and nonspecific abdominal symptoms that include abdominal pain, nausea, vomiting, weight loss and polyarthralgia. Later, the patient presented bloody stools, being admitted for the respective evaluation.

EVOLUTION: Infectious and immunological origin was ruled out; an endoscopy and colonoscopy were performed; erosive hemorrhagic lesions were found in the cecum. The histopathological study was compatible with Crohn's disease.

CONCLUSION: Crohn's disease is an entity to be considered in the list of differential diagnosis of the patient who complains of nonspecific abdominal symptoms. Although its prevalence and incidence are low in local population, the consequences related to the affection of pondoestatural development, sexual development and the psychosocial health of the patient; force the establishment of an opportune diagnosis and treatment.

KEYWORDS: CROHN'S DISEASE, INFLAMMATORY BOWEL DISEASE, GRANULOMATOUS COLITIS, ILEOCOLITIS, CHILDREN.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn es una entidad clínica clasificada dentro de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII); constituye una patología inflamatoria crónica, de etiología desconocida que afecta al tracto digestivo, principalmente íleon y colon proximal [1]. Se puede presentar a cualquier edad, siendo más frecuente en la segunda y tercera década de vida, observándose un aumento progresivo de casos a nivel mundial [2]; sin embargo, su presentación en adultos mayores no es infrecuente. Investigaciones han reportado que el 25% de pacientes con EII presenta manifestaciones clínicas en la infancia y la adolescencia [3].

En relación a la etiología, se han propuestos factores genéticos, inmunológicos, del medio ambiente y la microbiota intestinal [4, 5]. La presentación clínica clásica incluye la triada compuesta por diarrea recurrente, dolor abdominal y pérdida de peso; sin embargo, esta es poco frecuente, la enfermedad se caracteriza por deposiciones mucosanguinolentas y manifestaciones extraintestinales como astenia marcada, hiporexia, alteraciones cutáneas (eritema nodoso, pioderma gangrenoso), artropatías (artritis), alteraciones hepatobiliarias (colangitis biliar primaria) y trombosis venosa profunda [6, 7].

Para el diagnóstico, los marcadores inespecíficos de procesos inflamatorios, como PCR, VSG, calprotectina fecal y lactoferrina fecal; constituyen un punto de partida en el protocolo; la calprotectina y lactoferrina fecal se positivizan en patología inflamatoria transmural intestinal [8]. Exámenes como la tomografía axial computarizada (TAC) y la Resonancia Magnética Nuclear (RMN), son de utilidad diagnóstica. Las pruebas endoscópicas son esenciales para observar la afectación mucosa segmentaria, el tipo de úlceras (en adoquín, lineales, serpiginosas y grandes úlceras profundas), y la localización de las lesiones. El examen histológico constituye el gold standard, y es positivo para afectación transmural y segmentaria de la pared intestinal [9, 10].

Con el fin de facilitar el estudio de estos pacientes, se han desarrollado escalas de clasificación, una de las más utilizadas es la Escala de Clasificación de Paris (Tabla 1), la misma que permite la categorización de acuerdo a la edad diagnóstica, localización de la enfermedad, evolución y afectación del crecimiento [11]. Adicionalmente se han desarrollado escalas adaptadas a la población pediátrica, siendo el PCDAI (Score Pediatric Crohn's Disease Activity Index) (Tabla 2) una de las más utilizadas; esta escala incluye la valoración de signos y síntomas, exámenes de laboratorio y velocidad del crecimiento, con el propósito de guiar la instauración de acuerdo al estadio de la enfermedad. Las categorías incluyen: remisión clínica (puntaje menor a 10); brote leve (10 – 27); brote moderado (30 – 37,5) y brote severo (>40) [3].

Tabla 1. Clasificación de PARIS de la Enfermedad de Crohn.

Clasificación de PARIS	
Edad al diagnóstico	A1a: 0-9 años A1b: 10-16 años A2: 17 a 40 años A3: >40 años
Localización	L1: 1/3 distal íleon ± ciego L2: colon L3: íleo y colon L4: enfermedad alta, distal al Treitz y proximal al tercio distal del íleon
Conducta	B1: no estenosante, no penetrante B2: estenosante B3: penetrante B2B3: Estenosante y penetrante P: enfermedad perianal
Crecimiento	G0: sin retraso del crecimiento G1: con retraso del crecimiento

Fuente: Clasificación de Paris Tomado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30052570>

En relación al tratamiento, este debe tener un efoque multidisciplinario, el mismo que abarca factores nutricionales, farmacológicos y quirúrgicos. Los fármacos más utilizados incluyen a los corticoides, inmunomoduladores, biológicos, antibióticos, y probióticos; con distintos patrones de eficacia frente a la enfermedad [12]. La enfermedad de Crohn constituye un trastorno subdiagnosticado; dada la baja prevalencia local, en muchas ocasiones es confundida con patología gastrointestinal infecciosa. Es importante que el médico esté familiarizado con la presentación de esta entidad; a continuación se presenta el caso de una adolescente con patología intestinal inespecífica en quien luego de valoración, es diagnosticada de Enfermedad de Crohn.

Tabla 2. PCDAI (Score Pediatric Crohn's Disease Activity Index)

HISTORIA (1 SEMANA)			
Dolor abdominal 0: ninguno 5: leve, breve, no influye en la actividad diaria 10:moderado/severo: diario, largo, afecta a la actividad, nocturno	Estado general y actividad 0: sin limitación de la actividad 5: ocasional dificultad para actividades diarias de la edad 10: limitación frecuente de actividad	Heces (al día) 0: 0-1, líquidas, sin sangre 5: hasta 2 semiformadas con sangre escasa, 2-5 líquidas 10: sangrado abundante, o >6 líquidas o diarrea nocturna	
LABORATORIO			
Hematocrito			
<10 años: 0: >33% 2.5: 28 - 32% 5: <28%	11-19 años (mujeres) 0: => 34% 2.5: 29 - 33% 5: <29%	11-14 años (varones) 0: => 35% 2.5: 30 - 34% 5: <3	15-19 años (varones) 0: => 37% 2.5: 32 - 36% 5: <32%
Velocidad de sedimentación			
0: <20 mm/h	2.5: 20-50mm/h	5:>50mm/h	
Albúmina			
0:>3.5gr/dl	5: 3.1 -3.4 gr/dl	10: <= 3.0 gr/dl	
EXPLORACIÓN FÍSICA			
Talla (al diagnóstico)			
0: <1 percentil descenso 5: =>1<2 percentiles descenso 10: >percentiles descenso			
Talla seguimiento			
0: velocidad de crecimiento => -1 DE 5: velocidad de crecimiento < -1 DE, > -2 DE 10: velocidad de crecimiento ==< -2 DE			
Abdomen			
0: no dolor, no masas 5: dolor o masa palpable 10: dolor, defensa involuntaria, masa definida			
Enfermedad peri rectal			
0: no, colgajos o papilomas cutáneos asintomáticos 5: 1-2 fistulas inactivas, drenaje escaso, no dolor a la palpación 10: fistula activa, drenaje, dolor, o absceso			
Manifestaciones extra digestivas			
Fiebre => 38.5 °C durante 3 días en la última semana, artritis, uveítis, eritema nodoso, pioderma gangrenoso 0: ninguna 5: una 10: =>2			

Fuente: <http://www.apcontinuada.com/es/enfermedad-inflamatoria-intestinal-i-clasificacion/articulo/90196004/>

CASO CLÍNICO

Paciente sexo femenino de 12 años de edad, con antecedentes de alergia a la nistatina. Hace 1 año fue hospitalizada por fiebre de origen a determinar, sin conclusión diagnóstica; familiares refirieron que desde hace 1 mes la paciente presentó escalofríos y picos febriles recurrentes de hasta 40°C, el cuadro se acompañó de dolor abdominal difuso y poliartrralgias. La paciente fue valorada en múltiples ocasiones por los servicios de emergencia, siendo diagnosticada de faringitis, infección del tracto urinario e incluso dengue. Ninguno de los diagnósticos fue concluyente, la paciente permaneció sintomática; al cuadro se sumó astenia marcada, hiporexia, pérdida de peso de 6 kg, además de deposiciones diarreicas sanguinolentas. El examen físico reveló fiebre (39°C) y taquicardia; palidez generalizada, no se detectaron adenopatías cervicales, axilares o inguinales; el examen cardiopulmonar fue normal; el examen

abdominal fue levemente doloroso a la palpación en hipogastrio, RHA conservados, no hepatoesplenomegalia; el examen neurológico fue normal. Fue ingresada al servicio de pediatría del Hospital General de Machala con diagnóstico de fiebre de origen desconocido.

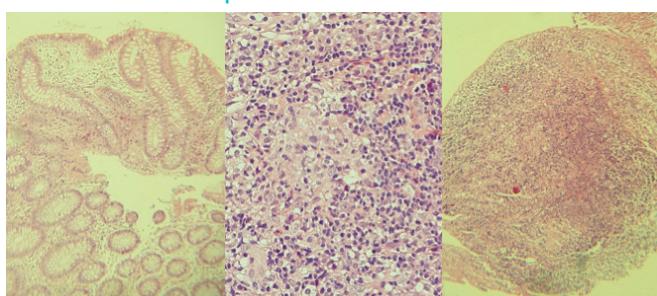
Se realizaron exámenes complementarios, los mismos que fueron positivos para anemia severa normocítica normocrómica (Hb 7.3 g/dl), leucopenia leve (leucocitos 3900/mm³, linfocitos 47.7%, neutrófilos 39.9%) y trombocitosis; se detectó además hiponatremia (129 mEq/L) e hipoalbuminemia (3.2 mg/dl); las pruebas de función renal, hepática y la ecografía abdomino pélvica fueron normales. Se solicitó frotis de sangre periférica y pruebas inmuno-lógicas para dengue, brucellosis, paludismo, toxoplasma, leptospirosis, hepatitis viral; todos dentro de parámetros normales. Se realizó adicionalmente hemocultivos, urocultivos y coprocultivos; el urocultivo fue positivo para Escherichia Coli multisensible.

Por la presencia de deposiciones sanguinolentas, se solicitó endoscopía y colonoscopia; encontrándose gastropatía erosiva a nivel de antró, y múltiples erosiones planas, redondeadas, con bordes hemorrágicos y cubiertos de fibrina a nivel de válvula ileocecal (Imagen 1). El examen histopatológico reportó mucosa con alteración de su arquitectura, distorsión, bifurcación y dilatación de las criptas; marcado infiltrado inflamatorio con polimorfonucleares y linfocitos; criptitis y abscesos críticos, sin cambios neoplásicos malignos (Imagen 2, 3 y 4). Estos datos fueron compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal tipo Enfermedad de Crohn.

Imagen 1. Colonoscopia: erosiones planas en ciego cubiertas con fibrina



Imagen 2, 3 y 4. Mucosa con alteración de su arquitectura, distorsión, bifurcación y dilatación de las criptas; marcado infiltrado inflamatorio con polimorfonucleares y linfocitos; criptitis y abscesos críticos, sin cambios neoplásicos malignos.
Datos compatibles con enfermedad de Crohn.



La biopsia de la mucosa gástrica reveló: mucosa gástrica antral con áreas multicéntricas de epitelio superficial y glandular reemplazados por mucosa intestinal metaplásica de tipo completa; además de lámina propia con moderado infiltrado inflamatorio crónico linfoplasmocitario, no se identificaron bacilos Helicobacter Pylori. La impresión diagnóstica fue gastritis crónica moderada y metaplasia intestinal completa (70%),

EVOLUCIÓN

Una vez realizado el diagnóstico, se inició tratamiento mediante adecuaciones en la dieta, más la adición de suplementos vitamínicos, antibióticos, probióticos y mesalazina. La paciente presentó una evolución favorable, recibe el alta en condiciones clínicamente estables, es derivada a centro de mayor complejidad para seguimiento.

DISCUSIÓN

Al considerar a la enfermedad de Crohn en la población pediátrica, los datos epidemiológicos son variables. A nivel del continente europeo, se reporta una incidencia de 5/100 000 habitantes en el Reino Unido, y 7.6/100 000 habitantes en Eslovenia [13]. En el continente asiático la incidencia es de 0.46/100 000 habitantes; con un incremento desde 0/100 000 habitantes en el año 2000 hasta 6/100 000 habitantes en el 2010 [14]. Esta patología es menos frecuente en el continente Latinoamericano, con una incidencia de 0.4/100 000 habitantes en Argentina; siendo el 40% de los casos correspondientes a enfermedad de Crohn [13]. No existen información en relación a la prevalencia e incidencia de esta patología en el Ecuador.

Respecto a las manifestaciones clínicas, además de los múltiples síntomas y signos ya descritos; se hace énfasis que en la población pediátrica, el fallo de medro se presenta hasta en un 40% de los casos; el impacto al paciente y su entorno es muy significativo, afectando la educación, relaciones interpersonales, desarrollo psicosexual y adherencia a la terapia [15]. Es necesario enfatizar que en estos pacientes predominan las manifestaciones extra-intestinales, siendo la fiebre uno de los signos más importantes; obligando así a incluir a la enfermedad inflamatoria intestinal en la lista de diagnósticos diferenciales de la fiebre de origen desconocido en pediatría [16].

Para el diagnóstico, se consideran criterios clínicos, analíticos, endoscópicos e histológicos [17]. Hallazgos en las pruebas endoscópicas se soportan el diagnóstico son: edema de la mucosa, eritema, granularidad, friabilidad y úlceras. Se han propuesto índices endoscópicos que efectivicen el diagnóstico y clasificación de la enfermedad; sin embargo, no se tiene evidencia suficiente que avale su uso [18]. De acuerdo a la clasificación de Montreal et al; en un estudio realizado en Chile, se encontró que el 44% de los casos tenía una localización colónica, el 28% ileocolónica y 27% localización ileal; el patrón más característico fue el no penetrante no obstructivo con un 80% [19]. En el presente caso se trata de una enfermedad de Crohn A1 (diagnóstico a los 12 años), L2 (localización en intestino grueso por endoscopia y biopsia), B1 (no obstructiva ni perforante).

En relación al tratamiento, existen múltiples estrategias nutricionales, farmacológicas y hasta quirúrgicas. Considerando la parte nutricional, estos pacientes suelen tener deficiencia de vitamina D; se ha observado que mantener concentraciones séricas de 50 ng/ml, mediante suplementación a dosis altas se relaciona con una mejora en la calidad de vida. Las dosis no están bien establecidas pero se demostró que una dosis de 400 IU o 2 000 UI al día durante 3 meses aumentó la concentración en suero de vitamina D en una media de 2.8 ng/ml y 16 ng/ml, respectivamente [20].

Como se ha descrito, la microbiota intestinal constituye un factor elemental en el desarrollo de esta patología. Esta relación ha sido la base de múltiples investigaciones que utilizan probióticos. Sin embargo, no existe evidencia clara que soporte el uso de estos agentes para inducir o mantener la remisión de la enfermedad; constituyendo así factores adyuvantes a la terapia inmunomoduladora [21]. Los corticosteroides y la nutrición enteral han demostrado eficacia para inducir remisión. La nutrición enteral está indicada en enfermedad activa; se utiliza dieta polimérica o elemental por un período mayor a las 6 semanas, preferentemente por vía oral fraccionada o por sonda nasogástrica, para cubrir 140 - 150% de los requerimientos calóricos para edad y altura, o 50 - 70 kcal/kg de peso ideal. Se ha observado una mejoría en la velocidad del crecimiento a los 6 meses de su uso; además ha demostrado ser eficaz en mantener la remisión comparado con placebo [22, 23].

Fármacos como la mesalazina, parte del tratamiento de esta paciente, han sido utilizados ampliamente para el tratamiento de esta patología. Sin embargo, no hay evidencia que soporte su uso para inducir o mantener remisión respecto al placebo [24]. El uso de agentes biológicos como el Infliximab, constituye un pilar importante del tratamiento, especialmente en casos refractarios. Estudios clínicos aleatorizados han demostrado que esta terapia induce remisión clínica en el 33 a 72% de los pacientes a las 4 a 12 semanas de uso [25]. Antibióticos como el metronidazol o ciprofloxacin, están indicados cuando existen complicaciones como sepsis, enfermedad perianal o en el postquirúrgico; donde se ha demostrado que el uso metronidazol en los 3 meses posteriores al tratamiento quirúrgico, redujo significativamente las recurrencias al año de seguimiento. Otros medicamentos que han demostrado eficacia son la budesonida, el metotrexate y la azatioprina [26].

En el presente caso, al evaluar el índice de actividad pediátrica (PCDAI), la enfermedad está categorizada como Activa Moderada, con un puntaje de entre 30 y 37.5 (dolor abdominal leve a moderado =5 puntos, afectación de las actividades diarias por astenia = 5 puntos, deposición con sangre = 5 puntos, hematocrito <29% = 5 puntos, dolor abdominal a la palpación = 5 puntos, albúmina 3.2 mg/dl = 5 puntos, fiebre = 5 puntos). En base a esta clasificación, el tratamiento requerido sería nutrición enteral elemental o el uso de terapia inmunomoduladora a fin de conseguir remisión. Se observa que la terapia utilizada en el presente caso, no fue suficiente para inducir remisión de la enfermedad.

ABREVIATURAS

PCDAI: Score Pediatric Crohn's Disease Activity Index; kg: kilogramos; kcal: kilocalorías; mg: miligramos; ml: mililitros; UI: unidades internacionales; RMN: resonancia magnética nuclear; TAC: tomografía axial computarizada; EI: Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

AGRADECIMIENTOS

Al servicio de Pediatría y de anatomía patológica del Hospital General IESS Machala.

FINANCIAMIENTO

La fuente económica del presente caso fue provista por los autores.

DISPONIBILIDAD DE DATOS Y MATERIALES

Registros del paciente en el sistema AS400 del Hospital General IESS Machala. Machala – Ecuador. Placas histológicas del laboratorio de patología del Hospital General IESS Machala. Machala – Ecuador. Bibliotecas virtuales de salud.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

MS y YS: idea de investigación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del caso. BC y MS: recolección de la información, revisión bibliográfica y redacción del manuscrito. BC y MS: recopilación del caso. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Yadira del Cisne Silva Salazar. Doctora en Medicina y Cirugía, especialista en Pediatría. Tratante del Servicio de pediatría del Hospital General IESS Machala. Machala, El Oro – Ecuador.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7115-4638>
- Bolívar Rudicindo Cabrera Tigre. Médico General en Funciones Hospitalarias. Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1668-5011>
- Mónica Carolina Sánchez Guamán. Médico General en Funciones Hospitalarias. Servicio de Pediatría del Hospital General IESS Machala. Machala, El Oro – Ecuador.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6671-1150>

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores no reportan conflicto de intereses.

CONSENTIMIENTO PARA PUBLICAR

Los autores cuentan con el consentimiento para publicar

APROBACIÓN ÉTICA Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

Los autores cuentan con el consentimiento escrito y firmado por el paciente en el cual acepta el uso de la información de su historial médico y sus imágenes para la publicación del presente caso.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Silva Y, Sánchez M, Cabrera B. Caso Clínico: Enfermedad de Crohn en Pediatría, el Desafío de un Diagnóstico Temprano. Rev Med HJCA 2019; 11(1): 63-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2019.11.1.cc.10>

PUBLONS

 Contribuye con tu revisión en: <https://publons.com/publon/17906670/>

CONCLUSIÓN

La enfermedad de Crohn, constituye una patología a considerarse en la lista de diagnósticos diferenciales del paciente que consulta por sintomatología abdominal inespecífica. Si bien su prevalencia e incidencia son bajas en la población local, las consecuencias relacionadas con la afectación del desarrollo pondoestatural, desarrollo sexual y la salud psicosocial del paciente; obligan el establecimiento de un diagnóstico y tratamiento oportunos. A pesar de los múltiples tratamientos disponibles en la actualidad, los únicos que han demostrado efectividad son el uso de nutrición enteral, corticosteroides y agentes biológicos.

RECOMENDACIONES

Se recomienda mantener un grado de sospecha diagnóstica elevada en pacientes con cuadros gastrointestinales atípicos y resistentes al tratamiento. Se deben llevar registros de los casos diagnosticados, con el fin de desarrollar estudios epidemiológicos a futuro que permitan caracterizar la enfermedad inflamatoria intestinal a nivel local.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguirre D, Archila P, Carrera J, Castaño R, Escobar C, García R, et al. Concenso Colombiano de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Rev Col Gastroenterol [Internet]. 2012; 27 (3) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcc/v27s1/v27s1.pdf>
2. Arcos J, Donat E, Polo B, Masip E, Ribes C, Pereda A. Retraso diagnóstico en la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica. Descripción y estudio de los factores de riesgo. An Pediatric [Internet]. 2015;82(4):247-254 Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es-pdf/S169540331400321X> DOI: 10.1016/j.anpedi.2014.05.024
3. González M, Ossa J, Allende F, Canales P, Cofre C, Faúndez R, et al. Enfermedad inflamatoria intestinal en pediatría (EI): revisión. grupo de trabajo de la sociedad latinoamericana de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica (SLAGHNP) Acta Gastroenterol Latinoam [Internet]. 2018;48(3): 226-241 Disponible en: <http://www.apcontinuada.com/es/enfermedad-inflamatoria-intestinal-i-clasificación/articulo/90196004/>
4. Yamamoto J Enfermedad de Crohn. Revista de gastroenterología de Mexico [Internet]. 2017; 82 (1):79-81 Disponible en: www.revistagastroenterologiamexico.org/es/pdf/X0375090615357936/S300/
5. Zamudio V, Ramírez J, Toro E, Cervantes R, Zarate F, Montijo E, et al. Importancia de la Microbiota Gastrointestinal en Pediatría. Acta Pediatr Mex [Internet]. 2017; 38 (1):49-62 Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v38n1/2395-8235-apm-38-01-0049.pdf>
6. Oviedo C, Yañez M Pennacchietti V. Frequency of oral manifestation in Patients with inflammatory bowel Disease en Chile. Int J. Odontostomatol [Internet]. 2017; 11(3):267-271. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v11n3/0718-381X-ijodontos-11-03-00267.pdf>
7. Gonchetti P, Dignass A, Danese S, Magro F, Rogler G, Laszlo P, et al. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 2: Surgical Management and Special Situations. Journal of Crohn's and Colitis [Internet]. 2017; 2 (11):135-149 Disponible en: <https://academic.oup.com/ecco-jcc/article/11/2/135/2456548> DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjw169
8. Melchior C, Aziz M, Aubry T, Gourcerol G, Quillards M, Zalar A, et.al. Does calprotectin level identify a subgroup among patients suffering from irritable bowel syndrome? Results of a prospective study. United European Gastroenterology journal[Internet]. 2017; 5(2):261-269 Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5349360/pdf/10.1177_2050640616650062.pdf DOI: 10.1177/2050640616650062
9. Passos MAT, Chaves FC, Chaves-Junior N. The importance of colonoscopy in inflammatory bowel diseases. ABCD Arq Bras Cir Dig [Internet]. 2018 [citado 22 Julio 2018];31(2):e1374. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v31n2/0102-6720-abcd-31-02-e1374.pdf> DOI: /10.1590/0102-672020180001e1374
10. Novak G, Parker CE, Pai RK, MacDonald JK, Feagan BG, Sandborn WJ, et al. Histologic scoring indices for evaluation of disease activity in Crohn's disease.Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017, Issue 7. Art. No.: CD012351.DOI: 10.1002/14651858.CD012351.pub2. Disponible en <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012351.pub2/epdf/abstract>
11. Kim S, Park S, Kang Y, Kim J, Kang B, Choe B, et al. Can We Estimate Quality of Life in Pediatric Inflammatory Bowel Disease Patients? An Asian Multicenter Study. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2019 Jan;68(1):45-49. DOI: 10.1097/MPG.0000000000002119 Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30052570>
12. Hano O, Andrade S, Villa O, Gonzalez L, Wood L. Caracterización de pacientes con enfermedad de Crohn atendidos en el Instituto de Gastroenterología de Cuba, Revista cubana de investigaciones biomédicas [Internet]. 2014; 33(3):253-2467 Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/ibc/v33n3/ibc01314.pdf>
13. Vicentín R, Wagener M, País A, Contreras M, Orsi M, et al. One year prospective registry of inflammatory bowel disease in the Argentine pediatric population. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2017;115 (6):533-540. Disponible en http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v115n6/en_v115n6a04.pdf. DOI: 10.5546/aap.2017.eng.533
14. Cui G and Yuan A. A Systematic Review of Epidemiology and Risk Factors Associated With Chinese Inflammatory Bowel Disease. Front. Med [Internet]. 2018; 5 (183). Disponible en <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2018.00183/full> DOI: 10.3389/fmed.2018.00183
15. Martínez M. Enfermedad inflamatoria intestinal. Pediatr Integral (Madrid) pediátrica [Internet]. 2015 2015 ; XIX (2): 119-126. Disponible en https://www.pediatricintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix02/05/n2-119-126_Maria%20Mtnez.pdf
16. Muñoz M, Barbado F, Gómez J, López M, Pagán B, Vázquez J. Enfermedad de Crohn: ¿Todavía hoy causa de fiebre de origen desconocido clásica?. An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2007; 24(4): 185-186. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000400007&lng=es.
17. Van G, Dignass A, Panes J, Beaugerie L, Karagiannis J, Allez M, et al. The European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO); The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis, Journal of Crohn's and Colitis[Internet].2010; 4(1): 7-27. Disponible en <https://academic.oup.com/ecco-jcc/article/4/1/7/402141> DOI: 10.1016/j.crohns.2009.12.003
18. Khanna R, Nelson S, Feagan B, D'Haens G, Sandborn W, Zou G, et al. Endoscopic scoring indices for evaluation of disease activity in Crohn's disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016 [citado 25 Julio 2018], Issue 8. Art. No.: CD010642. DOI: 10.1002/14651858.CD010642.pub2. Disponible en <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010642.pub2/epdf>
19. Simian D, Fluxá D, Flores L, Lubascher J, Ibañez P, Figueroa C, et al. Inflammatory bowel disease: A descriptive study of 716 local Chilean patients. World J Gastroenterol[Internet]. 2016; 22(22): 5267-5275. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4893474/pdf/WJG-22-5267.pdf> DOI: 10.3748/wjg.v22.i22.5267
20. Hlavaty T, Krajcovicova A, Koller T, Toth J, Nevidanska M, Huorka M, et al. Higher vitamin D serum concentration increases health related quality of life in patients with inflammatory bowel diseases. World J Gastroenterol [Internet]. 2014;20(42): 15787-15796. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4229545/pdf/WJG-20-15787.pdf> DOI: 10.3748/wjg.v20.i42.15787
21. Yamamoto J, Gutiérrez Y, López J, Bosques F, Rocha J. Consenso mexicano para el diagnóstico y tratamiento de la colitis ulcerosa crónica idiopática. Revista de Gastroenterología de México [Internet]. 2018;83(2):144--167 Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S037509061830034X?via%3Dihub> DOI: 10.1016/j.rgxmx.2017.08.006
22. Martínez M, Fernández C, Donilo M . Nutrición en enfermedad inflamatoria intestinal. Nutr Hosp [Internet]. 2016 33(4):59-62. Disponible en <https://www.nutricionhospitalaria.org/index.php/articles/00348/show> DOI: 10.20960/nh.348
23. Newby E, Sawczenko A, Thomas A, Wilson D. Interventions for growth failure in childhood Crohn's disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 3. Art. No.: CD003873. DOI: 10.1002/14651858.CD003873.pub2. Disponible en <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003873.pub2/epdf/abstract>
24. Méndez T. Enfermedad de Crohn. Rev Gastroenterol Mex[Internet]. 2010; 1(75):145-148. Disponible en <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/enfermedad-crohn/articulo/X0375090610546328/>
25. Otoya G, Borda L, Chiroque L, Venturell M. Croh's disease: clinical case and review of literature. Rev Gastroenterol Peru [Internet].2014;34(4):339-44 Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v34n4/a09v34n4.pdf>
26. Gomollón F, Dignass A, Annese V, Tilg H, Van G, Lindsay J, et al. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 1: Diagnosis and Medical Management, Journal of Crohn's and Colitis[Internet]. 2017; 11, (1):3-25. Disponible en <https://academic.oup.com/ecco-jcc/article/11/1/3/2456546> DOI 10.1093/ecco-jcc/jjw168