

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

**FACTORES PREDICTORES DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y RECURRENCIA
POSQUIRÚRGICA EN ENFERMEDAD DE CROHN**

TESIS DE POSGRADO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN

GASTROENTEROLOGIA

PRESENTA

CARLOS IVAN GARCIA MARTINEZ

ASESOR DE TESIS
DR. JESUS KAZUO YAMAMOTO FURUSHO

TESIS REALIZADA CON UNA BECA OTORGADA POR LA SECRETRIA DE
RELACIONES EXTERIORES DEL GOBIERNO DE MEXICO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dr. Miguel Ángel Valdovinos Díaz
Coordinador del curso de Gastroenterología del INCMNSZ

Dr. Luis F. Uscanga Domínguez
Jefe de Enseñanza del INCMNSZ

Dr. Jesús Kazuo Yamamoto Furusho
Asesor de tesis

DEDICATORIA

A DIOS

Por darme la vida

A MIS PADRES

Por su ejemplo

A BLANCA

Por su amor incondicional

A MIS HERMANOS

Por su apoyo

A MIS AMIGOS

Por su compañía y consejos

A MIS MAESTROS

Por su enseñanza

ÍNDICE	PÁGINA
---------------	---------------

ANTECEDENTES	
---------------------	--

Enfermedad de Crohn	5
---------------------	---

Características Clínicas	6
--------------------------	---

Diagnóstico	7
-------------	---

Tratamiento médico	8
--------------------	---

Tratamiento quirúrgico	11
------------------------	----

JUSTIFICACIÓN	13
----------------------	----

OBJETIVOS	14
------------------	----

MATERIAL Y MÉTODOS	15
---------------------------	----

RESULTADOS	17
-------------------	----

DISCUSIÓN	21
------------------	----

CONCLUSIONES	24
---------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	25
-----------------------------------	----

ANEXOS	31
---------------	----

ANTECEDENTES

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) esta representada principalmente por dos patologías conocidas como colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) y enfermedad de Crohn (EC), las cuales se han descrito desde hace aproximadamente 75 años, caracterizadas por inflamación crónica de la mucosa intestinal, con un curso clínico variable, con presentación en adultos jóvenes (2ª a 4ª década de la vida) con un segundo pico a 60 años siendo en un 15% de los casos diagnosticados (1,2).

La prevalencia e incidencia de EII es muy variable en la que se involucran múltiples factores entre los que están factores genéticos, ambientales e inmunológicos. La prevalencia de EII es 100 por 100,000 en la población general, con 10,000 nuevos casos diagnosticados anualmente (3). La incidencia de EC es de 5-10 por 100,000 por año la cual se encuentra en aumento, estudios han demostrado una prevalencia de 50-100 por 100,000 (4,5). Aunque la EII ocurre en todo el mundo, se encuentra una alta incidencia en raza blanca particularmente al este de Europa, sin embargo hay un aumento en la incidencia en Asia, África y Latinoamérica. La Enfermedad de Crohn esta compuesta por un grupo de alteraciones con hallazgos clínicas e histopatológicos específicos caracterizados por inflamación focal, asimétrica, transmural y ocasionalmente granulomatosa, que afecta principalmente el tracto gastrointestinal, la cual puede presentarse desde la boca hasta el ano. Estos desordenes pueden presentar complicaciones sistémicas y extraintestinales. Esta enfermedad es un trastorno inflamatorio crónico el cual no es curable, requiriendo diferentes manejos para inducir remisión y mantener control sintomático para mejorar la calidad de vida de los pacientes y minimizar las complicaciones de la misma (6). Aproximadamente 90% de los pacientes requiere de al menos un procedimiento quirúrgico a lo largo de la vida (7). Al diagnóstico, cerca del 28% de pacientes con EC presentan enfermedad ileocolónica y un 25% presenta solamente involucro colónico.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Una de las características de la EC es la heterogeneidad de sus manifestaciones clínicas lo cual hace difícil su diagnóstico (8). La enfermedad puede afectar cualquier grupo de edad, pero el inicio es más frecuente en la segunda o tercera década. Los síntomas característicos son diarrea crónica, dolor abdominal, pérdida de peso, fiebre, sangrado. Los signos clínicos incluyen palidez, caquexia, masa o sensibilidad abdominal, fisura perianal, fistulas o abscesos; hallazgos extraintestinales incluyen inflamación de ojos, piel y articulaciones (9,10). Aunque el inicio de la enfermedad puede ser de forma insidiosa, ocasionalmente puede presentarse de forma fulminante o con la presencia de megacolon tóxico (11). El íleon y el colon son los sitios más frecuentemente afectados, comúnmente complicados por obstrucción intestinal, masa inflamatoria o abscesos; a diferencia de CUCI las manifestaciones perianales son exclusivamente de EC (12). La enfermedad limitada al colon típicamente se puede presentar con sangrado rectal y complicaciones perianales; la enfermedad localizada en yeyuno e íleon es menos común y a menudo presenta múltiples estenosis, sobrecrecimiento bacteriano y enteropatía perdedora de proteínas, siendo más frecuente su presentación en pacientes jóvenes (13,14). Las manifestaciones extraintestinales de EC relacionadas a inflamación intestinal son espondilitis anquilosante y sacroiliitis, artritis periférica, eritema nodoso y pioderma gangrenoso, episcleritis, colangitis esclerosante primaria e hipercoagulabilidad (15). Actualmente existe una clasificación realizada en Viena la cual fue creada para tener un mejor entendimiento de la enfermedad, en la que se evalúa la edad de inicio de la enfermedad, localización de la misma, y la forma de la presentación (16).

La historia natural de la enfermedad depende de la forma de la presentación de la misma. Se sabe que la presentación inflamatoria es crónica con un curso de recaídas, aproximadamente la mitad de los pacientes pueden tener remisión clínica; si un paciente se encuentra en remisión clínica durante un año, tiene una probabilidad del 80% de continuar en remisión durante el siguiente año; si un paciente tuvo enfermedad activa en el último año, tiene una probabilidad del 70% de continuar con actividad en el año siguiente, con una probabilidad del 50% de entrar en remisión

durante los siguientes tres años; menos del 5% de los pacientes presentan enfermedad de forma continua (17). Estudios han demostrado que el riesgo durante la vida de desarrollar fistulas en pacientes con EC varía de 20% a 40% (12). El curso clínico de las fistulas es variable dependiendo de su localización y su complejidad; las fistulas internas (entero-vesicales, entero-entéricas) responden menos al tratamiento médico, en comparación con las fistulas externas (entero-cutáneas); la recurrencia de fistula perianal después de tratamiento médico o quirúrgico se presenta en un porcentaje que varía desde 59 a 82% (18).

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de EC se realiza por medio de la combinación de manifestaciones clínicas, endoscópicas e histopatológicas. La enfermedad debe de considerarse como diagnóstico diferencial cuando se presentan las manifestaciones clínicas previamente descritas, entre las patologías que se deben de descartar son: procesos infecciosos, isquémicos, radiación, uso de medicamentos, colitis microscópica. Entre los estudios de laboratorio que se recomiendan están anticuerpos en contra de *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA), anticuerpos antineutrofilos citoplasmáticos (ANCA), se han utilizados nuevos métodos como concentraciones fecales de calprotectina o lactoferrina, siendo un excelente método para detectar inflamación intestinal; entre los métodos utilizados serológicos para detectar inflamación se encuentran proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación globular (VSG), además es importante descartar la presencia de patógenos entéricos y *clostridium difficile* (19,20). Evidencia reciente ha demostrado que la EC tiene una predisposición genética, en la que se han detectado alteración de los genes NOD2/CARD15, sin embargo no se ha aprobado su utilidad en la práctica clínica (21). La utilidad de la endoscopia en la enfermedad es muy importante debido a que confirma el diagnóstico (macroscópico), localiza la enfermedad, el tipo de presentación, así como la obtención de tejido para evaluación histopatológica (22). Una de las ventajas de la endoscopia es que tiene potencial terapéutico siendo la más importante la dilatación endoscópica con balón en pacientes con enfermedad estenosante y/o estenosis de anastomosis quirúrgicas (23). Recientemente se han

realizado estudios para evaluar la utilidad de la videocapsula endoscópica, encontrándose que tiene la capacidad de detectar lesiones en intestino delgado desapercibidas en estudios de imagen, sin embargo por el riesgo de retención en pacientes con enfermedad estenótica (hasta del 13%) se recomienda la realización de estudios con medio de contraste antes de su uso, siendo importante descartar la presencia de estenosis, siendo esta una contraindicación absoluta de la videocapsula endoscópica (24,25). Otros métodos diagnósticos de EC incluyen estudios de imagen entre los que están enema de bario con doble contraste, enteroclisia, ultrasonido transabdominal, tomografía y resonancia magnética (22,26).

TRATAMIENTO MÉDICO

Para el tratamiento de la EI es importante conocer el grado de actividad de la enfermedad, localización de la misma y la presencia de manifestaciones extra intestinales. El índice mas utilizado para evaluar la actividad de la enfermedad es el "Índice de Actividad de Enfermedad de Crohn" (CDAI) por sus siglas en ingles (Anexo1, 27). Pacientes con CDAI < 150 se consideran en remisión clínica, en la que los pacientes han presentado adecuada respuesta al tratamiento (medico o quirúrgico), sin tener presencia de actividad residual. Se consideran pacientes con enfermedad leve a moderada con CDAI entre 150-220, los cuales se encuentran ambulatorios, tolerando alimentación y medicamentos por vía oral, sin manifestaciones de deshidratación, toxicidad sistémica (fiebre, postración), masa abdominal, obstrucción intestinal o pérdida de peso > 10%. Se consideran pacientes con enfermedad moderada-severa a aquellos con CDAI 220-450 asociados a fiebre, pérdida significativa de peso, dolor abdominal, náusea o vómitos, anemia significativa. Un CDAI > 450 nos indica enfermedad grave o fulminante manifestado por falta de respuesta a medicamentos orales y la presencia de vómitos, fiebre, obstrucción intestinal, signos de perforación intestinal o la presencia de colecciones intraabdominales (28). Después de evaluar la severidad de la enfermedad es importante descartar la presencia de infecciones intestinales (*Salmonella*,

Campilobacter, Clostridium), fistulas, intolerancia a la lactosa, obstrucción intestinal, eventos adversos por el uso de medicamentos.

Las medidas terapéuticas dependen de la localización, actividad y presentación de la enfermedad, entre la secuela del tratamiento se recomienda el tratamiento de la enfermedad aguda, la inducción a la remisión y el mantenimiento de la misma. Con un adecuado tratamiento, la evidencia clínica de mejoría se presenta dentro de las primeras 2 a 4 semanas y la máxima mejoría se lleva a cabo dentro de las 12 a 16 semanas (29). Es importante que el paciente conozca acerca de la enfermedad y del tratamiento a instituir, debido a que la utilidad del medicamento depende de factores clínicos, endoscópicos e histopatológico, siendo importante que conozca acerca de los efectos secundarios que se pueden presentar durante la terapia así como la respuesta al tratamiento. El inicio del tratamiento se debe de realizar de acuerdo a la actividad de la enfermedad y su localización.

En pacientes con enfermedad leve se ha utilizado mesalazina a dosis de 3.2 a 4 g/d (evidencia grado C) para enfermedad ileal, ileocolónica o colónica y sulfasalazina 3 a 6 g/día para enfermedad ileocolónica y colónica. Sin embargo evidencia reciente ha demostrado que su utilidad confiere mínimo beneficio cuando se compara con placebo (30). Se ha demostrado también que ni el uso de antibióticos ni de antimicobacterianos está recomendado (31,32). Estudios han demostrado que el uso de budesonida oral 9 mg/día es superior que placebo y mesalazina siendo actualmente el tratamiento de primera línea en pacientes con enfermedad leve a moderada (33,34). En pacientes con estenosis y la presencia de sobre crecimiento bacteriano, se recomienda la utilización de antibióticos, sin embargo no hay evidencia clínica que sustente esta recomendación (35).

En pacientes con enfermedad moderada se debe de tratar con prednisona 40-60 mg hasta la resolución de los síntomas y haya evidencia de ganancia de peso (7 a 28 días), presentando una respuesta de 80% a 90% (36). El uso de antibióticos es recomendado si se sospecha de complicaciones infecciosas (31). El uso de azatioprina y 6-mercaptopurina son eficaces para mantener la remisión inducida por esteroides

así como en pacientes esteroideos dependientes (hasta el 50% de pacientes tratados con esteroideos se vuelven dependientes) (37), el monitoreo de biometría hemática es recomendado por el riesgo de supresión de médula ósea por el uso de estos medicamentos (38). El uso de anticuerpos monoclonales anti-TNF (infiximab, adalimumab y certolizumab) han demostrado efectividad en el tratamiento de EC en pacientes que no responden a corticosteroides e inmunomoduladores (38). El uso de Infiximab a dosis de 2 mg/kg en la semana 0, 2 y 6 seguido por terapia de mantenimiento se recomienda en pacientes no respondedores, la combinación de este medicamento con azatioprina es eficaz en pacientes vírgenes al tratamiento con inmunobiologicos, sin embargo se ha demostrado el riesgo de linfoma en pacientes pediátricos (39,40). Es importante descartar la presencia de tuberculosis latente debido al alto riesgo de reactivación de la enfermedad con el uso de estos medicamentos (41). Otro anti-TNF aprobado para pacientes con EC es Adalimumab el cual ha demostrado su efectividad en pacientes que son vírgenes a terapia biológica y a aquellos que no responden al tratamiento con Infiximab, la dosis más efectiva es la aplicación subcutánea de 160 mg la dosis inicial seguido por 80 mg a las dos semanas seguido por dosis de 40 mg semanal o quincenal (42). Otros medicamentos aprobados son Certoluzimab y Natalizumab los cuales han demostrado ser efectivos para inducir remisión clínica (43,44).

En pacientes con enfermedad grave o fulminante es importante la administración de esteroideos IV así como descartar la presencia de colecciones intraabdominales, obstrucción y perforación, siendo de vital importancia el descartar estas complicaciones para el inicio de esteroideos la cual se recomienda el equivalente de prednisona 40 a 60 mg en forma intravenosa (recomendación C), además se debe de iniciar nutrición parenteral para mantener requerimiento nutricionales adecuados si el paciente no tolera alimentación enteral o si esta contraindicada su administración. En estos pacientes es importante la administración de líquidos y electrolitos. Estudios han demostrado la utilidad del uso de Tacrolimus (45). Pacientes que responden a tratamiento con esteroideos o tacrolimus deben de recibir tratamiento inmunomodulador como terapia de mantenimiento (46).

El tratamiento de la enfermedad perianal y fistulizante incluye la combinación de tratamiento médico y quirúrgico. La presencia de material purulento es una indicación de drenaje quirúrgico con o sin la colocación de setones (47); sin la presencia de la salida de material purulento se puede tratar de forma médica mediante la administración de antibióticos, inmunosupresores (48,49) y anticuerpos monoclonales este ultimo indicado a la falta de respuesta al tratamiento médico logrando cierre de al menos una fistula a la cuarta semana y manteniendo la respuesta durante 40 semanas administrando de forma continua el medicamento (50).

Cuando se logra la remisión de la enfermedad el siguiente paso es administrar medicamentos adecuados para el mantenimiento de la remisión, siendo de vital importancia para así disminuir las readmisiones hospitalarias y la necesidad de cirugía, mejorando así la calidad de vida de los pacientes. El uso de sulfasalazina y mesalazina no tienen ningún beneficio para mantenimiento de la remisión (51). El uso de inmunomoduladores como Azatioprina y 6-Mercaptopurina han demostrado ser eficaces en el mantenimiento de la remisión (52). El uso de anti-TNF es efectivo para el mantenimiento de remisión (50).

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Durante la evolución de la enfermedad aproximadamente el 70% de los pacientes necesitara de tratamiento quirúrgico, de los cuales aproximadamente 30% a 50%, continuara en remisión clínica durante los primeros años. Las indicaciones para el tratamiento quirúrgico son específicas entre las que están resección de estenosis, drenaje de abscesos, fistulas, enfermedad grave o fulminante (hemorragia, perforación), displasia, cáncer. La indicación mas frecuente de cirugía es la enfermedad refractaria a tratamiento medico o por presencia de efectos secundarios por el uso de los mismos (53,54). Pacientes con enfermedad activo que no responde a tratamiento medico en 7 a 10 días debe de considerarse como candidatos potenciales a tratamiento quirúrgico (29). La EC colónica tratada con resección limitada de segmentos de colon está asociado con alta recurrencia de la enfermedad cuando se compara con proctocolectomía total (55). Estudios han demostrado que el uso de

corticosteroides aumenta el riesgo de infecciones postoperatorias, demostrando que el uso de inmunomoduladores disminuye tal riesgo (56,57). Actualmente existe un crecimiento del tratamiento quirúrgico por vía laparoscópica para así disminuir complicaciones postoperatorias como dolor, abscesos, estancia hospitalaria y mejorando aspectos estéticos. En resumen es importante evaluar de forma individual cada paciente para así decidir el tratamiento quirúrgico de elección.

Uno de los principales problemas de la realización de procedimientos quirúrgicos es la recurrencia después del tratamiento, estudios han demostrado una recurrencia de aproximadamente 70% cuando se realiza resección ileocolónica. Entre los factores de riesgo para recurrencia de la enfermedad es la presencia de tabaquismo activo, patrón inflamatorio de la enfermedad, sexo femenino así como enfermedad perianal. Existen múltiples tratamientos médicos para prevenir la recurrencia de la enfermedad entre los que está disminuir el uso de esteroides en el período peri operatorio, el inicio de inmunomoduladores como azatioprina así como la administración de medicamentos anti-TNF α . (57).

JUSTIFICACION

Debido al alto riesgo de cirugía y recurrencia postquirúrgica es importante conocer los factores que puedan predecir la presencia de las mismas, para así realizar una vigilancia más estrecha de estos pacientes y dar tratamiento eficaz para prevenir las complicaciones que se asocian en la realización de un procedimiento quirúrgico en este tipo de pacientes.

Además, no se conoce la epidemiología de la Enfermedad de Crohn en Latino América, incluyendo México, sin embargo algunos reportes sugieren una baja incidencia con presentación leve en el curso de la enfermedad. En la literatura solamente existe un estudio en el que se describen las características clínicas y epidemiológicas de CUCI en población Mexicana (3).

OBJETIVO PRINCIPAL

Identificar factores predictores de tratamiento quirúrgico y recurrencia posquirúrgica en Enfermedad de Crohn

OBJETIVOS SECUNDARIOS

1. Determinar la frecuencia de nuevos casos en Enfermedad de Crohn en el INCMNSZ
2. Conocer las características clínicas y epidemiológicas en una cohorte de pacientes con EC.

MATERIAL Y MÉTODOS

METODOLOGIA:

Se revisaron todos los expedientes con diagnóstico histopatológico de EC, los datos fueron recolectados desde el año de 1978 a 2008. Se revisaron un total de 86 expedientes con diagnóstico de EC, los cuales fueron referidos al Instituto Nacional de Ciencias Medicas y nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ).

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Diagnóstico fue definitivo por hallazgo histopatológico o diagnostico probable por correlación clínica, endoscópica y radiológica
- Diagnostico realizado o confirmado en INCMNSZ
- Pacientes ingresados al hospital así como los pacientes atendidos en consulta externa.

El código del diagnóstico fue basado en la Clasificación internacional de enfermedades el cual se identifica como K.50.9 (Enfermedad de Crohn).

El diagnóstico de enfermedad de Crohn se realizó por la presencia de los siguientes criterios: historia de diarrea, enterorragia, hallazgos endoscópicos (ulceras serpentiformes, erosiones, edema y eritema de la mucosa) y/o radiológicos e histopatológicos compatibles con enfermedad de Crohn. Además se evaluó la extensión de la enfermedad por medio de la clasificación de Vienna. Todos los pacientes son provenientes de áreas urbanas y rurales de México.

Se obtuvo información clínica y demográficas por medio de una boleta de recolección de datos (Anexo2) revisando los registros clínicos siendo sexo, edad al diagnóstico, antecedentes familiares de EII, historia de consumo de cigarrillos,

apendicectomía, presencia de infección por *Clostridium difficile*, parásitos, evolución de la enfermedad, extensión y curso clínico de la enfermedad, así como el tratamiento médico y quirúrgico.

ANALISIS ESTADISTICO:

La estadística descriptiva fue expresada en medias y desviaciones estándar, medianas con valores máximos y mínimos según variable. Nuevos casos de EC fueron reportados anualmente con frecuencia. Los datos fueron analizados con prueba t de Student para variables numéricas y Chi cuadrada para variables nominales. El valor P se midió a dos colas y un resultado menor a 0.05 fue considerado estadísticamente significativo. El análisis de datos fue realizado en el programa estadístico SPSS versión 15.0 para Windows.

RESULTADOS:

Un total de 86 casos fueron diagnosticados con EC, con diagnósticos desde 1978 a 2008, se decidió dividir en dos períodos de quince años cada uno, el primero que corresponde de 1978 a 1993 se diagnosticaron 19 casos; el segundo período que corresponde de 1994 a 2008 se diagnosticaron 67 casos ($p < 0.0001$) (Fig1). La edad del diagnóstico agrupada por década fue 0 a 17 años: 5.8%; de 18 a 27 años: 26%; de 28 a 37 años: 9.3%; 38 a 47 años: 12.8%; de 48 a 57 años: 17.4%; de 58 a 67 años: 20.9%; mayor de 67 años: 7%. El sexo femenino estuvo afectado en el 51.2%. La mediana del tiempo de seguimiento fue de 96 meses (12-360), con seguimiento activo de 58 pacientes (67.5%). El tiempo desde el inicio de síntomas hasta el diagnóstico fue con mediana de 18 meses (2-240). Ninguno de los pacientes tenía historia familiar de EII, el 13% eran fumadores y 25% ex fumadores y en el momento del diagnóstico el 87% era no fumador. Los síntomas predominantes fueron: dolor abdominal (95.3%), diarrea (90.7%), pérdida de peso (76%) con una pérdida promedio de $11.2 \text{ kg} \pm 5.51$, la media del IMC fue de 21.3 ± 3.7 , fatiga (74%), fiebre (45.3), diarrea sanguinolenta (37.2%), lesiones ano rectales (12.8%). Según la clasificación de Vienna el 52% era menor de 40 años.

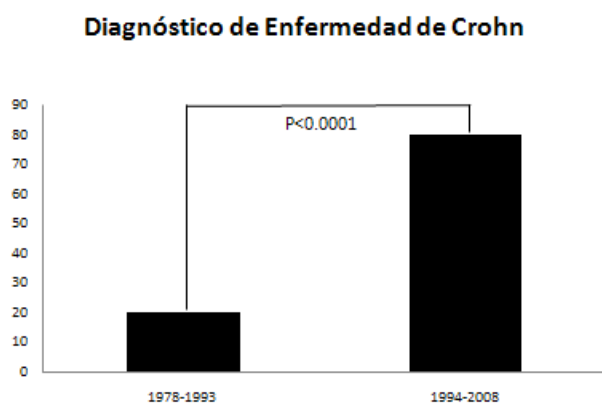


Figura 1. Año Dx de Enfermedad de Crohn

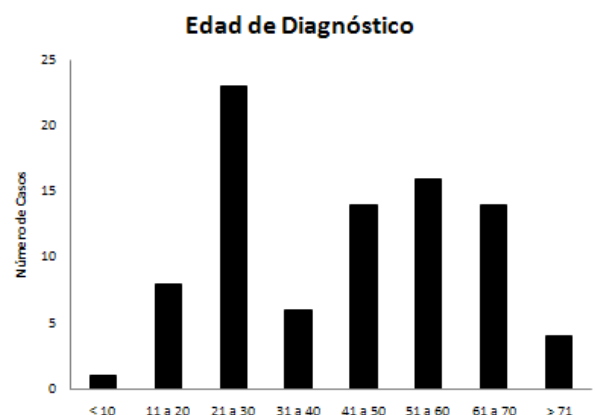


Figura 2. Pacientes con Enfermedad de Crohn de acuerdo a la edad de diagnóstico

Extensión y tipo de presentación

La extensión de la enfermedad fue evaluado utilizando diferentes métodos diagnósticos entre los que están estudios de imagen (tránsito intestinal y tomografía computada); colonoscopia y estudio histopatológico. Para definir la extensión y la presentación de la enfermedad se utilizó la clasificación de Vienna. Del total de los pacientes evaluados (89) con EC 35 pacientes tenían enfermedad ileal (40.7%), 33 extensión ileocolónica (38.4%), 15 enfermedad limitada al colon (17.4%), 3 con enfermedad de tracto gastrointestinal superior (3.5%). Treinta y seis pacientes (41%) se manifestó con patrón inflamatorio, 37 pacientes con patrón estenosante (43%) y 13 pacientes con variedad fistulizante (15.1%).

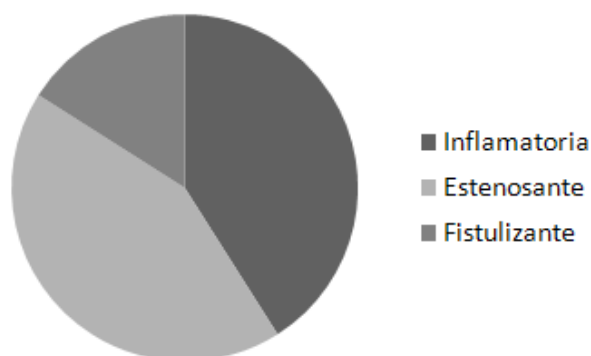


Figura 3. Distribución del patrón de la enfermedad

Cirugía:

Durante el seguimiento de la enfermedad se realizó procedimiento quirúrgico a 60 pacientes (70%), se realizó colectomía total en 3.3%, hemicolectomía derecha en (65%), colectomía subtotal (6.6%), resección de ID (6.6%), esofagectomía (1.6%). La indicación más frecuente de cirugía fue obstrucción en 65% de los casos. Del total de los pacientes operados el 65% se encontraba en actividad grave de la enfermedad. No hubo diferencia en tratamiento quirúrgico cuando se analiza según clasificación de Vienna con respecto a

la edad. Se encontró que los pacientes que tenían afección ileocolónica tenían mas probabilidad de ser operados ($p=0.001$), así como el patrón estenosante (tabla1) Cuando se compara sexo, anticuerpos antineutrofilos, Anticuerpos antisacaromises, velocidad de sedimentación globular, no se encontró diferencia estadística entre grupos operados y no operados. Se encontró que la los pacientes que tenían lesión anorectal tenían más frecuentemente recurrencia postquirúrgica ($p=0.006$) así como la presencia de patrón fistulizante ($p<0.0001$).

Tabla 1. Factores Asociados a Tratamiento quirúrgico

	Operado n=60	No operado n=26	p
Edad al Dx (media)	43.38	41.23	0.08
IMC (media)	22.04	23.01	0.66
PCR (media)	7.3	6.3	0.3
Patrón estenosante (n)	33	5	0.0001
Actividad grave (n)	39	0	0.0001
Enfermedad Ileocolonica (n)	26	7	0.017
Hx. de apendicectomía	19	41	0.049

IMC: Índice de masa corporal, PCR: Proteína C reactiva

Manifestaciones Extraintestinales:

Durante el seguimiento 37pacientes (43%) presentó alguna manifestación extraintestinal distribuidos según localización: manifestaciones articulares (25.6%), eritema nodoso (12.8%), osteopenia y/o osteoporosis (11%), pioderma gangrenosa (3.2%) y uveítis (2.3%).

Tratamiento Médico:

Del total de los pacientes el 85% estaba recibiendo sulfazalazina o 5-Aminosalicilatos; el 45% tenía tratamiento con Azatioprina o 6-Mercaptopurina; 40% se encontraba con tratamiento con corticoides orales, y un 6% se encontró que recibió

tratamiento con medicamentos anti-TNF α . El 90% de los pacientes respondió al tratamiento médico, el resto presentó enfermedad continua. Veintinueve pacientes (25%) se encontraban en remisión clínica solamente con tratamiento con 5-aminosalicilatos o sulfasalazina El número promedio de hospitalizaciones fue de 2.6, con rango de 1 a 15 hospitalizaciones durante su seguimiento.

Tabla 2. Tratamiento médico de pacientes con EC

5- Acido Aminosalicílico	85%
Azatioprina	45%
Glucocorticoides orales	40%
Infliximab	6%

EC: Enfermedad de Crohn

DISCUSIÓN:

La enfermedad de Crohn es una patología que se ha descrito desde hace muchos años, que ha presentado un aumento en la incidencia de la enfermedad, sin embargo no se conocen las características clínicas, epidemiológicas en Latinoamérica, por lo que la realización de este estudio nos ayuda a conocer e identificar la forma de presentación en nuestra población, así como el tratamiento médico y quirúrgico y su respuesta al mismo. Este trabajo es el primero realizado en un país latinoamericano siendo de vital importancia para el mejor entendimiento de la enfermedad en nuestra población.

Al igual que lo reportado previamente en países europeos y en Norte América, la incidencia de la enfermedad ha aumentado a través de los años, probablemente por el aumento de los métodos diagnósticos de la enfermedad, sin embargo no se puede descartar el aumento de costumbres dietéticas de países occidentales, así como el aumento de las medidas de higiene de la población, ya que se ha demostrado de forma científica que el estar expuesto a parásitos confiere una protección inmune para el inicio de la enfermedad.

Es importante destacar que el diagnóstico de la EC tiene una presentación bimodal, como se ha descrito en estudios epidemiológicos de Enfermedad Inflamatoria intestinal; como se mencionó previamente el tiempo de los síntomas al diagnóstico tuvo una mediana de 18 meses lo que a través del tiempo fue disminuyendo probablemente por la alta sospecha de la enfermedad. Otro hallazgo encontrado fue que ninguno de los pacientes presentaba historia familiar de EII, lo que nos indica una agregación familiar nula comparada con países desarrollados (58). Una de las características principales es la presencia de diarrea y pérdida de peso como parte del abordaje del diagnóstico de la enfermedad, en la que la mayoría de los pacientes la presentaba por lo que el diagnóstico de la enfermedad en pacientes mexicanos se basa en características clínicas similares a raza caucásica, así como similar localización de la enfermedad siendo la presentación ileal e ileocolónica las más frecuentemente encontradas, otra de las características de nuestra serie es que la presentación estenosante fue la más prevalente, seguida por la

inflamatoria en la que en el 60% la presentación endoscópica fue la presencia de úlceras aftoides y/o serpentiformes.

Actualmente se ha disminuido el uso de tratamiento con 5-asa en EC debido a que estudios recientes han demostrado la poca efectividad para mantenimiento de remisión, sin embargo en nuestra serie encontramos que un alto porcentaje de pacientes continúan con tratamiento a base de estos medicamentos y que muchos de ellos se mantienen en remisión clínica, probablemente por la poca agresividad de la enfermedad en raza hispana (3), sin embargo ha habido un aumento del uso de inmunomoduladores como Azatioprina para mantenimiento de remisión así como ahorrador de esteroides, encontrando en nuestra serie que el 45% de los pacientes se encontraban con estos medicamentos. A diferencia de reportes previos donde se ha descrito que a lo largo de la vida el número de pacientes que requiere tratamiento quirúrgico va desde el 75% a 90% (59), en nuestra serie se encontró que un 70% requirió algún tratamiento quirúrgico a lo largo del seguimiento, probablemente la razón por una prevalencia más baja de cirugía sea debido al uso de Azatioprina e Infliximab. Uno de los aportes más importantes de nuestra serie fue que logramos identificar factores de riesgo para cirugía en los que se encontró que la afección ileocolónica con un patrón estenosante predice la probabilidad de cirugía a lo largo del tiempo ($p < 0.001$), no se encontró que el sexo femenino (60), un alto índice tabáquico y algún patrón específico de la presentación de la enfermedad pudieran predecir la necesidad del tratamiento quirúrgico de la enfermedad. En relación a la probabilidad de recurrencia postquirúrgica en pacientes con lesiones anorectales es un factor asociado de recurrencia posquirúrgica también encontrado en nuestra serie ($p < 0.001$), probablemente por la presencia de fistulas y/o abscesos, confirmando lo encontrado en diferentes estudios realizados. A diferencia de lo descrito en estudios previos es importante destacar que en nuestro estudio no encontramos que el uso de azatioprina prevenga la recurrencia de la enfermedad, sin embargo puede ser una de las debilidades del estudio debido a que es retrospectivo, no pudiendo evaluar de forma precisa el inicio de estos medicamentos, además no se logró identificar el tiempo de presentación de la recurrencia desde haber recibido el tratamiento quirúrgico. Parece que la realización de apendicetomía es un factor protector para cirugía. Otros de los factores

que predicen recurrencia posquirúrgica es la realización de proctocolectomía total cuando se compara con resección de un segmento de colon, lo cual no fue confirmado en nuestra cohorte, además se sabe que el tener márgenes con actividad de EC no predice una mayor recurrencia posquirúrgica lo cual no fue posible confirmar en nuestra serie debido a que en la base de datos de hallazgos histopatológicos no describen características específicas de la actividad de la enfermedad. Durante el seguimiento de los pacientes no se ha documentado ningún caso de cáncer o displasia, lo que hace diferencia a estudios previos que han demostrado la incidencia de displasia y adenocarcinoma de 2.3% y 2.7% respectivamente (61,62).

Otra característica similar reportada a la literatura anglosajona fue la presencia de manifestaciones extraintestinales, en la que las manifestaciones articulares, dermatológicas como eritema nodoso y pioderma gangrenosa, manifestaciones oculares como uveítis (63).

CONCLUSIONES:

En este estudio se encontró:

1. Incremento de la incidencia de nuevos casos de EC en México en los últimos 15 años.
2. Se identificaron factores predictores de tratamiento quirúrgico y recurrencia posquirúrgica.
3. El curso clínico de la EC en México parece ser más benigno que lo reportado en países desarrollados debido a la ausencia de historia familiar de EII, baja prevalencia de tabaquismo y patrón fistulizante en solo el 15% de nuestra cohorte.
4. Es necesario realizar estudio prospectivo para determinar el papel real de la azatioprina y 5-ASA como factores que disminuyen la recurrencia posquirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **RM Beattie, NM Croft, RB Heuschkel.** Inflammatory bowel disease Arch. Dis. Child 2006;91:426-432
2. **Susana Nikolaus, Stefan Schreiber.** Diagnostic of Inflammatory bowel disease Gastroenterology 2007;133:1670-89
3. **Yamamoto-Furusho JK.** Clinical epidemiology of ulcerative colitis in Mexico J Clin Gastroenterology 2008 Dec 3
4. **MJ Carter, AJ Lobo, SP Travis.** Guidelines for the management of Inflammatory Bowel Disease in adults GUT;2004;53:1-16
5. **Loftus EV Jr.** Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence, and environmental influences. Gastroenterology 2004;126:1504-17
6. **Lichtenstein GR, Yan S, Bala M et al.** Remission in patients with Crohn's disease is associated with improvement in employment and quality of life and a decrease in hospitalizations and surgeries . Am J Gastroenterol 2004;99:91–6
7. **Scott R Steele.** Operative Management of Crohn Disease Surg Clin N Am 2007;87:611-31
8. **Sands BE.** From symptom to diagnosis: clinical distinctions among various forms of intestinal inflammation . Gastroenterology 2004;126:1518–32
9. **Podolsky DK.** Inflammatory bowel disease . N Engl J Med 2002;347:417–29
10. **Loftus EV Jr.** Management of extraintestinal manifestations and other complications of inflammatory bowel disease . Curr Gastroenterol Rep 2004;6:506–13
11. **Bernstein CN, Nabalamba A.** Hospitalization, surgery, and readmission rates of IBD in Canada: a population-based study . Am J Gastroenterol 2006;101:110–8
12. **Sandborn WJ, Fazio VW, Feagan BG et al.** AGA technical review on perianal Crohn's disease . Gastroenterology 2003;125:1508–30
13. **Lapidus A, Bernell O, Hellers G et al.** Clinical course of colorectal Crohn's disease: a 35-year follow-up study of 507 patients . Gastroenterology 1998;114:1151–60
14. **Cuffari C, Dubinsky M, Darbari A et al.** Crohn's jejunoileitis: the pediatrician's perspective on diagnosis and management . Inflamm Bowel Dis 2005;11:696–704

15. **Su CG, Judge TA, Lichtenstein GR.** Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease . *Gastroenterol Clin North Am* 2002;31:307–27
16. **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
17. **Silverstein MD, Loftus EV, Sandborn WJ et al.** Clinical course and costs of care for Crohn's disease: Markov model analysis of a population-based cohort . *Gastroenterology* 1999 ;117:49–57
18. **Schwartz DA, Loftus EV Jr, Tremaine WJ et al.** The natural history of fistulizing Crohn's disease in Olmsted County, Minnesota . *Gastroenterology* 2002;122:875–80
19. **Mylonaki M, Langmead L, Pantes A et al.** Enteric infection in relapse of inflammatory bowel disease: importance of microbiological examination of stool *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004;16:775–8
20. **Sandborn WJ.** Serologic markers in inflammatory bowel disease: state of the art . *Rev Gastroenterol Disord* 2004;4:167–74
21. **Vermeire S.** NOD2/CARD15: relevance in clinical practice . *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2004;18:569–75
22. **Stange EF, Travis SP, Vermeire S et al.** European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis . *Gut* 2006;55 (Suppl 1):i1–15
23. **Ajlouni Y, Iser JH, Gibson PR.** Endoscopic balloon dilatation of intestinal strictures in Crohn's disease: safe alternative to surgery . *J Gastroenterol Hepatol* 2007;22:486–90
24. **Eliakim R, Suissa A, Yassin K et al.** Wireless capsule video endoscopy compared to barium follow-through and computerised tomography in patients with suspected Crohn's disease - Final report . *Dig Liver Dis* 2004;36:519–22
25. **Cheifetz AS, Kornbluth AA, Legnani P et al.** The risk of retention of the capsule endoscope in patients with known or suspected Crohn's disease *Am J Gastroenterol* 2006;101:2218–22

26. **Hara AK, Leighton JA, Heigh RI et al.** Crohn disease of the small bowel: preliminary comparison among CT enterography, capsule endoscopy, small-bowel follow-through, and ileoscopy . *Radiology* 2006;238:128–34
27. **Sandborn WJ, Feagan BG, Hanauer SB et al.** A review of activity indices and efficacy endpoints for clinical trials of medical therapy in adults with Crohn’s disease . *Gastroenterology* 2002;122:512–30
28. **Brignola C, Campieri M, Bazzocchi G, et al.** A laboratory index for predicting relapse in asymptomatic patients with Crohn’s disease. *Gastroenterology* 1986;91:1490–4
29. **Gary R. Lichtenstein, Stephen B. Hanauer, William Sandborn.** Management of Crohn’s Disease in Adults *Am J Gastroenterol* 2009;104:465-83
30. **Hanauer SB, Stromberg U.** Oral Pentasa in the treatment of active Crohn’s disease: a meta-analysis of double-blind, placebo-controlled trials. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004;2:379–88
31. **S P L Travis, E F Stange, M Le´mann.** European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn’s disease: current management *Gut* 2006;55 (Suppl):i16–i35
32. **Selby W, Pavli P, Crotty B et al.** Two-year combination antibiotic therapy with clarithromycin, rifabutin, and clofazimine for Crohn’s disease . *Gastroenterology* 2007;132:2313–9
33. **Kane SV, Schoenfeld P, Sandborn WJ et al.** Effectiveness of budesonide therapy for Crohn’s disease . *Aliment Pharmacol Ther* 2002;16:1509–17
34. **Otley A, Steinhart AH.** Budesonide for induction of remission in Crohn’s disease . *Cochrane Database Syst Rev* 2005 , CD000296
35. **Freeman HJ.** Long-term clinical behavior of jejunoileal involvement in Crohn’s disease . *Can J Gastroenterol* 2005;19:575–8
36. **Campieri M , Ferguson A , Doe W et al.** Oral budesonide is as effective as oral prednisolone in active Crohn’s disease. The Global Budesonide Study Group . *Gut* 1997;41:209–14
37. **Pearson DC, May GR, Fick G et al.** Azathioprine for maintaining remission of Crohn’s disease . *Cochrane Database Syst Rev* 2000 , CD000067

38. **Lichtenstein GR, Abreu MT, Cohen R et al.** American Gastroenterological Association Institute technical review on corticosteroids, immunomodulators, and infliximab in inflammatory bowel disease . *Gastroenterology* 2006;130:940–87
39. **Lemann M, Mary JY, Duclos B et al.** Infliximab plus azathioprine for steroid-dependent Crohn's disease patients: a randomized placebo controlled trial. *Gastroenterology* 2006;130:1054–61
40. **Clark M, Colombel JF, Feagan BC et al.** American gastroenterological association consensus development conference on the use of biologics in the treatment of inflammatory bowel disease, *Gastroenterology* 2007;133:312–39
41. **Keane J, Gershon S, Wise RP et al.** Tuberculosis associated with infliximab, a tumor necrosis factor alpha-neutralizing agent . *N Engl J Med* 2001;345:1098–104
42. **Hanauer S, Lukas M, Macintosh D et al.** A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of the human anti-TNF-alpha monoclonal antibody adalimumab for the induction of remission in patients with moderate to severely active Crohn's disease . *Gastroenterology* 2004;127:332
43. **Schreiber S, Rutgeerts P, Fedorak RN et al.** A randomized, placebo controlled trial of certolizumab pegol (CDP870) for treatment of Crohn's disease . *Gastroenterology* 2005;129:807–18
44. **Targan SR, Feagan BG, Fedorak RN et al.** Natalizumab for the treatment of active Crohn's disease: results of the ENCORE Trial . *Gastroenterology* 2007;132:1672–83
45. **Fellermann K, Ludwig D, Stahl M et al.** Steroid-unresponsive acute attacks of inflammatory bowel disease: immunomodulation by tacrolimus (FK506) . *Am J Gastroenterol* 1998;93:1860–6
46. **Aberra FN, Lichtenstein GR.** Review article: monitoring of immunomodulators in inflammatory bowel disease . *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21:307–19
47. **Sandborn WJ.** Optimizing anti-tumor necrosis factor strategies in inflammatory bowel disease . *Curr Gastroenterol Rep* 2003;5:501-5
48. **Isaacs KL, Sartor RB.** Treatment of inflammatory bowel disease with antibiotics . *Gastroenterol Clin North Am* 2004;33:335–45

49. **Sandborn WJ, Present DH, Isaacs KL et al.** Tacrolimus for the treatment of fistulas in patients with Crohn's disease: a randomized, placebo-controlled trial . *Gastroenterology* 2003;125:380–8
50. **Sands BE, Anderson FH, Bernstein CN et al.** Infliximab maintenance therapy for fistulizing Crohn's disease . *N Engl J Med* 2004;350:876–85
51. **Modigliani R, Colombel JF, Dupas JL et al.** Mesalamine in Crohn's disease with steroid-induced remission: effect on steroid withdrawal and remission maintenance, Groupe d ' Etudes therapeutiques des Affections Inflammatoires Digestives . *Gastroenterology* 1996;110:688–93
52. **Lemann M, Mary JY, Colombel JF et al.** A randomized, double-blind, controlled withdrawal trial in Crohn's disease patients in long-term remission on azathioprine . *Gastroenterology* 2005;128:1812–8
53. **Gardiner KR, Dasari BV.** Operative management of small bowel Crohn's disease . *Surg Clin North Am* 2007 ;87:587–610
54. **Steele SR.** Operative management of Crohn's disease of the colon including anorectal disease . *Surg Clin North Am* 2007;87:611–31
55. **Andersson P, Olaison G, Hallbook O et al.** Segmental resection or subtotal colectomy in Crohn's colitis? *Dis Colon Rectum* 2002;45:47–53
56. **Aberra FN , Lewis JD , Hass D et al.** Corticosteroids and immunomodulators: postoperative infectious complication risk in inflammatory bowel disease patients . *Gastroenterology* 2003;125:320–7
57. **Marchal L, D ' Haens G, Van Assche G et al.** The risk of post-operative complications associated with infliximab therapy for Crohn's disease: a controlled cohort study . *Aliment Pharmacol Ther* 2004;19:749–54
58. **R M Beattie, N M Croft, J M Fell, N A Afzal, R B Heuschkel.** Inflammatory bowel Disease *Arch. Dis. Child.* 2006;91:426-432
59. **Hancock L, Windsor AC, Mortensen NJ.** Inflammatory bowel disease: the view of the surgeon. *Colorectal Dis* 2006;8(Suppl 1):10–4

60. **Sara Onali, Carmelina Petruzzello, Emma Calabrese.** Frequency, Pattern, and Risk Factors of Postoperative Recurrence of Crohn's Disease After Resection Different from Ileo-Colonic *J Gastrointest Surg* (2009) 13:246–252
61. **Maykel JA, Hagerman G, Mellgren AF, et al.** Crohn's colitis: the incidence of dysplasia and adenocarcinoma in surgical patients. *Dis Colon Rectum* 2006;49(7):950–7
62. **Figg RE, Church JM.** Perineal Crohn's disease: an indicator of poor prognosis and potential proctectomy *Dis Colon Rectum*. 2009 Apr;52(4):646-50
63. **Sripathi R. Kethu,** Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Diseases *J Clin Gastroenterol* 2006;40:467–475

ANEXOS

Anexo 1

INDICE DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD DE CROHN			
1. Numero de evacuaciones líquidas o blandas (diario x 7 días)			X 2
2. Dolor Abdominal	Ninguno	0	
	Leve	1	X 5
	Moderado	2	
	Grave	3	
3. Bienestar general	Generalmente bien	0	
	Ligeramente bien	1	X 7
	Pobre	2	
	Muy pobre	3	
	Terrible	4	
4. Número de complicaciones	Artritis o Artralgias	1	
	Iritis o Uveítis	1	X 20
	Eritema nodoso o Pioderma	1	
	Estomatitis	1	
	Fisuras o Fistulas	1	
	Absceso anal	1	
	Fiebre	1	
5. Uso de Antidiarreicos	Si	0	
	No	1	X 30
6. Masa Abdominal	No	0	
	Cuestionable	2	X 10
	Definitiva	5	
7. Hematocrito	H: 47 – Hto (%)		
	M: 42 – Hto (%)		X 6
8. Peso corporal	(1-peso/peso estándar) x 100		X 1
TOTAL: Remisión = < 150			
Actividad Leve = 150 – 200			
Actividad Moderada = 200 – 450			
Actividad Grave = > 450			

Anexo 2

ENFERMEDAD DE CROHN: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Nombre: _____ No. Expediente: _____

Sexo: M F Edad Dx: _____ Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ Hx Familiar EII: S No

Historia:

Apendicectomía: SI NO Fumador: SI NO T: _____ Ex Fumador: SI NO T: _____

Combe: SI NO Alcoholismo: SI NO T: _____

Signos y síntomas:

Extra Intestinales:

Fatiga: SI NO

Debilidad: SI NO

Fiebre: SI NO

Pérdida de peso: SI NO Kg: _____

Uveítis: SI NO

Eritema nodoso: SI NO

Artralgias: SI NO Loc: _____

Pioderma: SI NO

Osteopenia: SI NO

Osteoporosis: SI NO

Intestinales:

Náusea: SI NO

Vómitos: SI NO

Úlceras orales: SI NO

Disfagia: SI NO

Dolor abdominal: SI NO

Masa palpable: SI NO

Lesiones anorrectales: SI NO

Diarrea: SI NO

Enterorragia: SI NO

Esteatorrea: SI NO

Lientería: SI NO

Pujo: SI NO

Tenesmo: SI NO

Laboratorios en Dx

GB: _____ HB: _____ VCM: _____ Plt: _____ Falc: _____ Alb: _____ Calcio: _____

Ancas: _____ Ascas: _____ Anas: _____ PCR: _____ VSG: _____ β2micro: _____

Coproparitoscopico: SI NO Resultado: _____

Estudios de imagen:

Panendoscopia: SI NO Dx: _____

Colonoscopia: SI NO Dx: Ileal Ileo colonica Colonica Otras (TDS)

Descripción: _____

SIG: SI NO Dx: _____

Transito Intestinal: SI NO Dx: _____

Colon por enema: SI NO Dx: _____

TC abdomen: SI NO Dx: _____

Histología:

Biopsia: Granu: SI NO Fisuras: SI NO Alt Criptas: SI NO Infiltrado: SI NO

#: _____ Descripción: _____

Pieza quirúrgica: Granu: SI NO Fisuras: SI NO Alt Crip: SI NO Infiltrado: SI NO

#: _____ Descripción: _____

Actividad de la enfermedad: Leve: Moderado: Severo:

Patrón: Inflamatorio Estenosante Fistulizante

Diagnóstico: Definitivo en biopsia: Probable (Clínica, endoscopia, imagen, serología) Posible

Tratamiento médico:

Azatioprina: SI NO Dosis: _____ T: _____ PDN: SI NO Dosis: _____ T: _____

Infliximab: SI NO Dosis: _____ T: _____ 5ASA: SI NO Dosis: _____ T: _____

Antibiótico: SI NO Dosis: _____ T: _____

Respondedor a Tx: Esteroide dependiente: Esteroide resistente:

Intolerante a ASA: Resistente a ASA:

Tratamiento quirúrgico: SI NO Tipo: _____

de Cirugías: _____ Indicación: _____

Recurrencia post quirúrgica: SI NO Tx: _____

Complicaciones: SI NO Perforación Fístulas Estenosis Abscesos

Comentario: _____

Ingresos a hospital: SI NO #: _____ Motivo: _____

Curso de la enfermedad:

1. Inicialmente activo y después inactivo
2. Recaídas ≤ 2 por año
3. Recaídas > 2 por año
4. Actividad continua

CLASIFICACION DE VIENA		
A	1	< 40 años
	2	> 40 años
L	1	Íleon
	2	Colon
	3	Ileocolónica
	4	Tracto dig superior
B	1	Inflamatorio
	2	Estenosante
	3	Fistulizante

GRADO DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD		
LEVE	MODERADO	GRAVE
CDAI 150-220 Ambulatorio, comiendo, bebiendo, pérdida de peso < 10%. No obstrucción, fiebre, deshidratación, masa abdominal, calambres. PCR levemente incrementado	CDAI 220-450 Vómitos intermitentes, pérdida de peso >10%. Tratamiento para enfermedad leve inefectivo, masa palpable, no obstrucción. PCR levemente incrementado	CDAI >450 Caquexia (IMC < 18) Obstrucción o absceso Síntomas persistentes a pesar de tratamiento intensivo PCR aumentada