

palpación abdominal.

Sin embargo, la EC frecuentemente se presenta como un cuadro más insidioso consistente en diarrea y dolor cólico abdominal periumbilical y en el cuadrante inferior derecho, con retraso del crecimiento y/o desarrollo. La palpación de una masa inflamatoria en la fosa iliaca derecha es muy característica.

Se ha de tener especial atención a aquellos signos o síntomas indicativos de una presentación de la enfermedad grave, y que se encuentran descritos en el apartado de la exploración física.

Diagnóstico diferencial

Dependiendo de la edad y del síntoma o síntomas guía, tendremos que establecer un diagnóstico diferencial con entidades más banales u otras más graves. A continuación se enumeran las principales enfermedades que cursan con signos y síntomas similares a la EII, y que tendremos que descartar:

- Síndrome de intestino irritable
- Pólipos intestinales
- Hemorroides
- Colitis infecciosas
- Gastroenteritis eosinofílica
- Colitis alérgica
- Inmunodeficiencias
- Enfermedad celiaca
- Hipertiroidismo
- Púrpura de Schölein Henoch
- Síndrome Hemolítico Urémico (SHU)
- Trastorno de la conducta alimentaria (TCA)

Exploración física

Debemos de realizar una exploración física minuciosa en estos pacientes. Podemos encontrarnos pacientes con un hábito delgado, palidez cutánea y dolor abdominal difuso, impresionando su aspecto de enfermedad. Es fundamental valorar la región anal, realizando una búsqueda activa de alteraciones a este nivel como fisuras, fistulas o *skin-tags* (repliegues cutáneos). No nos debemos de olvidar de buscar otro tipo de lesiones cutáneas como el eritema nodoso o el pioderma gangrenoso, así como signos de inflamación articular. En la palpación

abdominal podemos delimitar la localización del dolor y hallar una masa inflamatoria en fosa iliaca derecha.

La fiebre, la afectación del estado general, los signos peritoneales, el dolor intenso a la palpación abdominal, la distensión, el timpanismo abdominal, la taquicardia y la hipotensión son indicativos de enfermedad grave.

Un estado de desnutrición, con una pérdida de peso importante o un retraso en el crecimiento, se ha de considerar como una enfermedad con afectación severa.

Manejo ante una sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica desde atención primaria

De manera esquemática, se recomienda:

Realizar una anamnesis completa y detallada, una exploración física minuciosa y solicitar los siguientes exámenes complementarios:

- *Hemograma*. Podemos observar anemia ferropénica o de trastornos crónicos, trombocitosis y leucocitosis.
- *Bioquímica*. La hipoalbuminemia puede ser un dato de cronicidad y/o gravedad.
- *Coagulación*. Descartar coagulopatías.
- *Reactantes de fase aguda*. Velocidad de sedimentación globular. Proteína C reactiva y ferritina. Suelen presentar elevación pero su normalidad no descarta la enfermedad.
- *Perfil férrico*. Suele existir ferropenia aunque la ferritina puede ser normal o estar elevada como reactante de fase aguda.
- *Coprocultivo*, parásitos en heces y toxina de *Clostridium difficile*. Para descartar otras patología infecciosas.
- *Sangre oculta en heces*: Muy sensible pero poco específica. Se debe de realizar una dieta los tres días previos a la prueba. Se recomiendan alimentos con propiedades laxantes (verduras salvo nabo y coliflor, ensaladas, frutas, pan integral, nueces, etc.). Se ha de evitar la ingesta de productos cárnicos o embutidos semi-crudos, (bistec

tártaro, bistec de hígado, salami, morcilla) y medicamentos que pueden producir sangrado gastrointestinal como los anticoagulantes, el ácido acetil salicílico (AAS), los AINES (antiinflamatorios no esteroideos) y los corticoides. Entre los medicamentos que pueden dar falsos-positivos destacan la colchicina, el hierro, el yodo, los bromuros, el ácido bórico, y la reserpina. La vitamina C en grandes dosis puede provocar falsos-negativos.

- *Calprotectina fecal*: muy importante para diferenciar entre enfermedad orgánica y trastorno funcional. También muy sensible pero poco específica. Hay que tener en cuenta que aumenta en otras patologías inflamatorias intestinales y que en pacientes menores, sobre todo por debajo de los 4 años puede estar elevada de manera fisiológica. Se debe tener especial precaución al interpretar valores levemente elevados en pacientes bajo tratamiento con AINES, AAS y/o inhibidores de la bomba de protones (IBP).

Según la historia clínica, la exploración física y los resultados de los exámenes complementarios se recomienda:

- Si la *sospecha es elevada* derivar a la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica con carácter urgente/preferente.
- Si la *sospecha es intermedia* y el *paciente presenta buen estado general* remitir de manera preferente a la consulta de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica.
- Si la *sospecha es baja con buen estado general* se recomienda seguimiento en la consulta de atención primaria y si persiste la clínica remitir a consulta de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica.

Cuidados de la EIIp en atención primaria

La atención primaria es un pilar fundamental para el cuidado de los pacientes pediátricos con EII. Estos niños precisan de un médico de referencia, con un contacto cercano, directo y que coordine las distintas especialidades. Éste

tendrá en cuenta aspectos preventivos a corto y largo plazo, las dosis de radiación acumulada, la densidad mineral ósea en EC, el cáncer colorrectal en CU, el crecimiento y desarrollo, aspectos psicológicos, la autonomía del paciente, la adherencia al tratamiento, así como su estado de inmunidad y vacunal.

Formación e información en atención primaria

El diagnóstico de EII provoca un gran impacto en el paciente y la familia, que van a requerir de información veraz, certera y con rigor científico. Tras el diagnóstico pueden surgir muchas dudas acerca de la enfermedad y de los distintos tratamientos, por lo que el equipo de atención primaria jugará un gran papel en este aspecto. Toda esta información fomentará el futuro autocuidado de los pacientes.

Vacunas y EII

Muchos de los pacientes con EII están inmunodeprimidos a causa de los tratamientos utilizados, por lo que su respuesta a la vacunación es menor. Por todo ello, deberíamos vacunar a los pacientes en el momento del diagnóstico, y si no es posible, como norma general, se hará 3 meses desde el tratamiento corticoideo o 10-14 días antes del inicio de la terapia inmunosupresora (IS). Se debe evitar la vacunación en situaciones de desnutrición. Las vacunas de microorganismos vivos o atenuados en pacientes con tratamiento inmunosupresor está contraindicada. Por contra, la vacuna anual de la gripe se recomienda a los pacientes pediátricos así como a sus convivientes y familiares más cercanos.

Tabaco y EII

El hábito tabáquico es un factor de desarrollo de EII muy importante. Ser fumador aumenta el riesgo de EC y disminuye el de CU. En pacientes diagnosticados, si continúan fumando, aumenta el riesgo de cirugías, necesidad de fármacos IS, la aparición de recidivas y recurrencias postquirúrgicas en la EC.

Salud ósea

Los pacientes con EII tienen una alta prevalencia de osteoporosis y osteopenia. Las densitometrías óseas son primordiales para identificar aquellos pacientes con riesgo elevado de fracturas, en especial aquellos con mayor riesgo como los que han recibido más tiempo de tratamiento corticoideo, desnutrición, historia personal de fracturas, enfermedad de larga duración, etc.

El ejercicio físico, unido a un estilo de vida saludable evitando el tabaco y el alcohol, y una ingesta adecuada de calcio y vitamina D son medidas eficaces para la prevención de fracturas.

Cáncer y EII

Los fármacos tiopurínicos (azitromicina y 6-mercaptopurina) se han relacionado con un aumento del riesgo de linfoma intestinal, especialmente en varones jóvenes, con primoinfección por el virus de Epstein-Barr (VEB). La incidencia global de estos casos es muy baja (3/1000 pacientes tratados). También existe un riesgo aumentado de linfoma hepatoesplénico relacionado en la terapia combinada con fármacos biológicos (influximab y adalimumab) durante más de dos años.

Estudios recientes, ponen de manifiesto la ausencia del aumento del número de tumores a los cinco años de seguimiento en pacientes con EII y terapia biológica, sin embargo, sí hay relación con el uso de tiopurinas.

A pesar de no existir estudios a largo plazo, está justificado el uso de fármacos biológicos cuando estén indicados para tratar a estos pacientes. En cuanto a la azatioprina, no existe una contraindicación de momento en su prescripción, aunque se recomienda una vigilancia estrecha en su uso en varones sin inmunidad para el VEB.

Los pacientes en tratamiento con azatioprina tienen más riesgo de cáncer de piel no melanocíticos tipo epidermoide o basocelular, sobre todo en tratamientos prolongados.

Aquellos en comboterapia de azatioprina con fármacos biológicos tienen una incidencia algo mayor de melanomas por lo que se recomienda que sigan rigurosamente los consejos de prevención solar, utilizando una fotoprotección alta.

Nutrición

Existe evidencia en el efecto de la dieta en EII, asociado a dietas fast-food, alimentos procesados y envasados, dando lugar a un riesgo aumentado de brotes y peor evolución. Es importante insistir en la importancia de una dieta sana y equilibrada, así como en la ingesta de alimentos ricos en calcio y vitamina D.

Motivos de consulta y posibles soluciones

En la tabla I se recogen los motivos de consulta más frecuente de los pacientes con EIIp en atención primaria y sus posibles soluciones: (página 156)

Bibliografía

1. Campos M, Arnal I, Guerrero T, Romero, R. Protocolo de actuación en atención primaria en la enfermedad inflamatoria intestinal en la edad pediátrica. *Acta Pediatr Esp.* 2019; 77:56-61
2. López M, Ros I, García R, Cénarro T. Enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica en atención primaria. Recomendaciones de actuación. *Hospital Universitario Miguel Servet*
3. Tolin M, Sánchez C, Miranda C, Álvarez G, Rodríguez C. Enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica. *Pediatr Integral* 2019; 25:406-416
4. Koninckx CR, Donat E, Benninga MA, Broekaert IJ, Gottrand F, Kolho K-L et al. The use of fecal calprotectin testing in paediatric disorders: A position paper of the European society for paediatric gastroenterology and nutrition gastroenterology committee. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2021; 72:617-640
5. Fistera.com. 2021. Dietas: Test de sangre oculta en heces. [online] Disponible en: <<https://www.fistera.com/ayuda-en-consulta/dietas/sangre-oculta-heces/>> [Acceso 21 May 2021]

Tabla I. Motivos de consulta más frecuente de los pacientes con EIIP en atención primaria y sus posibles soluciones. Basado en la referencia 1

| Posibles problemas y soluciones en atención primaria | | | |
|---|---|---|--|
| Problema | Posible causa | Solución | Observaciones |
| Dolor abdominal | Inicio de brote Pancreatitis (azatioprina) Causas habituales | Si toma azatioprina, valorar amilasa y lipasa Observar otros signos de brote; si persiste, control analítico | Si la exploración física concuerda con pancreatitis, derivar a urgencias. Si se sospecha un brote agudo, derivar al paciente a la unidad de gastroenterología pediátrica. |
| Fiebre | Lo más común son infecciones habituales Posible inicio de brote si se acompaña de sintomatología digestiva | Seguir protocolos habituales Si lleva tratamiento inmunosupresor, profilaxis de infecciones graves | En la práctica clínica no se observa un incremento sustancial de las infecciones |
| Diarrea | Gastroenteritis aguda Inicio de brote | Siempre recoger coprocultivo Si persiste más de 3-5 días o se acompaña de más síntomas, control analítico | Si se sospecha brote agudo, derivar al paciente a la unidad de gastroenterología pediátrica |
| Cefaleas, náuseas o vómitos | Reacciones adversas a los fármacos Hipertensión arterial secundaria a fármacos | Inicialmente tratar como paciente normal Siempre medir la presión arterial | Si son persistentes, y una vez descartadas otras causas, comunicar al especialista para valorar un cambio de tratamiento |
| Reacciones alérgicas | Reacción alérgica a fármacos | Se tratarán de forma aguda como cualquier reacción alérgica/ anafilaxia Se suspenderá el fármaco causante | Se pondrá en conocimiento del médico especialista de inmediato y se valorará un cambio de tratamiento |
| Rectorragia | Probable inicio de brote Gastroenteritis | Recoger coprocultivo (con toxina C. difficile) | Contactar con la unidad de gastroenterología |