


**HOSPITAL DEL NIÑO JOSÉ RENÁN ESQUIVEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA
PROTOCOLO DE MANEJO DE ENFERMEDAD DE CROHN**

CONTENIDO:

1. Autores
2. Revisores
3. Declaración de conflicto de intereses de los Autores / Revisores
4. Justificación
5. Alcance
6. Propósito
7. Objetivos
8. Antecedentes locales del comportamiento de la enfermedad
9. Nombre de la enfermedad
10. Epidemiología
11. Definición
12. Fisiopatología
13. Criterios diagnósticos
14. Tratamiento
15. Criterios de referencia
16. Evolución y pronóstico
17. Recomendaciones para el paciente y/o familiar
18. Medidas preventivas y de control
19. Seguimiento y controles
20. Referencias bibliográficas

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 2 de 18
	Título: Enfermedad de Crohn	Edición: Octubre 2023	
	Elaborado: José Daniel Cenci3n/Jenla Serrano /Dr. Ricardo Chanis	Revisi3n N°1: Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterolog3a	

1. AUTORES

Dr. Jos3 Daniel Cenci3n, Dra. Jenla Serrano. Dr. Ricardo Chanis, Dr. Ricardo McCalla, Dra. Analissa S3nchez. Dra. Ecaterina Julio, Servicio de Gastroenterolog3a.

2. REVISORES

Dr. Ricardo Chanis, Dr. Ricardo McCalla, Dra. Analissa S3nchez. Dra. Ecaterina Julio, Servicio de Gastroenterolog3a, Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

3. DECLARACI3N DE CONFLICTO DE INTERESES DE LOS AUTORES / REVISORES

Los autores y revisores participantes en la elaboraci3n de este protocolo de atenci3n declaran que no existen conflictos de intereses que afecten el contenido.

4. JUSTIFICACI3N

10% de pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) son diagnosticados antes de los 17 a3os de edad, este periodo de la vida est3 influenciado por el crecimiento, problemas de tipo f3sico, psicol3gico y social. En ni3os la actividad de la enfermedad suele ser mucho m3s pronunciada, y el patr3n de afectaci3n es m3s extenso, con importantes repercusiones en el crecimiento y en la pubertad, es por esto que nuestros esfuerzos deben ir dirigidos a diagnosticar y brindar un seguimiento oportuno.

5. ALCANCE

Este protocolo est3 dirigido a la poblaci3n pedi3trica que requiera atenci3n en Hospital del Ni3o Dr. Jos3 Ren3n Esquivel, en sala de hospitalizaci3n, cuarto de urgencias o en 3reas de consulta externa especializada y que tenga el diagn3stico de EC.


6. PROP3SITO

El prop3sito es fundamentalmente implementar y elaborar un protocolo que nos permita atender a los pacientes que consulten con sospecha diagn3stica o seguimiento de EC.

7. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

-Establecer un protocolo de atenci3n para el paciente que padece o se sospeche EC.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 3 de 18
	Título: Enfermedad de Crohn	Edición: Octubre 2023	
	Elaborado: José Daniel Cenci3n/Jenla Serrano /Dr. Ricardo Chanis	Revisi3n N°1: Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterolog3a	

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las diferentes formas de presentaci3n de EC.
- Presentar los hallazgos principales en examen cl3nico y exámenes de gabinete.
- Especificar el manejo inicial y de seguimiento de pacientes con EC.
- Establecer recomendaciones y medidas preventivas para familiares y pacientes con EC.

8. ANTECEDENTES LOCALES

No se describen actualmente estudios acerca de enfermedad inflamatoria intestinal en pediatria en Panamá.

9. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD

Enfermedad de Crohn (enteritis regional) K50
 Enfermedad de Crohn del intestino delgado K50.0
 Enfermedad de Crohn del intestino grueso K50.1
 Enfermedad de Crohn, no especificada K50.9
 Otros tipos de enfermedad de Crohn K50.8


10. EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia de EC ha aumentado en las últimas dos décadas de forma exponencial y progresiva, con un pico en la infancia tardía y adolescencia (entre los 12-14 años). Este aumento ha sido más significativo en las regiones de América del Norte y Escandinavia, sur de Europa y países mediterráneos.

11. DEFINICIÓN

EC es una enfermedad inflamatoria intestinal segmentaria y transmural que puede afectar cualquier parte del tubo digestivo desde la boca hasta el ano, siendo su característica histológica la afectaci3n transmural de la mucosa y la presencia de granulomas no caseificante.

Se caracteriza por ser un proceso cr3nico y evolutivo, con periodos de actividad inflamatoria (brotes) y periodos de latencia más o menos prolongados en relaci3n a la respuesta a la terapia (remisi3n).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 4 de 18
	Título: Enfermedad de Crohn	Edición: Octubre 2023	
	Elaborado: José Daniel Cenci3n/Jenla Serrano /Dr. Ricardo Chanis	Revisi3n N°1: Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterolog3a	

12. FISIOPATOLOGÍA

Se caracteriza por la inflamaci3n intestinal cr3nica debido a la compleja interacci3n multifactorial de determinantes gen3ticos, disrupci3n de barreras mucosas, seÑales inflamatorias aberrantes, p3rdida de tolerancia y gatillantes ambientales como infecciones, dieta y la disbiosis.

Cuando la barrera inmunitaria est3 alterada tanto los organismos comensales como los pat3genos pueden activar una respuesta inmune que conllevar3 una cascada de seÑalizaciones, as3 como la activaci3n y reclutamiento de c3lulas inmunes.

En EC algunos de los genes implicados est3n vinculados a inmunidad innata que se activa en forma inmediata cuando ingresa un ant3geno al organismo, jugando un rol clave en la inflamaci3n, y otros genes est3n vinculados con la inmunidad adaptativa que involucra una respuesta inmunomediada m3s compleja con ant3genos m3s espec3ficos, liber3ndose diversas citoquinas que mantienen esta inflamaci3n activa en forma persistente.

13. CRITERIOS DIAGN3STICOS


- **Manifestaciones cl3nicas**

Entre los s3ntomas y signos m3s frecuentes al diagn3stico en la EC podemos encontrar: dolor abdominal recurrente, diarrea, anorexia y p3rdida de peso, fracaso del desarrollo y retraso puberal, masa abdominal palpable en fosa il3aca derecha, enfermedad perianal, anemia ferrop3nica rebelde al tratamiento y estomatitis aftosa.

La "tr3ada cl3sica" (diarrea, dolor abdominal y p3rdida de peso) aparece 3nicamente en el 30% de los casos. En el niÑo, la forma inflamatoria es m3s frecuente que las formas consideradas complicadas (estenosantes o fistulizantes), m3s habituales en la EC diagnosticada en la edad adulta.

- **Formas cl3nicas**

- **Enfermedad ileal** (L1 seg3n clasificaci3n de Par3s): la diarrea es el s3ntoma m3s frecuente en estos pacientes. Tamb3n presentan dolor abdominal y p3rdida de peso.
- **Enfermedad col3nica** (L2): el s3ntoma m3s com3n es la diarrea sanguinolenta. La afectaci3n perianal es m3s frecuente que en las formas ileales e ileocol3nicas.
- **Enfermedad ileocol3nica** (L3): es la forma **m3s frecuente de presentaci3n en el niÑo (alrededor de un 50%)**. Se presenta habitualmente como dolor abdominal

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 5 de 18
	Título: Enfermedad de Crohn	Edición: Octubre 2023	
	Elaborado: José Daniel Cención/Jenla Serrano /Dr. Ricardo Chanis	Revisión N°1: Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

cólico, más intenso en el cuadrante inferior derecho, y si existe estenosis el dolor puede ser desencadenado por la ingesta. Una cuarta parte de los niños presenta sangre mezclada con las heces y es frecuente la malnutrición y el fracaso del desarrollo.


- **Enfermedad gastrointestinal alta (L4):** puede existir afectación oral en forma de úlceras aftosas únicas o múltiples (5-12% de los niños con EC). La EC esofágica y gástrica es poco frecuente. Se manifiesta habitualmente como pirosis o dolor retroesternal, epigastralgia, náuseas, vómitos y pérdida de peso. A nivel duodenal, los segmentos más afectados son el bulbo y la segunda porción duodenal, y sus manifestaciones más frecuentes son dolor abdominal, diarrea, pérdida de peso y anorexia. La enfermedad yeyunal puede afectar un segmento único o múltiple, y en la mayoría de pacientes se manifiesta con dolor abdominal cólico, diarrea y pérdida de peso, constituyendo el yeyuno la localización con mayor deterioro del estado nutricional al diagnóstico.
- **Enfermedad perianal** (modificador p según clasificación de París): se presenta entre un 15-40% de los niños con EC e incluye la presencia de úlceras, fisuras, fístulas y abscesos. La enfermedad perianal puede preceder en meses o años los síntomas intestinales y puede presentar una evolución independiente a la enfermedad luminal. La manifestación más frecuente son los repliegues cutáneos (skin tags), que sin ser patognomónicos constituyen un hallazgo relativamente frecuente, y las fístulas, que se pueden clasificar en dos grandes grupos: simples y complejas.

- **Manifestaciones extra intestinales**

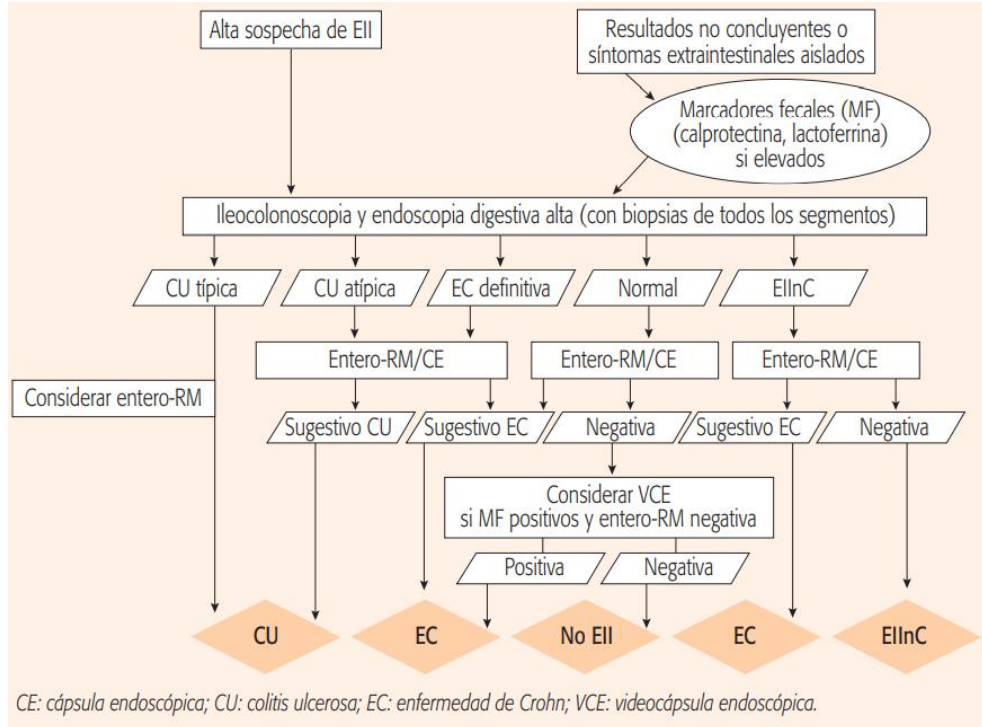
Las manifestaciones extra intestinales son frecuentes y se estima que pueden presentarse a lo largo de la evolución de la EII entre un 10-50% de los pacientes. Estas manifestaciones pueden presentarse previamente, en el momento del debut o a lo largo de la evolución de la enfermedad, siendo las manifestaciones cutaneomucosas, osteoarticulares, oculares y hepatobiliares las más frecuentes (Ver anexo tabla 2).

- **Diagnóstico**

El diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal se realiza atendiendo a criterios clínicos (historia clínica y exploración física), analíticos, genéticos, endoscópicos, histológicos y

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 6 de 18
	Título: Enfermedad de Crohn	Edición: Octubre 2023	
	Elaborado: José Daniel Cencián/Jenla Serrano /Dr. Ricardo Chanis	Revisión N°1: Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

radiológicos, no existiendo ningún hallazgo patognomónico (Ver anexo tabla 3, 4 y 5).



Martin de Carpi, J y col. Enfermedad de Crohn. Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. 5ta Ed. 2021

Hallazgos de laboratorio e imágenes.


- **Laboratorios**

El examen sanguíneo deberá incluir un hemograma completo, un estudio de función hepática, un perfil nutricional incluyendo albúmina, proteínas totales, metabolismo del hierro, colesterol total y sus fracciones, triglicéridos, vitaminas liposolubles, vitamina B12 y ácido fólico.

Durante su inicio y el seguimiento de la enfermedad usar marcadores inflamatorios serológicos: PCR y VES, **su falta de elevación no excluye** inflamación activa. Se debe solicitar un coprocultivo y estudio de Clostridium difficile.

Calprotectina fecales un marcador muy sensible y poco específico de inflamación intestinal, con sensibilidad muy superior a cualquier marcador plasmático. Inicialmente puede servir como medición basal para luego monitorizar la respuesta a terapia.

Los marcadores serológicos de EII (ASCA, pANCA, anti-OmpC, etc.), aunque con relativa

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 7 de 18
	Título: Enfermedad de Crohn	Edición: Octubre 2023	
	Elaborado: José Daniel Cenci3n/Jenla Serrano /Dr. Ricardo Chanis	Revisi3n N°1: Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterolog3a	

frecuencia son negativos, pueden ser 3tiles para diagnosticar EII en casos at3picos y para diferenciar EC de CU en pacientes con EII No Clasificada.

Niveles de calprotectina fecal


Calprotectina fecal niveles mcg/g	Abordaje y posible causa a considerar
< 50 mcg/g	Considerar s3ndrome de intestino irritable
50-150mcg/g	Excluir otras causas posibles de inflamaci3n del tracto gastrointestinal por ejemplo infecciones, uso de AINES. Repetir calprotectina, si el valor es normal considerar s3ndrome de intestino irritable, si la calprotectina es mayor de 50 mcg/g considerar colonoscop3a.
> 150 mcg/g	Considerar enfermedad org3nica, enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasia. Proceder a realizaci3n de colonoscop3a

- **Endoscopia e histolog3a**

Se debe realizar endoscop3a alta, colonoscop3a e ileoscop3a

Se deben obtener biopsias m3ltiples (2 o m3s) de todas las secciones del tracto gastrointestinal visualizado, incluso en ausencia de lesiones macrosc3picas.

- Entero-RM es actualmente la modalidad de imagen recomendada en el estudio inicial de pacientes con EC. Permite detectar lesiones en el intestino delgado, estimar la extensi3n de la inflamaci3n y el grado de da3o intestinal (f3stulas, abscesos o estenosis). Se prefiere en lugar de la tomograf3a computarizada (TC) o del tr3nsito intestinal por su alta precisi3n diagn3stica y la ausencia de radiaci3n ionizante.
- La RM p3lvica se recomienda solo en aquellos pacientes con afectaci3n perianal.
- La video c3psula endosc3pica es la mejor alternativa a la entero-RM para estudiar el intestino delgado.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 8 de 18
	Título: Enfermedad de Crohn	Edición: Octubre 2023	
	Elaborado: José Daniel Cenci3n/Jenla Serrano /Dr. Ricardo Chanis	Revisi3n N°1: Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterolog3a	

Diagn3stico diferencial


S3ntoma	Diagn3stico diferencial
Constitucional: Fiebre recurrente, palidez, malestar	Infecciones, enfermedad de col3geno.
Intestinal Dolor abdominal Diarrea hematoquecia Enfermedad perianal Fiebre, dolor abdominal agudo	Intolerancia a la lactosa, estreñimiento, enfermedad 3cido-p3ptica, intestino irritable. Colitis ulcerosa, colitis infecciosa (virus, par3sitos), tuberculosis intestinal, vasculitis, p3lipo juvenil, fisura anal y hemorroides. Histiocitosis, inmunodeficiencia. Apendicitis, perforaci3n intestinal, diverticulitis.
Alteraci3n en la funci3n pancre3tica	Fibrosis qu3stica, pancreatitis idiop3tica o familiar.
Alteraci3n en la funci3n hep3tica	Hepatitis viral, colelitiasis, enfermedad celiaca.
Fallo en el crecimiento	Endocrinopat3as (tiroides, adrenal, Hormona de crecimiento), enfermedad celiaca, fibrosis qu3stica, anorexia nerviosa.
Artritis	Artritis idiop3tica juvenil, fiebre reum3tica.
Diarrea o sangrado rectal	Fisura anal, rectocolitis hemorr3gica por APLV, diarrea infecciosa, p3lipos juveniles, divert3culo de Meckel, invaginaci3n intestinal, s3ndrome de intestino irritable.

14. TRATAMIENTO

El objetivo fundamental del tratamiento de la EC pedi3trica debe ser la obtenci3n r3pida y efectiva de la remisi3n y su mantenimiento a largo plazo, preservando el crecimiento y desarrollo del paciente. Esto implica la remisi3n profunda o total, incluida la curaci3n histol3gica de las lesiones y el control estricto de los mecanismos inflamatorios (Ver anexos diagramas 1, 2, 3 y 4).

- **Nutrici3n enteral exclusiva (NEE)**

En enfermedad leve a moderada es terapia de elecci3n en la inducci3n de la remisi3n en todos los pacientes con EC luminal, independientemente de la localizaci3n y extensi3n de la afectaci3n. Se recomienda el uso de f3rmulas polim3ricas, por v3a oral o si fuera necesario

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 9 de 18
	Título: Enfermedad de Crohn	Edición: Octubre 2023	
	Elaborado: José Daniel Cención/Jenla Serrano /Dr. Ricardo Chanis	Revisión N°1: Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

mediante sonda nasogástrica, durante al menos 6-8 semanas, evaluando la respuesta a las dos semanas, en ausencia de la cual debería plantearse un tratamiento alternativo.

- **Corticosteroides**

El uso de esteroides sistémicos para aquellos casos con enfermedad luminal de presentación moderada-grave en los que la NEE no sea factible, y nunca como tratamiento de mantenimiento.

- Dosis: 1-1,5 mg/kg/día (Máx 40 mg) en dos dosis. Debe disminuirse progresivamente hasta la suspensión en las siguientes 10 semanas.

La budesonida de liberación ileal es una alternativa a la prednisolona en la inducción de la remisión en EC leve-moderada (preferentemente ileocecal).

La dosis habitual es de 3-9 mg/día (máx. 12 mg/día en las primeras 4 semanas). La retirada del tratamiento se realizará en 10-12 semanas.

- **Tiopurinas**

La indicación de iniciar un tratamiento de mantenimiento inmunosupresor (tiopurinas o metotrexate) desde las fases iniciales de la enfermedad, con el fin de prevenir posibles recaídas posteriores tras la inducción con NEE y por su efecto ahorrador de esteroides, especialmente en aquellos casos con factores de riesgo de mala evolución.

El máximo efecto terapéutico se alcanza entre las 8 y 12 semanas, por lo que **no están indicados** en la inducción de la remisión.


-Se recomiendan dosis de 2-3 mg/kg/día de **azatioprina** o 1-1,5 mg/kg/día de **6-mercaptopurina**. Evaluación de respuesta a los 6 meses.

Efectos adversos mielosupresión y hepatotoxicidad (semanas o años), pancreatitis, síntomas GI, mialgias) Recomendaciones de administración. Determinación de la actividad de la Tiopurina metil-transferasa TPMT, previa al tratamiento para evitar mielosupresión.

Metotrexate

Inhibe de forma competitiva la unión del ácido dihidrofólico (FH₂) a la enzima dihidrofolato redactase. Esta enzima es la responsable de reducir el ácido dihidrofólico a ácido folínico que es metabolito activo en síntesis de pirimidinas y purinas.

Es una opción para el mantenimiento de la remisión libre de esteroides en niños con riesgo de mal pronóstico. Puede emplearse como primer tratamiento de mantenimiento o en caso de fallo de las tiopurinas o intolerancia de las mismas.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 10 de 18
	Título: Enfermedad de Crohn	Edición: Octubre 2023	
	Elaborado: José Daniel Cenci3n/Jenla Serrano /Dr. Ricardo Chanis	Revisi3n N31: Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterolog3a	

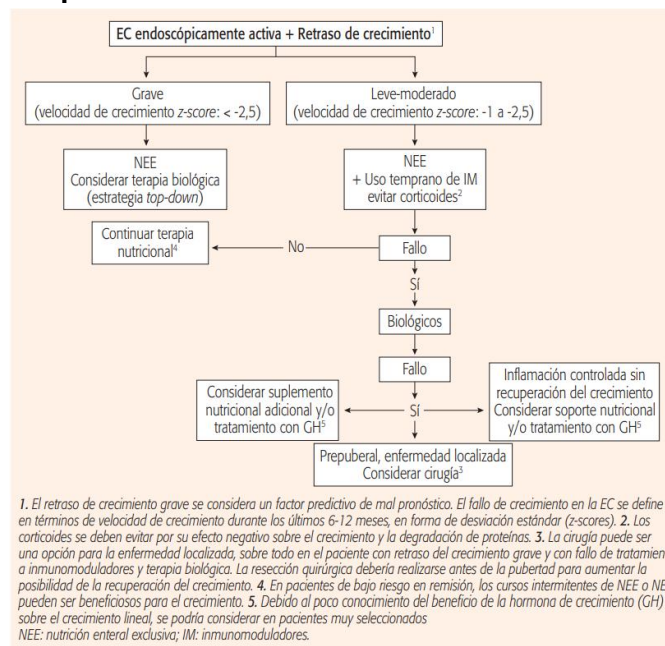
-Dosis recomendada: 15 mg/m² una vez a la semana. Dosis m3xima de 25 mg/d3a. Evaluaci3n de respuesta a las 16 semanas.


Tras varios meses de remisi3n se puede intentar una disminuci3n hasta 10 mg/m² una vez a la semana. Dosis m3xima 15 mg/d3a.

- **Terapia biol3gica**

La indicaci3n de f3rmacos biol3gicos anti-TNF para la inducci3n y el mantenimiento de la remisi3n en pacientes con EC luminal cr3nicamente activa pese al tratamiento inmunosupresor, en enfermedad cortico resistente y como primera opci3n los casos de enfermedad fistulizante perianal activa, de manera combinada con la intervenci3n quir3rgica apropiada. Asimismo, por primera vez se contempla la posibilidad de utilizar dichos f3rmacos como tratamiento primario en pacientes seleccionados con factores de alto riesgo de mala evoluci3n como: retraso grave de crecimiento en pacientes con Tanner 2-3, enfermedad panent3rica (L3L4), 3lceras col3nicas profundas, osteoporosis grave o enfermedad estenosante y/o penetrante.

EC pedi3trica asociada a retraso de crecimiento



	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 11 de 18
	Título: Enfermedad de Crohn	Edición: Octubre 2023	
	Elaborado: José Daniel Cenci3n/Jenla Serrano /Dr. Ricardo Chanis	Revisi3n N°1: Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterolog3a	

Dentro de este grupo existen 2 fármacos aprobados para uso en poblaci3n pediátrica: Infliximab y Adalimumab. La elecci3n entre uno o el otro va a depender de la disponibilidad, la preferencia del paciente, el costo, el método de administraci3n y las regulaciones locales. Todos los pacientes que inicien terapia anti-TNF deben tener previo a su inicio screening de tuberculosis mediante la toma de una radiograf3a de t3rax y test de tuberculina (PPD) o test de secreci3n de interfer3n (quantIFERON). Adem3s, chequeo de inmunidad a virus varicela y hepatitis B, hepatitis A, hepatitis C, HIV, Epstein-Barr.

El tratamiento con anti-TNF debe ser regular y no epis3dico, de esta manera se evita la formaci3n de anticuerpos contra el agente, y, la consecuente p3rdida de respuesta.

Infliximab actualmente tiene indicaci3n en EC activa grave en **niños de 6-17 años** con respuesta inadecuada a la terapia convencional (incluyendo tratamiento nutricional, esteroides e inmunosupresores), o que presentan intolerancia o contraindicaciones a dichas terapias.

La pauta de administraci3n en el paciente pediátrico: dosis de **5 mg/kg en perfusi3n iv a las 0-2-6 semanas**, seguidas de dosis de mantenimiento est3ndar **posteriores 5 mg/kg cada 8 semanas**.

En casos de p3rdida secundaria de respuesta se recomienda intensificar el tratamiento reduciendo el intervalo inter-dosis o aumentando las dosis. Evaluaci3n de respuesta en 12 semanas.

Adalimumab (HUMIRA)

La pauta de administraci3n en edad pediátrica este acuerdo al peso corporal:


-> 40 kg: Inducci3n: 160-80-40 mg (0,2 y 4 semanas). Mantenimiento: 40 mg/2 semanas

- ≤ 40 kg: Inducci3n: 80-40-40 mg (0, 2 y 4 semanas) Mantenimiento: 40 mg/2 semanas

Nuevos fármacos biol3gicos

Vedolizumab y Ustekinumab, dos fármacos biol3gicos cuya eficacia ha sido ampliamente demostrada en el paciente adulto mientras que existen escasos trabajos en pacientes pediátricos.

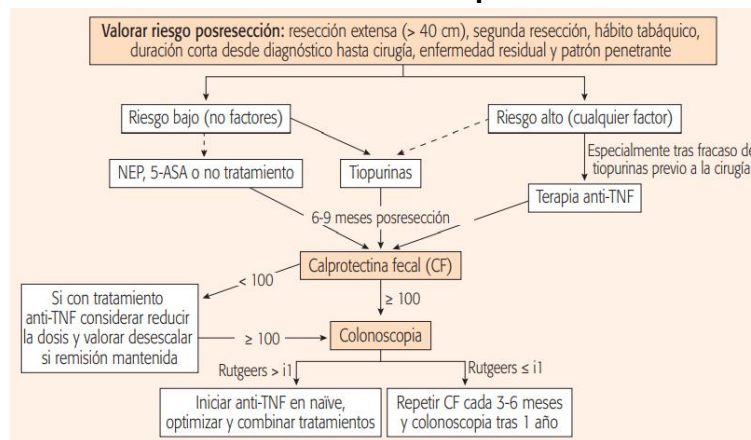
*La recomendaci3n de paso a monoterapia a partir de los seis meses desde el inicio de terapia combinada (inmunosupresores y anti-TNF), una vez verificada la curaci3n mucosa e individualizando en cada caso la terapia de mantenimiento posterior m3s adecuada, de cara a minimizar los riesgos de la modificaci3n inmunol3gica prolongada.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 12 de 18
	Título: Enfermedad de Crohn	Edición: Octubre 2023	
	Elaborado: José Daniel Cenci3n/Jenla Serrano /Dr. Ricardo Chanis	Revisi3n N°1: Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterolog3a	

- **Cirug3a**

La indicaci3n de cirug3a (resecci3n selectiva y limitada del tramo afecto) en pacientes con enfermedad refractaria ileal de segmento corto, en aquellos casos con estenosis que no responden a anti-TNF, o en pacientes con enfermedad limitada cr3nicamente activa sin respuesta al tratamiento m3dico.

Algoritmo terap3utico para la prevenci3n de la recurrencia postquir3rgica en la enfermedad de Crohn pedi3trica




Martin de Carpi, J y col. Enfermedad de Crohn. Tratamiento en Gastroenterolog3a, Hepatolog3a y Nutrici3n Pedi3trica. 5ta Ed. 2021

Despu3s de la resecci3n ileocecal, los pacientes deben ser monitoreados por endoscopia 6-12 meses despu3s de la resecci3n. En pacientes con alto riesgo de recurrencia, se recomienda el uso postoperatorio de agentes anti-TNF.

*La recomendaci3n general de mantener los tratamientos inmunosupresores o biol3gicos a medio-largo plazo, individualizando aquellos casos en los que pudiera ser posible la suspensi3n, siempre tras comprobaci3n de la curaci3n mucosa, tras un planteamiento de los riesgos/beneficios de dicha medida con paciente y familia, y recomendable nunca antes de finalizada la pubertad.

- **Otras terapias**

La racionalizaci3n de otras terapias cl3sicamente utilizadas en la EC y cuya efectividad

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 13 de 18
	Título: Enfermedad de Crohn	Edición: Octubre 2023	
	Elaborado: José Daniel Cención/Jenla Serrano /Dr. Ricardo Chanis	Revisión N°1: Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

se ha demostrado limitada a escenarios clínicos concretos, como es el caso de los salicilatos en las formas colónicas leves o los antibióticos como coadyuvantes en la enfermedad perianal para eliminar el componente abscesificado (metronidazol 10-20 mg/kg/día; ciprofloxacino 20 mg/kg/día, ciclos de 2-3 meses), o en las complicaciones sépticas en las formas complicadas (B2, B3, B2-B3 según la clasificación de París).

15. Criterios de referencia


Todo paciente con sospecha clínica o en exámenes paraclínicos y de imágenes de enfermedad inflamatoria intestinal.

16. Evolución y pronóstico

El período para la realización del diagnóstico oportuno, la forma de presentación y extensión de la enfermedad son determinantes en la evolución y pronóstico en el paciente. La adherencia al tratamiento constituye un aspecto clave en la eficacia de la medicación en la práctica clínica diaria. Esto involucra no sólo la toma del medicamento, sino seguir las recomendaciones en otros aspectos que influyen en lograr una mejor calidad de vida como dietas específicas o hábitos saludables.

17. Recomendaciones para la familia

- Acudir a su control periódico con pediatría o subespecialista gastroenterólogo, nutriólogo, endocrinólogo, salud mental o especialidad primaria de control.
- Cumplimiento de la medicación de control indicada, con dosis fecha de inicio.
- Deben evitarse alimentos que exacerban síntomas como: lactosa, alcohol, condimentos y sal, especialmente en aquellos con tratamiento esteroidal.
- Las intolerancias habitualmente son individuales y deben ser determinadas caso a caso. Las estrategias incluyen desde ingesta oral con suplementos de proteínas, energía y micronutrientes hasta nutrición enteral o parenteral según el caso.
- Anotar peso, presión arterial y dudas relacionado a la enfermedad antes de acudir a la cita control.
- Vigilar por signos de alarma, sangrado, alteración del estado de conciencia, fiebre, signos de deshidratación- desequilibrio hidroelectrolítico, sangrado. Ante estos datos debe acudir a su instalación de urgencias más cercana para su estabilización.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 14 de 18
	Título: Enfermedad de Crohn	Edición: Octubre 2023	
	Elaborado: José Daniel Cenci3n/Jenla Serrano /Dr. Ricardo Chanis	Revisi3n N°1: Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterolog3a	

- Seguimiento estricto de citas de control.
- Recibir informaci3n sobre su patolog3a de base y recomendaciones alimentarias a seguir.

18. Medidas preventivas y de control

Mantener medidas nutricionales, farmacol3gicas y los signos de alarma de agravamiento de su condici3n.

Seguimiento por equipo multidisciplinario de enfermedad inflamatoria cr3nica que incluye pediatria, gastroenterolog3a, endocrinolog3a, salud mental, trabajo social, enfermer3a, nutrici3n, farmacia entre otros.

19. Seguimiento y controles


Se requiere seguimiento dependiendo la respuesta al tratamiento nutricional, farmacol3gico, y ante la presencia de signos de alarma es importante acudir a cuarto de urgencias para estabilizaci3n.

Cumplimiento de las citas con equipo multidisciplinario que maneja enfermedad inflamatoria intestinal.

Todo paciente con enfermedad cr3nica como atenci3n integral debe tener un pediatra de cabecera adicional de subespecialistas que dan seguimiento a la patolog3a.


20. BIBLIOGRAF3A

- 1) Levine A, Koletzko S, Turner D, et al. ESPGHAN revised porto criteria for the
- 2) diagnosis of inflammatory bowel disease in children and adolescents. *J Pediatr*
- 3) *GastroenterolNutr.* 2014;58(6):795-806
- 4) S3nchez C, 3lvarez G, Tol3n MM. Manual pr3ctico de Enfermedad Inflamatoria
- 5) Intestinal pedi3trica. 2015 Ergon.
- 6) Greveson K., Buderus S. La enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa en ni3os y adolescentes, 7 edici3n 2012 Espa3a Editorial Dr Falk
- 7) Arguelles F. Tratamiento en gastroenterolog3a hepatolog3a y nutrici3n pedi3trica, cap3tulo 21, SEGHN 2016
- 8) SettyM.,Russell G. , Bousvaros A. Clinical manifestations of Crohn disease in children and

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 15 de 18
	Título: Enfermedad de Crohn	Edición: Octubre 2023	
	Elaborado: José Daniel Cenci3n/Jenla Serrano /Dr. Ricardo Chanis	Revisi3n N°1: Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterolog3a	

adolescents url: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-crohn-disease-in-children-and-adolescents/print?topicRef=5866&source=see_link

- 9) Gonzalez j., pujol g., mart3n de capri f. Protocolo de diagn3stico y seguimiento de la enfermedad de crohn pedi3trica, servicio de gastroenterolog3a, hepatolog3a y Nutrici3n Pedi3trica Hospital Sant Joan de D3u, 2017.
- 10) Zitomersky N. Bousvaros A. Overview of the management of Crohn disease in children and adolescents url: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-crohn-disease-in-children-and-adolescents>
- 11) Ruemmele F. et al, Consensus guidelines of ECCO/ESPGHAN on the medical management of pediatric Crohn's disease Journal of Crohn's and Colitis (2014) 8, 1179–1207
- 12) Gonz3lez M. et al, Enfermedad Inflamatoria Intestinal en pediatria (EII):revisi3n. Grupo de trabajo de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterolog3a, Hepatolog3a y Nutrici3n Pedi3trica(SLAGHNP) Acta Gastroenterol Latinoam 2018;48(3):226-241
- 13) Martin de Carpi, J y col. Enfermedad de Crohn. Tratamiento en Gastroenterolog3a, Hepatolog3a y Nutrici3n Pedi3trica. 5ta Ed. 2021
- 14) The Medical Management of Paediatric Crohn's Disease: an ECCO-ESPGHAN Guideliquierenne Update. 2020

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 16 de 18
	Título: Enfermedad de Crohn	Edición: Octubre 2023	
	Elaborado: José Daniel Cenci3n/Jenla Serrano /Dr. Ricardo Chanis	Revisi3n N°1: Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterolog3a	

21. ANEXOS

Tabla 1. Índice ponderado de actividad de la enfermedad de Crohn pediátrica (wPCDAI)

Historia de una semana de duraci3n

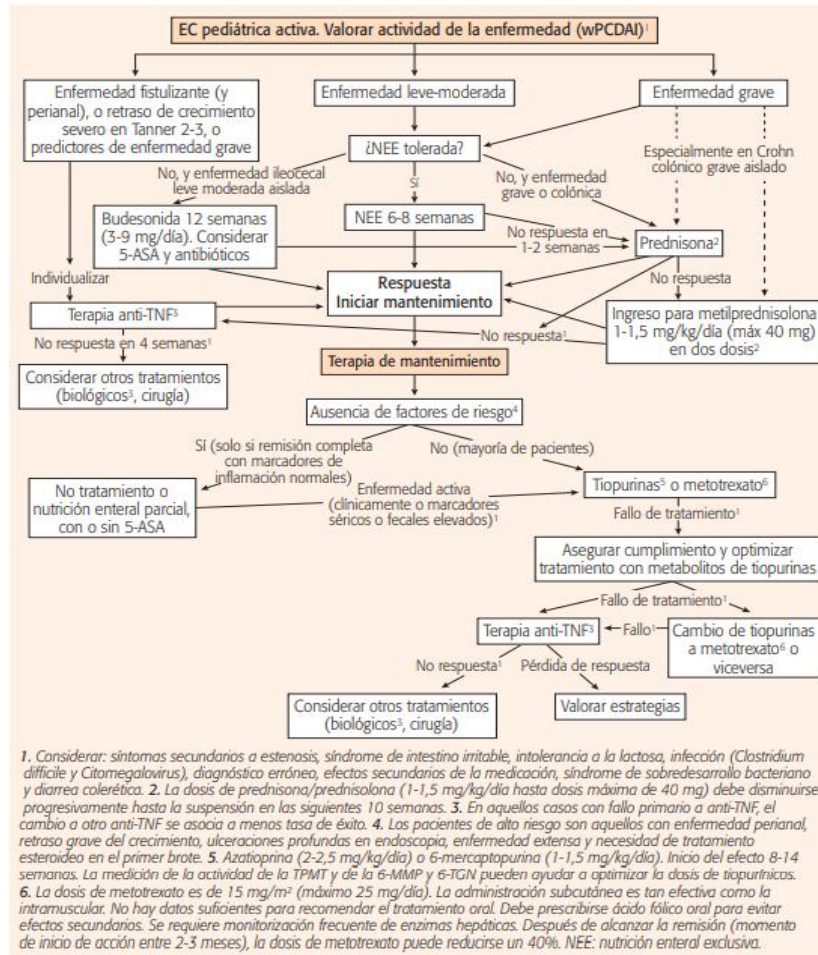
Dolor abdominal			
	0 = NO	10 = Leve, no interfiere con actividades	20 = Moderado/Grave: diario, de larga evoluci3n, interfiere con las actividades, nocturno
Estado general, funcionamiento del paciente			
	0 = No limitaciones en las actividades normales	10 = Dificultad ocasional para mantener las actividades de sus pares	20 = Limitaciones muy frecuentes para mantener las actividades de sus pares
Deposiciones (por día)			
	0 = 0-1 líquidas sin sangre o no líquidas	7,5 = Hasta dos deposiciones al día semiformadas con pequeña cantidad de sangre o de 2-5 líquidas sin sangre	15 = Sangrado evidente en las deposiciones o ≥ 6 deposiciones líquidas o deposiciones nocturnas
Laboratorio			
VSG (mm/h)	0 = < 20	7,5 = 20-50	15 = > 50
Albumina (g/dl)	0 = $\geq 3,5$	10 = 3,1-3,4	20 = $\leq 3,0$
Exploraci3n física			
Peso (kg)	0 = Ganancia ponderal, peso estable, mantenido o perdido de forma voluntaria	5 = Peso mantenido o p3rdida de peso involuntaria de 1-9%	10 = P3rdida de peso $\geq 10\%$
Enfermedad perianal	0 = Ninguna o tags indoloros	7,5 = 1 o 2 fistulas indoloras, con drenaje escaso y sin inflamaci3n	15 = Fistulas activas, drenaje evidente, inflamaci3n o abscesos
<i>Manifestaciones extraintestinales: fiebre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ durante tres días en la última semana, artritis, eritema nodoso, pioderma gangrenoso o uveitis</i>			
	0 = Ninguno	10 = 1 o más de los anteriores	
Puntos: 0-125. Remisi3n: < 12,5; leve: 12,5 – 40; moderado: > 40-57,5; grave: > 57,5.			

Martin de Carpi, J y col. Enfermedad de Crohn.Tratamiento en Gastroenterolog3a, Hepatolog3a y Nutrici3n Pediátrica.5ta Ed. 2021



HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 17 de 18
Título: Enfermedad de Crohn	Edición: Octubre 2023	
Elaborado: José Daniel Cenci3n/Jenla Serrano /Dr. Ricardo Chanis	Revisi3n N1: Agosto 2024	
Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterolog3a	

Diagrama 1. Tratamiento de la EC Pedi3trica



Consenso Gu3as ECCO-ESPGHAN 2014


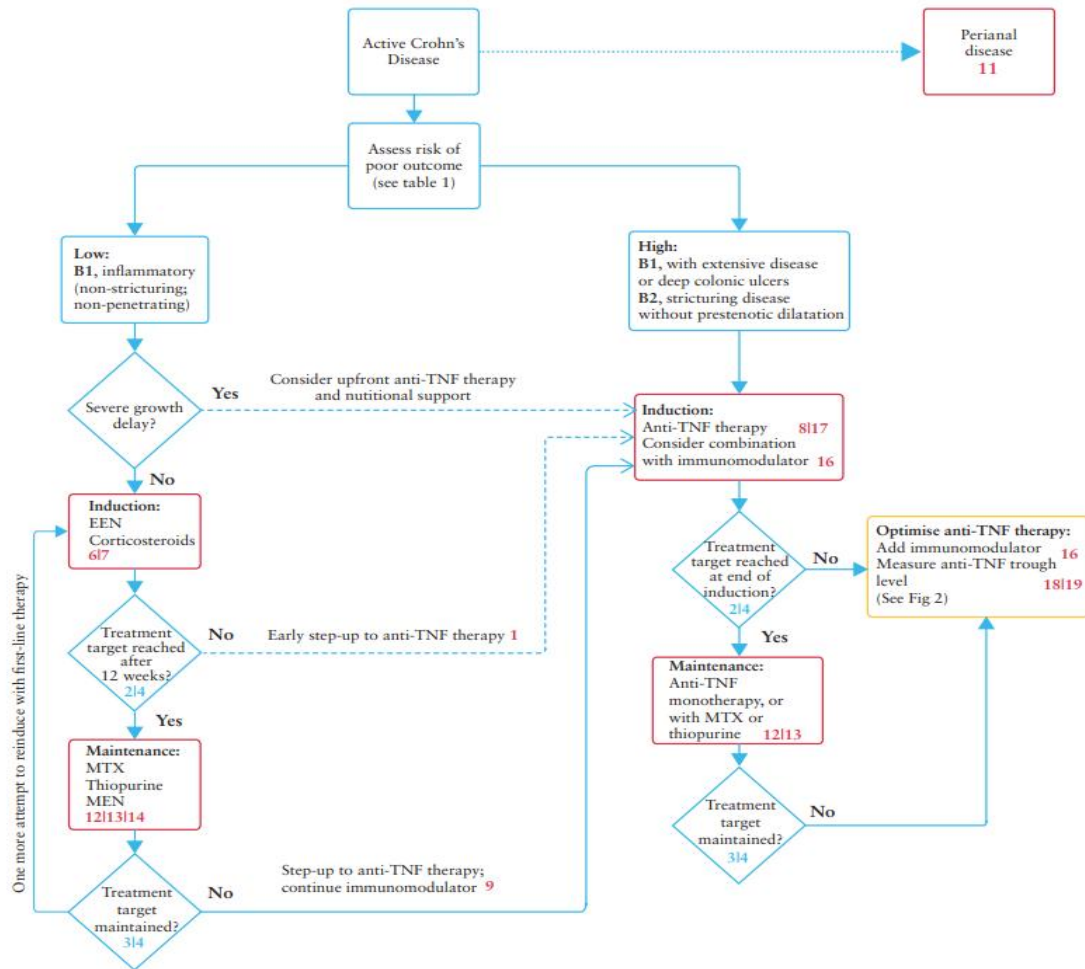
	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 18 de 18
	Título: Enfermedad de Crohn	Edición: Octubre 2023	
	Elaborado: José Daniel Cenci3n/Jenla Serrano /Dr. Ricardo Chanis	Revisi3n N1: Agosto 2024	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterolog3a	

Diagrama 2. Manejo m3dico de la EC luminal pedi3trica



The Medical Management of Paediatric Crohn's Disease: an ECCO-ESPGHAN Guideline Update.2020