

Informació per a malalts:

MALALTIES INFLAMATÒRIES INTESTINALS: Tractament

Té la dieta algun paper en el tractament?

En la malaltia inflamatòria intestinal no existeix cap aliment prohibit, no hi ha cap aliment que desfermi, perpetui o empitjori l'activitat inflamatòria. L'objectiu de la dieta és prevenir i corregir la desnutrició. La dieta ha de ser el més variada possible i incloure aliments rics en calci, proteïnes i ferro, per la qual cosa la llet i els seus derivats, que ajuden a prevenir l'osteoporosi, són recomanables. Alguns pacients amb brots greus de la malaltia poden presentar desnutrició i, en aquests casos, s'hauran de realitzar dietes especials augmentant la ingesta de calories i suplement dietètics. En pacients ingressats pot caldre l'alimentació directament per sonda al tub digestiu (alimentació enteral), o l'alimentació a través d'una vena (nutrició parenteral).

Quina és la primera opció de tractament en la colitis ulcerosa?

El tractament s'ha d'adaptar a les característiques i la situació de cada pacient, no hi ha una "primera opció" vàlida per a tots els casos. Els factors que guien l'elecció del tractament són, fonamentalment, l'extensió de les lesions inflamatòries i la gravetat del brot.

Quan l'extensió es limita a la part distal del còlon -únicament es veuen afectats el recte o el recte i el sigma (fins a 35-40 cm del marge anal)- el tractament d'elecció és l'administració local de medicaments mitjançant supositoris o ènemes de mesalazina i/o corticoides. Administrats de forma local, tots dos compostos tenen una eficàcia similar i s'aconsegueix un benefici addicional amb l'administració combinada. L'elecció d'una o altra presentació depèn molts cops de les preferències del pacient i de l'experiència en brots previs.

En les formes més esteses de colitis s'ha de recórrer a l'administració de mesalazina per via oral, ja que els supositoris o ènemes no arriben a tota la zona inflamada. La resposta a aquest tractament pot ser lenta i, de vegades, la remissió completa s'aconsegueix en 4-6 setmanes. Quan no hi ha resposta al tractament amb mesalazina, o bé en els brots moderats i greus de colitis ulcerosa, s'administren els corticoides orals. En casos greus, es requereix hospitalització per administrar corticoides per via endovenosa. Els corticoides solen produir una desaparició o millora ràpida dels símptomes en la colitis ulcerosa. Així doncs, quan després de 3 a 5 dies de tractament amb corticoides no s'ha produït una millora evident, cal recórrer a altres alternatives de tractament.

Quina és la primera opció de tractament en la malaltia de Crohn?

Igual que en la colitis ulcerosa, l'elecció del tractament vindrà condicionada per la localització de les lesions inflamatòries i per la gravetat.

En els casos amb afectació lleu, tant de l'intestí prim com del còlon, la mesalazina en dosis altes pot resultar eficaç. En pacients amb lesions localitzades a la porció final de l'ili i/o porció inicial del còlon (cec / còlon ascendent), sol resultar més eficaç la budesonida, un preparat de corticoides que té una acció local intensa però poc efecte en la resta de l'organisme.

En els pacients que no responen a aquesta primera línia de tractament i en aquells amb una malaltia més greu, s'utilitzen els corticoides d'acció sistèmica via oral. Els casos greus requereixen hospitalització per administrar els corticoides per via endovenosa.

La resposta de la malaltia de Crohn al tractament amb corticoides sol ser més lenta que en la colitis ulcerosa. Si, al cap d'unes setmanes de tractament, no s'ha produït cap millora, o si el pacient empitjora malgrat el tractament amb corticoides, s'han de considerar altres opcions terapèutiques.

Existeixen alternatives si fracassa el tractament inicial?

Quan en la fase inicial s'ha hagut de recórrer als corticoides, es pot produir un fracàs en el control de la malaltia en dues situacions diferents:

a) *Corticodependència*: El pacient respon inicialment però, en reduir la dosi o interrompre el tractament, reapareix l'activitat de la malaltia.

b) *Corticoresistència*: El pacient no respon al tractament amb corticoides. En aquesta situació, cal iniciar el tractament amb fàrmacs alternatius. En l'actualitat, aquests fàrmacs són, bàsicament:

1) Immunomoduladors, com, per exemple, azatioprina, mercaptopurina, metotrexat. Els immunomoduladors permeten la retirada dels corticoides i el manteniment de la remissió en el 50-60% dels pacients amb corticoresistència. Aquest tractament, un cop introduït, s'ha de mantenir durant períodes de temps perllongats (generalment, molts anys). Aquests medicaments triguen diverses setmanes a fer efecte, per la qual cosa en els pacients amb brots greus de colitis ulcerosa que tenen resistència als corticoides es poden utilitzar immunomoduladors d'inici ràpid com la ciclosporina per, un cop controlat el brot, iniciar azatioprina com a fàrmac per mantenir la remissió. La ciclosporina a la malaltia de Crohn no ha demostrat eficàcia.

2) Anticossos contra els mediadors de la inflamació. En els darrers anys, s'han desenvolupat medicaments que bloquegen el TNF (factor de necrosi tumoral), una molècula amb un efecte inflamatori molt potent en la mucosa de l'intestí. Actualment, es poden utilitzar dos medicaments d'aquest tipus per la malaltia de Crohn: l'infliximab i l'adalimumab, i un tercer amb indicació només per la colitis ulcerosa, el golimumab.

L'infliximab s'administra de forma endovenosa, generalment en unitats d'hospital de dia. L'adalimumab i el golimumab s'administren de forma subcutània, amb l'avantatge que ho pot fer el mateix pacient en el seu domicili mitjançant plomes precarregades. Aquests fàrmacs són útils en aquells pacients que presenten activitat de la malaltia malgrat trobar-se ja sota tractament immunomodulador, o en aquells que no els toleren. En tots dos casos, si després d'un tractament d'inducció s'aconsegueix la remissió, es realitza un tractament de manteniment a llarg termini (anys).

3) Anticossos contra la recaptació de leucòcits intestinals. Recentment s'ha aprovat un nou tractament, anomenat vedolizumab, que ha demostrat eficàcia tant a la colitis ulcerosa com a la malaltia de Crohn en pacients que no responen o no toleren els tractaments immunomoduladors i/o anti-TNF. S'administra per via endovenosa a unitats que disposen d'hospitals de dia.

4) Trasplantament autòleg de moll d'os. Aquesta és una alternativa indicada només en pacients amb malaltia de Crohn greu que no responen a cap de les medicacions aprovades, en els quals la cirurgia tampoc és una alternativa vàlida (malalties molt extenses). Aquest és un tractament que només es duu a terme en centres especialitzats amb experiència, per l'elevat risc de complicacions associat a la quimioteràpia.

Cal fer un tractament de manteniment?

La colitis ulcerosa i la malaltia de Crohn són processos crònics que cursen a brots per la qual cosa, un cop s'aconsegueix controlar els símptomes, és aconsellable realitzar un tractament de manteniment per prevenir futurs brots i, per tant, l'aparició de complicacions.

En la colitis ulcerosa, l'administració de mesalazina a llarg termini és eficaç per reduir el nombre de brots i sembla que pot tenir també un efecte preventiu en la disminució del risc de desenvolupar un càncer de còlon.

En la malaltia de Crohn, l'eficàcia del tractament de manteniment amb mesalazina no és tant clar. Un aspecte molt important és que els corticoides no són eficaços per mantenir la remissió i tenen molts efectes secundaris si s'utilitzen durant períodes prolongats, per la qual cosa, una vegada controlats els símptomes, s'ha d'anar reduint la dosi progressivament fins a aturar-los en un termini aproximat de tres mesos.

Quin risc tenen els medicaments emprats en aquesta patologia?

Els preparats de mesalazina són fàrmacs molt segurs. L'efecte advers més freqüent és el mal de cap (cefalea), que sol ser lleu i desapareix als pocs dies d'haver iniciat la medicació. En un percentatge molt reduït de pacients es pot produir una inflamació lleu del pàncrees o del fetge, la qual es resol amb la interrupció de la medicació. S'han comunicat casos aïllats de toxicitat renal (nefritis intersticial) per la qual cosa cal fer uns anàlisis de sang per vigilar la funció del ronyó.

Els efectes adversos més notables dels corticoides inclouen l'augment de pes, canvis en l'estat d'ànim, insomni, irritabilitat, diabetis, hipertensió, acne, augment de la pressió intraocular, cataractes, risc d'infecció i pèrdua de massa òssia. L'aparició i intensitat de cadascun d'aquests efectes adversos depèn de la susceptibilitat de cada individu, de la dosi i de la durada del tractament. No existeixen mesures de prevenció contra aquests efectes adversos a excepció de la pèrdua de massa òssia, mitjançant la presa simultània de suplementos orals de calci i de vitamina D.

El risc principal associat al tractament amb fàrmacs immunomoduladors és la infecció. Habitualment són infeccions lleus que es poden tractar amb antibiòtics convencionals. L'aparició d'una infecció no suposa que s'hagi de deixar de prendre el fàrmac en tots els casos, només en aquells que siguin greus. L'azatioprina pot produir, en un percentatge baix, que la medul·la òssia deixi de funcionar (aplàsia) motiu pel qual es requereix fer analítiques periòdiques per vigilar aquest possible efecte advers. Hi ha alguns pacients que no poden prendre aquesta medicació (azatioprina) perquè el seu cos l'elimina molt a poc a poc i pot ser tòxic. Altres efectes adversos que pot produir l'azatioprina són hepatitis, pancreatitis, dolors articulars, febre i caiguda del cabell. Tots aquests efectes es resolen fàcilment amb la retirada del fàrmac i no deixen seqüeles. El metotrexat pot provocar inflamació al fetge i en un percentatge baix de pacients, també pot produir supressió de la medul·la òssia.

El principal risc del tractament amb anticossos anti-TNF (influximab, adalimumab, golimumab) són les infeccions i, especialment, la tuberculosi. Per aquest motiu, abans d'iniciar el tractament es realitzen un seguit de proves per descartar infecció prèvia pel gèrmen causant de la tuberculosi. Els pacients en tractament amb aquests fàrmacs que presenten febre o signes d'infecció han d'ésser valorats urgentment per un metge per tal de descartar infeccions i iniciar el tractament adequat el més aviat possible.

Quan cal recórrer a la cirurgia?

La decisió d'operar s'ha de prendre conjuntament entre el gastroenteròleg, el cirurgià i el pacient. En la colitis ulcerosa, la cirurgia s'aconsella en els casos de colitis greu en els quals no s'aconsegueix la remissió amb tractament mèdic, en els pacients que presenten efectes secundaris intolerables i en els casos de displàsia i càncer. La cirurgia en la colitis ulcerosa consisteix en la resecció de tot el còlon i del recte i, posteriorment, la construcció d'una bossa (reservori) amb l'intestí prim, que es fixarà en un dels seus extrems a l'anus i que realitzarà la funció del recte (continència).

En la malaltia de Crohn la indicació més freqüent de cirurgia és l'estenosi (disminució del calibre de la llum intestinal), que produeix símptomes de dolor, distensió de l'abdomen, nàusees i vòmits per obstrucció del trànsit intestinal. Altres indicacions poden ser la malaltia crònicament activa i la malaltia fistulitzant que no ha respòs als tractaments mèdics disponibles.

Cal tenir en compte que en la malaltia de Crohn la cirurgia no és curativa sinó que únicament elimina un problema concret, per la qual cosa aquesta sempre és conservadora (només es fa la resecció del tram d'intestí que està afectat) i es reserva com a última opció per l'elevat risc que torni a aparèixer la malaltia. Generalment, són cirurgies programades però de vegades es requereix una cirurgia d'urgència per complicacions greus.

Què és la malaltia de Crohn perianal?

L'afectació de la regió perianal en la malaltia de Crohn és habitual, essent en fins a un 5-10% dels pacients la primera manifestació de la malaltia. Consisteix en l'aparició en la zona de l'anus i del recte de fissures, fistules, abscessos (col·leccions de pus), replecs cutanis inflamats i

maceració perianal. Les més importants per la seva gravetat i pel deteriorament que ocasiona en la qualitat de vida són les fístules, trajectes que comuniquen l'anús o el recte amb la pell de la zona perineal i de vegades amb els glutis o els genitals. Les fístules poden ser recurrents. El seu tractament ha de ser sempre individualitzat. Es pot intentar, en primer lloc, i en fístules no complicades, tractament antibiòtic. Quan els antibiòtics no són suficients o quan les fístules reapareixen amb freqüència, s'iniciarà un tractament immunomodulador (azatioprina). Quan aquest tractament no és eficaç, o si les fístules són complexes, està indicat iniciar un fàrmac anti-TNF (influximab, adalimumab). La combinació d'influximab amb cirurgia (neteja i col·locació de drenatges) és més eficaç. Els abscessos perianals (col·leccions de pus) requereixen de desbridament quirúrgic.

ENLLAÇOS D'INTERÈS:

Educa inflamatòria

Extensa revisió molt recomanable dedicada específicament a pacients. Realitzada i revisada per la Dra. Ana Echarri Piudo, responsable de la Unitat de Malaltia Inflamatòria Intestinal del Servei d'Aparell Digestiu del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF).

www.educainflamatoria.com

Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU)

Disposa d'una pestanya amb informació específica per a pacients. Cal destacar l'Aula de pacients amb diversos capítols que revisen els aspectes més remarcables de la malaltia des de la perspectiva del pacient. També és molt recomanable l'apartat "vídeos divulgativos" on hi ha informació pràctica sobre diversos aspectes de la malaltia (per exemple com administrar el tractament tòpic o com administrar-se tractaments subcutanis).

<http://geteccu.org/>

Life and IBD

Web educativa dissenyada per gastroenteròlegs i pacients amb Malaltia Inflamatòria Intestinal, disponible en 6 idiomes. És una iniciativa de la Federació Europea d'Associacions de Malaltia de Crohn i Colitis Ulcerosa (EFCCA) pensada per sumar esforços de les organitzacions de diferents estats d'Europa. Els continguts son regularment actualitzats.

<http://www.efcca.org/en/news/life-and-ibd>

Associacions de pacients amb malaltia de Crohn i Colitis Ulcerosa

ACCU Catalunya <http://www.accucatalunya.cat/ca/>

Molt recomanable la informació disponible sobre el projecte “No puc esperar”, iniciativa d’ACCU Catalunya destinada a millorar l’accessibilitat dels pacients a lavabos públics i privats

Altres associacions:

- [Federación Europea de Asociaciones de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa \(EFCCA\)](#)
- [Confederación de Asociaciones de pacientes de Crohn y Colitis Ulcerosa de España \(ACCU\)](#)
- [FUNDECCU Argentina](#)
- [Crohn’s and Colitis Foundation of America](#)

Informació per a pacients portadors d’una ostomia

- Web sobre ostomia dedicada a pacients i professionals: [Ostomía profesional](#)
- Pacients portadors d’ileostomia: missbowel.com

Informació per a viatjar

<http://www.crohnscolitisfoundation.org/resources/TSA-air-travel-101.html>

Biblioteca Nacional de Medicina dels Estats Units (NIH). Medline Plus.

Sobre colitis ulcerosa:

<https://medlineplus.gov/spanish/ulcerativecolitis.html>

Sobre malaltia de Crohn:

<https://medlineplus.gov/spanish/crohnsdisease.html>