

Información para pacientes:

ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES: Tratamiento

¿Tiene la dieta algún papel en el tratamiento?

En la enfermedad inflamatoria intestinal no existe ningún alimento prohibido, no hay ningún alimento que desate, perpetúe o empeore la actividad inflamatoria. El objetivo de la dieta es prevenir y corregir la desnutrición. La dieta debe ser lo más variada posible e incluir alimentos ricos en calcio, proteínas y hierro, por lo que la leche y sus derivados, que ayudan a prevenir la osteoporosis, son recomendables. Algunos pacientes con brotes graves de la enfermedad pueden presentar desnutrición y, en estos casos, se deberán realizar dietas especiales aumentando la ingesta de calorías y suplementos dietéticos. En pacientes ingresados puede ser necesaria la alimentación directamente por sonda en el tubo digestivo (alimentación enteral), o la alimentación a través de una vena (nutrición parenteral).

¿Cuál es la primera opción de tratamiento en la colitis ulcerosa?

El tratamiento debe adaptarse a las características y la situación de cada paciente, no hay una "primera opción" válida para todos los casos. Los factores que guían la elección del tratamiento son, fundamentalmente, la extensión de las lesiones inflamatorias y la gravedad del brote.

Cuando la extensión se limita a la parte distal del colon -únicamente se ven afectados el recto o el recto y el sigma (hasta 35-40 cm del margen anal) - el tratamiento de elección es la administración local de medicamentos mediante supositorios o enemas de mesalazina y / o corticoides. Administrados de forma local, ambos compuestos tienen una eficacia similar y se consigue un beneficio adicional con la administración combinada. La elección de una u otra presentación depende muchas veces de las preferencias del paciente y de la experiencia en brotes previos.

En las formas más extendidas de colitis se debe recurrir a la administración de mesalazina por vía oral, ya que los supositorios o enemas no llegan a toda la zona inflamada. La respuesta a este tratamiento puede ser lenta y, a veces, la remisión completa se consigue en 4-6 semanas. Cuando no hay respuesta al tratamiento con mesalazina, o bien en los brotes moderados y graves de colitis ulcerosa, se administran los corticoides orales. En casos graves, se requiere hospitalización para administrar corticoides por vía endovenosa. Los corticoides suelen producir una desaparición o mejora rápida de los síntomas en la colitis ulcerosa. Así pues, cuando después de 3 a 5 días de tratamiento con corticoides no se ha producido una mejora evidente, hay que recurrir a otras alternativas de tratamiento.

¿Cuál es la primera opción de tratamiento en la enfermedad de Crohn?

Al igual que en la colitis ulcerosa, la elección del tratamiento vendrá condicionada por la localización de las lesiones inflamatorias y por la gravedad.

En los casos con afectación leve, tanto del intestino delgado como del colon, la mesalazina en dosis altas puede resultar eficaz. En pacientes con lesiones localizadas en la porción final del íleon y / o porción inicial del colon (ciego / colon ascendente), suele resultar más eficaz la budesonida, un preparado de corticoides que tiene una acción local intensa pero poco efecto en el resto del organismo.

En los pacientes que no responden a esta primera línea de tratamiento y en aquellos con una enfermedad más grave, se utilizan los corticoides de acción sistémica vía oral. Los casos graves requieren hospitalización para administrar los corticoides por vía endovenosa.

La respuesta de la enfermedad de Crohn en tratamiento con corticoides suele ser más lenta que en la colitis ulcerosa. Si, al cabo de unas semanas de tratamiento, no se ha producido ninguna mejora, o si el paciente empeora a pesar del tratamiento con corticoides, se deben considerar otras opciones terapéuticas.

¿Existen alternativas si fracasa el tratamiento inicial?

Cuando en la fase inicial se ha tenido que recurrir a los corticoides, se puede producir un fracaso en el control de la enfermedad en dos situaciones diferentes:

- a) Corti codependencia: el paciente responde inicialmente pero, al reducir la dosis o interrumpir el tratamiento, reaparece la actividad de la enfermedad.
- b) Corticoresistencia: El paciente no responde al tratamiento con corticoides. En esta situación, hay que iniciar el tratamiento con fármacos alternativos. En la actualidad, estos fármacos son, básicamente:

1) Inmunomoduladores, como, por ejemplo, azatioprina, mercaptopurina, metotrexato. Los inmunomoduladores permiten la retirada de los corticoides y el mantenimiento de la remisión en el 50-60% de los pacientes con corticoresistencia. Este tratamiento, una vez introducido, debe mantenerse durante períodos de tiempo prolongados (generalmente, muchos años). Estos medicamentos tardan varias semanas en hacer efecto, por lo que en los pacientes con brotes graves de colitis ulcerosa que tienen resistencia a los corticoides pueden utilizarse inmunomoduladores de inicio rápido como la ciclosporina para, una vez controlado el brote, iniciar azatioprina como fármaco para mantener la remisión. La ciclosporina a la enfermedad de Crohn no ha demostrado eficacia.

2) Anticuerpos contra los mediadores de la inflamación. En los últimos años, se han desarrollado medicamentos que bloquean el TNF (factor de necrosis tumoral), una molécula con un efecto inflamatorio muy potente en la mucosa del intestino. Actualmente, se pueden utilizar dos medicamentos de este tipo para la enfermedad de Crohn: el infliximab y el adalimumab, y un tercero con indicación sólo para la colitis ulcerosa, el Golimumab.

El infliximab se administra de forma endovenosa, generalmente en unidades de hospital de día. El adalimumab y el Golimumab administran de forma subcutánea, con la ventaja de que lo puede hacer el mismo paciente en su domicilio mediante plumas precargadas. Estos fármacos son útiles en aquellos pacientes que presentan actividad de la enfermedad a pesar de encontrarse ya bajo tratamiento inmunomodulador, o en aquellos que no los toleran. En ambos casos, si después de un tratamiento de inducción se consigue la remisión, se realiza un tratamiento de mantenimiento a largo plazo (años).

3) Anticuerpos contra la recaudación de leucocitos intestinales. Recientemente se ha aprobado un nuevo tratamiento, llamado vedolizumab, que ha demostrado eficacia tanto en la colitis ulcerosa como la enfermedad de Crohn en pacientes que no responden o no toleran los tratamientos inmunomoduladores y / o anti-TNF. Se administra por vía endovenosa a unidades que disponen de hospitales de día.

4) Trasplante autólogo de médula ósea. Esta es una alternativa indicada sólo en pacientes con enfermedad de Crohn grave que no responden a ninguna de las medicaciones aprobadas, en los que la cirugía tampoco es una alternativa válida (enfermedades muy extensas). Este es un tratamiento que sólo se lleva a cabo en centros especializados con experiencia, por el elevado riesgo de complicaciones asociado a la quimioterapia.

¿Es necesario hacer un tratamiento de mantenimiento?

La colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn son procesos crónicos que cursan en brotes por lo que, una vez se logra controlar los síntomas, es aconsejable realizar un tratamiento de mantenimiento para prevenir futuros brotes y, por tanto, la aparición de complicaciones.

En la colitis ulcerosa, la administración de mesalazina a largo plazo es eficaz para reducir el número de brotes y parece que puede tener también un efecto preventivo en la disminución del riesgo de desarrollar un cáncer de colon.

En la enfermedad de Crohn, la eficacia del tratamiento de mantenimiento con mesalazina no es tan clara. Un aspecto muy importante es que los corticoides no son eficaces para mantener la remisión y tienen muchos efectos secundarios si se utilizan durante periodos prolongados, por lo que, una vez controlados los síntomas, hay que ir reduciendo la dosis progresivamente hasta a detenerse en un plazo aproximado de tres meses.

¿Qué riesgo presentan los medicamentos utilizados en esta enfermedad?

Los preparados de mesalazina son fármacos muy seguros. El efecto adverso más frecuente es el dolor de cabeza (cefalea), que suele ser leve y desaparece a los pocos días de haber iniciado la medicación. En un porcentaje muy reducido de pacientes se puede producir una inflamación leve del páncreas o del hígado, la que se resuelve con la interrupción de la medicación. Se han comunicado casos aislados de toxicidad renal (nefritis intersticial) por lo que hay que hacer unos análisis de sangre para vigilar la función del riñón.

Los efectos adversos más notables de los corticoides incluyen el aumento de peso, cambios en el estado de ánimo, insomnio, irritabilidad, diabetes, hipertensión, acné, aumento de la presión intraocular, cataratas, riesgo de infección y pérdida de masa ósea. La aparición e intensidad de cada uno de estos efectos adversos depende de la susceptibilidad de cada individuo, de la dosis y de la duración del tratamiento. No existen medidas de prevención contra estos efectos adversos a excepción de la pérdida de masa ósea, mediante la toma simultánea de suplementos orales de calcio y de vitamina D.

El riesgo principal asociado al tratamiento con fármacos inmunomoduladores es la infección. Habitualmente son infecciones leves que se pueden tratar con antibióticos convencionales. La aparición de una infección no supone que deba dejar de tomar el fármaco en todos los casos, sólo en aquellos que sean graves.

La azatioprina puede producir, en un porcentaje bajo, que la médula ósea deje de funcionar (aplasia) por lo que se requiere hacer analíticas periódicas para vigilar este posible efecto adverso. Hay algunos pacientes que no pueden tomar esta medicación (azatioprina) porque su cuerpo lo elimina muy lentamente y puede ser tóxico. Otros efectos adversos que puede producir la azatioprina son hepatitis, pancreatitis, dolores articulares, fiebre y caída del cabello. Todos estos efectos se resuelven fácilmente con la retirada del fármaco y no dejan secuelas. El metotrexato puede provocar inflamación en el hígado y en un porcentaje bajo de pacientes, también puede producir supresión de la médula ósea.

El principal riesgo del tratamiento con anticuerpos anti-TNF (infliximab, adalimumab, Golimumab) son las infecciones y, especialmente, la tuberculosis. Por este motivo, antes de iniciar el tratamiento se realizan una serie de pruebas para descartar infección previa por el germen causante de la tuberculosis. Los pacientes en tratamiento con estos fármacos que presentan fiebre o signos de infección deben ser valorados urgentemente por un médico para descartar infecciones e iniciar el tratamiento adecuado lo antes posible.

¿Cuándo es necesario recurrir a la cirugía?

La decisión de operar se tomará conjuntamente entre el gastroenterólogo, el cirujano y el paciente. En la colitis ulcerosa, la cirugía se aconseja en los casos de colitis grave en los que no se logra la remisión con tratamiento médico, en los pacientes que presentan efectos secundarios intolerables y en los casos de displasia y cáncer. La cirugía en la colitis ulcerosa consiste en la resección de todo el colon y del recto y, posteriormente, la construcción de una bolsa (reservorio) con el intestino delgado, que se fijará en uno de sus extremos en el ano y que realizará la función del recto (continencia).

En la enfermedad de Crohn la indicación más frecuente de cirugía es la estenosis (disminución del calibre de la luz intestinal), que produce síntomas de dolor, distensión del abdomen, náuseas y vómitos por obstrucción del tránsito intestinal. Otras indicaciones pueden ser la enfermedad crónicamente activa y la enfermedad fistulizante que no ha respondido a los tratamientos médicos disponibles.

Hay que tener en cuenta que en la enfermedad de Crohn la cirugía no es curativa sino que únicamente elimina un problema concreto, por lo que ésta siempre es conservadora (sólo se

hace la resección del tramo de intestino que está afectado) y se reserva como última opción para el elevado riesgo de que vuelva a aparecer la enfermedad. Generalmente, son cirugías programadas pero a veces se requiere una cirugía de urgencia por complicaciones graves.

¿Qué es la enfermedad de Crohn perianal?

La afectación de la región perianal en la enfermedad de Crohn es habitual, siendo en hasta un 5-10% de los pacientes la primera manifestación de la enfermedad. Consiste en la aparición en la zona del ano y del recto de fisuras, fístulas, abscesos (colecciones de pus), repliegues cutáneos inflamados y maceración perianal. Las más importantes por su gravedad y por el deterioro que ocasiona en la calidad de vida son las fístulas, trayectos que comunican el ano o el recto con la piel de la zona perineal y a veces con los glúteos o los genitales. Las fístulas pueden ser recurrentes. Su tratamiento debe ser siempre individualizado. Se puede intentar, en primer lugar, y en fístulas no complicadas, tratamiento antibiótico. Cuando los antibióticos no son suficientes o cuando las fístulas reaparecen con frecuencia, se iniciará un tratamiento inmunomodulador (azatioprina). Cuando este tratamiento no es eficaz, o si las fístulas son complejas, está indicado iniciar un fármaco anti-TNF (infliximab, adalimumab). La combinación de infliximab con cirugía (limpieza y colocación de drenajes) es más eficaz. Los abscesos perianales (colecciones de pus) requieren de desbridamiento quirúrgico.

ENLACES DE INTERÉS

Educa inflamatoria

Extensa revisión muy recomendable dedicada específicamente a pacientes. Realizada y revisada por la Dra. Ana Echarri Piudo, responsable de la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Servicio de Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF).

www.educainflamatoria.com

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

Dispone de una pestaña con información específica para pacientes. Cabe destacar el Aula de pacientes con diversos capítulos que revisan los aspectos más remarcables de la enfermedad desde la perspectiva del paciente. También es muy recomendable el apartado “vídeos divulgativos donde hay información práctica sobre diversos aspectos de la enfermedad (por ejemplo cómo administrar el tratamiento tópico o el subcutáneo).

<http://geteccu.org/>

Life and IBD

Web educativa diseñada por gastroenterólogos y pacientes con enfermedad Inflamatoria Intestinal, disponible en 6 idiomas. Es una iniciativa de la Federación Europea de Asociaciones de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (EFCCA) pensada para sumar esfuerzos de los diferentes organizaciones de diferentes estados de Europa. Los contenidos son regularmente actualizados.

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

Asociaciones de pacientes con enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa

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

Muy recomendable la información disponible sobre el proyecto “No puc esperar”, iniciativa d’ACCU Catalunya destinada a mejorar accesibilidad de los pacientes a lavabos públicos y privados.

Otras asociaciones:

- [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](#)

Información para pacientes portadores de una ostomía

- Web sobre ostomía dedicada a pacientes y profesionales: [Ostomía profesional](#)
- Pacientes portadores de ileostomía: missbowel.com

Información para viajar

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

Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (NIH). Medline Plus.

Sobre colitis ulcerosa:

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

Sobre enfermedad de Crohn:

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