



Enfermedad inflamatoria del intestino

¿Cuál es la diferencia entre la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn?

La colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn son dos tipos de enfermedad inflamatoria intestinal (EII). En la colitis ulcerosa, se inflaman las paredes del intestino grueso (colon). En la enfermedad de Crohn, la inflamación se extiende más profundamente en la pared intestinal y pueden existir complicaciones como abscesos, infección o fistulas (comunicación entre el intestino y otro órgano). La enfermedad de Crohn también puede afectar al intestino delgado (ileítis), o puede afectar tanto al intestino delgado como el intestino grueso (ileocolitis).

¿En qué se diferencia la EII del síndrome del intestino irritable?

La EII se desarrolla debido a una inflamación del intestino que puede causar sangrado, fiebre, elevación del recuento de glóbulos blancos, y dolor abdominal, diarrea y cólicos. La causa es multifactorial y tiene un componente genético, autoinmune, étnico, dietético y ambiental. Las anomalías de la EII generalmente se pueden visualizar mediante estudios de imagen, por ejemplo, una tomografía del abdomen y pelvis o una colonoscopia.

El síndrome de intestino irritable (SII) es una entidad de origen funcional que no implica inflamación intestinal. La causa no es completamente entendida, pero puede estar relacionado con trastornos de ansiedad, estrés, depresión o desconexión entre el cerebro y el intestino, así como proliferación bacteriana anormal. Este trastorno se caracteriza por dolor abdominal similar al cólico, diarrea o estreñimiento, pero no está acompañado de fiebre, sangrado o un recuento de glóbulos blancos elevado. El examen mediante colonoscopia o rayos X con bario no revela hallazgos anormales.

En algunas ocasiones, las personas que sufren de EII pueden también presentar SII. El tratamiento de estas dos entidades médicas es completamente diferente.

¿Cuál es la causa de la EII?

No existe ninguna explicación única para el desarrollo de la EII. Una teoría predominante sostiene que un proceso, posiblemente viral, bacteriano o alérgico, inflama inicialmente el intestino delgado o grueso y, en función de la predisposición genética, da como resultado el desarrollo de anticuerpos que “atacan” de modo crónico al intestino, conduciendo a la inflamación. Aproximadamente el 10% de los pacientes con EII tienen un familiar cercano (padre, hermano o hijo) con la enfermedad, lo cual apoya la idea de una predisposición genética en algunos pacientes.

¿La EII está causada por el estrés?

El estrés emocional debido a presiones familiares, de trabajo o sociales puede dar como resultado un empeoramiento del síndrome del intestino irritable pero no es la causa principal de la enfermedad inflamatoria intestinal. Existe poca evidencia que sugiera que el estrés es una causa importante de la colitis ulcerosa o de la enfermedad de Crohn. Aunque la EII no está causada por el estrés, estudios recientes muestran que puede haber una relación entre los dos: los períodos estresantes en la vida pueden llevar a un brote de la actividad de la enfermedad en personas que tienen un diagnóstico subyacente de EII.

¿Cómo se diagnostica la EII?

No hay una única prueba que pueda hacer el diagnóstico de la EII o descartar totalmente su existencia de modo confiable. La colonoscopia con biopsias, los estudios de imágenes de corte transversal del colon o el tracto gastrointestinal superior, nuevas pruebas de sangre y heces que detectan marcadores que se asocian comúnmente a la EII, junto con el historial de un paciente y un examen físico, pueden ser todos útiles para ayudarle a su médico a establecer un diagnóstico de EII.

¿Cuáles son las complicaciones de la EII?

La colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn pueden dar como resultado diarrea, sangrado, anemia, pérdida de peso, fiebre, desnutrición. La enfermedad de Crohn puede presentarse con infección intraabdominal, perianal, abscesos y fístulas. La colitis ulcerativa puede presentarse con inflamación agresiva del colon que requiere resección quirúrgica del colon de manera emergente en algunas ocasiones. EII también puede tener manifestaciones extraintestinales en las cuales pueden verse implicadas zonas distintas al sistema gastrointestinal, como su sistema óseo, la piel, las articulaciones o los ojos.

¿Qué tratamientos médicos están disponibles para la EII?

Varias formulaciones de 5-ASA, un medicamento que se ha utilizado para tratar la EII durante más de 50 años, están disponibles como preparaciones orales, supositorios o enemas. Estos son a menudo uno de los primeros fármacos utilizados para tratar la EII particularmente la colitis ulcerativa. Las terapias con corticoesteroides, como la prednisona o la hidrocortisona, se administran cuando los productos de 5-ASA son insuficientes para controlar la inflamación o cuando hay inflamación aguda o una exacerbación de la inflamación. Estos fármacos pueden administrarse por vía oral, por vía rectal en forma de supositorios o enemas, o de modo intravenoso.

Se utilizan fármacos que suprimen la respuesta inmune del cuerpo en la EII (conocidos como inmunomoduladores). La azatioprina y la 6-mercaptopurina (6-MP) son los dos inmunomoduladores más comúnmente utilizados.

Por último, se utiliza una nueva clase de medicamentos, llamados “biológicos”, para pacientes con inflamación moderada a grave. Los medicamentos biológicos se han convertido en una de las terapias más eficaces para el control de la inflamación a largo plazo. Los esteroides y medicamentos para controlar el dolor deben ser utilizados únicamente por períodos cortos durante la exacerbación de la enfermedad.

¿Hay complicaciones debidas a los tratamientos médicos?

La sulfasalazina, un producto de 5-ASA utilizado por primera vez para tratar la EII en la década de 1940, puede provocar náuseas, indigestión o dolor de cabeza en aproximadamente el 15% de los pacientes y empeorar la diarrea en aproximadamente el 4% de los pacientes. Los fármacos más

recientes tienen menos efectos secundarios. La terapia crónica con corticosteroides no es recomendable ya que puede conducir a la retención de líquidos, hipertensión arterial, ganancia de peso, cierto redondeo de la cara y ablandamiento de los huesos similar a la osteoporosis. Los fármacos que controlan el sistema inmunológico requieren supervisión periódica del recuento sanguíneo y función hepática. Sin embargo, estos medicamentos son generalmente bien tolerados por muchos pacientes. Los productos biológicos pueden aumentar la susceptibilidad a ciertas infecciones por lo cual es necesario asegurarse de adquirir las vacunas necesarias antes de iniciar esta terapia.

¿Es importante la dieta para los pacientes con EII?

En la actualidad, existen muchos estudios llevándose a cabo para detectar la dieta que es más beneficiosa en pacientes con EII. Durante episodios de inflamación aguda o exacerbación de la inflamación, se recomienda al paciente que evite la fibra (cáscara de vegetales o frutas crudas) ya que esta puede ser más difícil de digerir y crear obstrucción intestinal en algunas ocasiones. Si está respondiendo bien al tratamiento médico, a menudo puede comer una dieta razonablemente carente de restricciones. Se recomienda una dieta saludable como la dieta mediterránea (vegetales verdes, pescado y aceite de oliva). Si usted parece ser sensible a la leche (intolerante a la lactosa), se aconseja evitar los productos lácteos o usar leche de origen vegetal.

¿Qué tan exitoso es el tratamiento médico?

Con un tratamiento temprano y adecuado, la mayoría de los pacientes con EII llevan vidas saludables y productivas. Algunos pacientes pueden requerir cirugía para el tratamiento de las complicaciones de la EII, como serían un absceso, una obstrucción intestinal o una respuesta inadecuada al tratamiento con fármacos.

¿Cuáles son las opciones quirúrgicas para la EII?

La enfermedad de Crohn del intestino delgado o grueso puede tratarse quirúrgicamente en el caso de complicaciones tales como la obstrucción, un absceso, una fístula o el no responder adecuadamente al tratamiento médico. La enfermedad puede reaparecer en algún momento después de la operación, particularmente en pacientes con enfermedad de Crohn.

La colitis ulcerosa es curable con la extirpación de todo el colon. Esto puede requerir crear una “ileostomía” (conectando el intestino delgado a la pared abdominal externa con una bolsa de uso externo que recolecta heces fecales) o puede implicar la fijación directa del intestino delgado (íleon) al ano. Este tipo de cirugía, conocida como “Cirugía IPAA” crea un reservorio ileo-anal y el paciente no requiere de una bolsa de uso externo. Esta cirugía no está indicada en pacientes con enfermedad de Crohn.