

Informació per a malalts:

MALALTIES INFLAMATÒRIES INTESTINALS: Generalitats i Diagnòstic

QUÈ SÓN LES MALALTIES INFLAMATÒRIES INTESTINALS CRÒNIQUES?

Són malalties de causa no totalment aclarida que cursen a brots (períodes d'activitat inflamatòria i períodes de remissió) i que se solen iniciar en la joventut, entre els 16 i els 40 anys. La inflamació de l'intestí és el resultat d'una resposta exagerada del sistema immunològic, que normalment ens protegeix contra possibles agents infecciosos, i que en el cas de la Malaltia Inflamatòria Intestinal acaba produint una lesió. Encara que el motiu exacte d'aquesta resposta exagerada no es coneix amb exactitud, se sap que la flora bacteriana intestinal hi juga un paper important. De fet, l'agent causal de la inflamació es troba a la llum intestinal i podria tractar-se d'una alteració de l'equilibri dels bacteris que habiten el budell (microbiota) i que són necessaris per a mantenir un estat de salut.

QUÈ DIFERENCIA LA COLITIS ULCEROSA DE LA MALALTIA DE CROHN?

En la Colitis Ulcerosa només es veu afectat el còlon o intestí gros. Les lesions poden englobar una major o menor longitud de l'intestí gros a partir del recte (que sempre es veu afectat), arribant en els casos més extensos a afectar tot el còlon. En els segments inflamats les lesions són contínues i es troben limitades a les capes més superficials (properes a la llum) del còlon.

La malaltia de Crohn, en canvi, pot afectar qualsevol segment del tub digestiu, des de la boca fins a l'anus, tot i que les àrees afectades amb major freqüència són la porció final de l'intestí prim (íleon terminal) i la porció inicial del còlon (cec i còlon ascendent). Les lesions de la malaltia de Crohn es diferencien de les de la colitis ulcerosa en el fet que no són contínues, és a dir, existeixen zones sanes entre segments de mucosa inflamada i poden afectar tot el gruix de la paret intestinal, no només les capes més superficials.

QUINA ÉS LA FREQÜÈNCIA D'AQUESTES MALALTIES?

El nombre de persones afectades canvia de forma considerable d'uns països a altres. A Espanya la prevalença de la Malaltia Inflamatòria Intestinal és 1,5 - 2,5 per 1000 habitants. Els estudis epidemiològics més recents demostren un increment constant en la incidència de Colitis Ulcerosa i Malaltia de Crohn amb taxes d'incidència de 7,92 i 7,47 casos / 100.000 habitants / any respectivament.

LA MALALTIA INFLAMATÒRIA INTESTINAL ÉS D'ORIGEN GENÈTIC?

Tot i que no és l'únic factor que influeix, la Malaltia Inflamatòria Intestinal apareix en persones genèticament predisposades. La importància de la predisposició genètica s'ha posat de manifest en estudiar famílies amb més d'un membre afectat. La freqüència de la Malaltia de

Crohn és 20 cops més alta en germans d'individus afectes en relació amb la població general, i la Colitis Ulcerosa és 12 cops més freqüent. No obstant això, amalgrat aquesta agregació familiar observada, només en un 5-10% dels pacients existeixen antecedents de la malaltia en els pares o germans. Això és deu al fet que la predisposició genètica per la Malaltia Inflamatòria Intestinal depèn no d'una única alteració sinó de la combinació de diferents variants en els gens i que el seu desenvolupament depèn, a més, d'algun factor ambiental que desencadena l'inici de la malaltia.

HI HA ALGUN FACTOR AMBIENTAL PREDISPONENT?

El tabac és el factor ambiental per al qual s'ha demostrat una influència més clara sobre les malalties inflamatòries intestinals, i és interessant ressaltar que té una influència oposada en la Malaltia de Crohn i a la Colitis Ulcerosa. Fumar és el factor ambiental conegut de major risc per patir una malaltia de Crohn. El risc de patir Malaltia de Crohn és el doble en fumadors i, a més, el tabac empitjora el curs de la malaltia; els pacients amb malaltia de Crohn que continuen fumant pateixen més brots, necessiten tractaments més potents (i potencialment més tòxics) per controlar la malaltia i requereixen més intervencions quirúrgiques. Curiosament, el tabac sembla que té un efecte protector contra el desenvolupament d'una Colitis Ulcerosa. Al contrari que en la malaltia de Crohn, fumar disminueix el risc de patir una Colitis Ulcerosa a la meitat. Igualment, el risc de patir una Colitis Ulcerosa augmenta en abandonar el tabac. No obstant això, el risc de patir malalties més greus com la malaltia pulmonar obstructiva crònica, les malalties cardiovasculars o càncer de pulmó, bufeta urinària, etc... fa inacceptable considerar el tabac com a mesura terapèutica en la Colitis Ulcerosa.

Les infeccions intestinals, les gastroenteritis, també són un factor de risc per contraure una Malaltia Inflamatòria Intestinal. Les persones que pateixen una gastroenteritis infecciosa tenen el doble de risc de patir una Malaltia Inflamatòria Intestinal, tant la Malaltia de Crohn com la Colitis Ulcerosa. En qualsevol cas, el risc associat a cada episodi de gastroenteritis és baix, només 1 de cada 400 episodis se seguiran del desenvolupament d'una Malaltia Inflamatòria Intestinal.

L'operació d'apendicitis (apendicectomia) protegeix contra el desenvolupament d'una Colitis Ulcerosa, disminueix el risc a una tercera o quarta part respecte a la població general.

Encara desconeixem per quins mecanismes el tabac, les gastroenteritis infeccioses o l'operació d'apendicitis modifiquen el risc de patir una Malaltia Inflamatòria Intestinal.

QUINS SÍMPTOMES PRODUEIXEN?

Aquestes malalties presenten uns períodes d'activitat que s'anomenen brots, que són els períodes en que el pacient té símptomes digestius i se sent malalt, i altres d'inactivitat o remissió en els quals el pacient es troba bé.

Els símptomes principals de la Colitis Ulcerosa són la diarrea, l'aparició de sang i mucositat amb les deposicions i la presència de dolor abdominal. L'afectació del recte es manifesta, a més, en forma d'urgència defecatòria i sensació de no haver evacuat tot el contingut del recte (allò que anomenem tenesme).

Els símptomes inicials més freqüents en la malaltia de Crohn són el dolor abdominal, sobretot en la part inferior dreta de l'abdomen, la diarrea, la presència de sang o mucositat en les deposicions, la pèrdua de pes, la feblesa general i la febre. Alguns pacients poden presentar restrenyiment en comptes de diarrea.

COM ES DIAGNOSTIQUEN AQUESTES MALALTIES?

El diagnòstic es basa en els símptomes, en dades analítiques compatibles i es confirma amb proves radiològiques i endoscòpiques. La prova diagnòstica principal és la colonoscòpia amb ileoscòpia, la qual permet la visualització de les lesions del final de l'intestí prim i del còlon, i la presa de mostres (biòpsies) per estudiar-les amb el microscopi.

En la Malaltia de Crohn, la enteroresonància permet visualitzar tant el colon, com sobre tot el budell prim. Aquesta tècnica ha substituït recentment la realització d'un trànsit intestinal baritat (radiografia que es realitza després de prendre un contrast de bari per via oral). Aquesta nova tècnica radiològica permet visualitzar no només les lesions del budell sinó les complicacions extraintestinals (fístules, abscessos, massa inflamatòria, etc). A més, a diferència del trànsit baritat, la enteroresonància no irradia i per tant es pot repetir tantes vegades com sigui necessari en funció de l'evolució clínica.

QUINES COMPLICACIONS PODEN SORGIR?

La complicació més greu de la Colitis Ulcerosa és el megacòlon tòxic. Consisteix en la dilatació i aprimament de la paret del còlon, sobretot del segment anomenat còlon transvers. Aquesta situació apareix en pacients amb un brot molt greu de la malaltia i es pot complicar amb una perforació de l'intestí que provocarà peritonitis. Els símptomes que dona són febre, taquicàrdia, inflamació i dolor abdominal, i el diagnòstic es realitza amb una radiografia d'abdomen en la qual s'observa un diàmetre del còlon augmentat.

En la malaltia de Crohn el problema més habitual és l'obstrucció intestinal que es produeix per un engruiximent de la paret de l'intestí prim a causa de la inflamació i/o a l'acumulació de teixit fibrós per la cicatrització en aquesta zona (estenosi).

Una altra complicació habitual en la malaltia de Crohn són les fístules, que són comunicacions que es produeixen a partir d'una úlcera profunda, que travessa tota la paret de l'intestí, i que s'adreça cap a altres òrgans propers com la bufeta urinària o la vagina, cap a altres nanses intestinals o cap a la pell, habitualment la pell al voltant de l'anús. Aquesta última s'anomena afectació perianal per la malaltia de Crohn.

POT LA MALALTIA AFECTAR ALTRES ÒRGANS?

Tant la Colitis Ulcerosa com la Malaltia de Crohn poden presentar afectació d'altres òrgans, cosa que es coneix com a manifestacions extraintestinals o extradigestives. Les més habituals són les manifestacions osteoarticulars (que afecten l'os i les articulacions), les dermatològiques (que afecten la pell) i les oculars (que afecten l'ull).

Dins de les manifestacions osteoarticulars s'inclouen les artràlgies (dolor a les articulacions), l'artritis (dolor i inflamació de les articulacions) i l'osteoporosi, facilitada per l'ús perllongat de corticoides, el consum baix de calci i vitamina D i per la pròpia inflamació.

En la pell poden aparèixer l'eritema nodós, que son nòduls rogenys i dolorosos que acostumen a aparèixer en les cames per inflamació del teixit de sota la pell; i el pioderma gangrenós, que és una lesió ulcerada que sol aparèixer en zones en les quals s'ha produït un traumatisme previ.

Als ulls poden aparèixer inflamacions com la uveïtis, l'epiescleritis i la conjuntivitis, segons la part de l'ull afectada.

Més rarament es pot veure afectat el ronyó, per exemple, per pedres (càlculs); o el fetge, per exemple, per una malaltia associada coneguda amb el nom de colangitis esclerosant. Aquesta entitat és una inflamació crònica dels conductes biliars (més freqüents en la Colitis Ulcerosa que en la Malaltia de Crohn).

A més hi ha un increment de malalties sistèmiques (es a dir que afecten altres territoris o teixits) com ara la malaltia tromboembòlica, que es produeix per una major tendència de la sang dels pacients amb malalties inflamatòries intestinals a coagular-se, amb la consegüent formació de trombes. A més hi ha també una major incidència d'una malaltia anomenada amiloïdosi, complicació rara per acumulació d'una proteïna anormal en diferents teixits del cos, que es produeix com a conseqüència d'una inflamació crònica sostinguda.

INCREMENTEN AQUESTES MALALTIES EL RISC DE CÀNCER DE COLON?

Tots els pacients amb Colitis Ulcerosa i els pacients amb Malaltia de Crohn amb afectació del còlon tenen una probabilitat del 2 al 5% més alta de patir càncer de còlon que la població general. Els dos factors més importants són: 1) l'extensió de la colitis i el grau d'activitat inflamatòria i 2) els anys d'evolució de la malaltia. A major extensió i més anys d'evolució de la malaltia des del diagnòstic, existeix un major risc de càncer de còlon. No tenen un risc augmentat els pacients que únicament presenten afectació del recte. Quan hi ha història familiar de càncer de còlon o presència de colangitis esclerosant, el risc serà més gran.

ES POT PREVENIR EL CÀNCER DE COLON?

En els pacients amb afectació extensa del còlon es recomana la realització d'una colonoscòpia als 8-10 anys del diagnòstic de la malaltia. La colonoscòpia amb l'aplicació d'un colorant específic (cromoendoscòpia) i presa de mostres per estudiar-les amb el microscopi permet descobrir canvis pre-cancerosos en la mucosa del còlon (anomenats displàsia) o identificar de forma precoç les lesions canceroses. D'aquesta manera, s'evita que el tractament es demori i així, s'obté la curació. Els controls amb colonoscòpia i presa de biòpsies es van repetint a intervals regulars de temps seguint les instruccions del seu metge. En els pacients que pateixen una colangitis esclerosant o antecedents de càncer de còlon es realitzen els controls amb major freqüència, generalment una colonoscòpia anual des del moment del diagnòstic. En els darrers anys estan apareixent noves tècniques d'endoscòpia que permeten visualitzar lesions mínimes en el còlon (tècniques de magnificació o de cromoendoscòpia virtual).

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'Àparell 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>