

MALALTIES INFLAMATÒRIES INTESTINALS:

COLITIS ULCEROSA I MALALTIA DE CROHN:

GENERALITATS I DIAGNÒSTIC

Què són les malalties inflamatòries intestinals?

Són malalties en les quals es produeixen lesions inflamatòries a l'intestí a causa d'una resposta exagerada de les cèl·lules que, normalment, ens protegeixen contra possibles agents infecciosos: els leucòcits. Són processos inflamatoris crònics, els quals, de forma característica, cursen a brots (períodes d'activitat i períodes de remissió). Se solen iniciar en la joventut, entre els 16 i els 40 anys.

Què diferencia la colitis ulcerosa de la malaltia de Crohn?

En la colitis ulcerosa només es veu afectat el còlon o l'intestí gros. Les lesions poden abastar 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'anús, tot i que les àrees afectades amb major freqüència són la porció final de l'intestí prim (ílium 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 perquè poden afectar tot el gruix de la paret intestinal i 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 de 100 casos

per cada 100.000 habitants, en el cas de la malaltia de Crohn, i de 150 casos per cada 100.000 habitants, en el cas de la colitis ulcerosa. Cada any es diagnostiquen 8 casos nous de colitis ulcerosa i 5 casos nous de malaltia de Crohn per cada 100.000 habitants.

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. 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, a pesar d'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 a 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 que predisposi a l'aparició d'aquestes malalties?

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 en 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 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 què el pacient 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?

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**, la qual permet la visualització de les lesions de l'intestí prim i del còlon, i la presa de mostres (biòpsies) per estudiar-les amb el microscopi.

En la malaltia de Crohn, el trànsit intestinal (radiografia que es realitza després de prendre un contrast per via oral) ajuda a determinar l'afectació en altres zones de l'intestí.

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 dóna 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 engreixament 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 traspasa tota la paret de l'intestí, i que s'adreça cap a altres òrgans propers com la bufeta urinària

o la vagina, cap a d'altres nanses intestinals o cap a la pell, habitualment la pell al voltant de l'anús.

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, que es deu a l'ús perllongat de corticoides, el consum baix de calci i vitamina D i a una absorció de nutrients disminuïda per la inflamació intestinal. En la pell poden aparèixer l'eritema nodós, que són nòduls rogenços 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) en el ronyó o el fetge, per exemple, la colangitis esclerosant, que és una inflamació crònica dels conductes biliars (més freqüents en la colitis ulcerosa que en la malaltia de Crohn), i allò que anomenem les complicacions sistèmiques (quan afecten altres territoris o teixits) com ara el tromboembolisme, que es produeixen per una major tendència de la sang a coagular-se amb la consegüent formació de trombes o l'amiloïdosi, complicació rara per acumulació d'una proteïna anormal en diferents teixits del cos.

Augmenten aquestes malalties el risc de càncer de còlon?

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: l'extensió de la colitis i 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?

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 presa de mostres per estudiar-les amb el microscopi permet descobrir canvis precancerosos 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.

ENLLAÇOS D'INTERÈS:

-Associació de malalts de Crohn i colitis ulcerosa de Catalunya

www.gencat.es:8000/entitats/accu.htm

-Asociación de enfermos de Crohn y colitis ulcerosa de España (ACCU)

www.accuesp.com/es/

-Crohn's and colitis foundation of America (CCFA)

www.cdfa.org

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

www.geteccu.org

-Unidad de atención Crohn-colitis (UACC)

www.ua-cc.org