

ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES:

COLITIS ULCEROSA Y ENFERMEDAD DE CROHN:

GENERALIDADES Y DIAGNOSTICO

¿Qué son las enfermedades inflamatorias intestinales?

Son enfermedades en las que se producen lesiones inflamatorias en el intestino debido a una respuesta exagerada de las células que normalmente nos protegen frente a posibles agentes infecciosos: los leucocitos. Son procesos inflamatorios crónicos, que de forma característica cursan a brotes (periodos de actividad y periodos de remisión). Suelen iniciarse en la juventud, entre los 16 y los 40 años.

¿Qué diferencia a la colitis ulcerosa de la enfermedad de Crohn?

En la colitis ulcerosa sólo se afecta el colon o intestino grueso. Las lesiones pueden abarcar una mayor o menor longitud del intestino grueso a partir del recto (que siempre está afectado), llegando en los casos más extensos a afectar a todo el colon. En los segmentos inflamados, las lesiones son continuas y se hallan limitadas a las capas más superficiales (cercanas a la luz) del colon.

La enfermedad de Crohn, en cambio, puede afectar cualquier segmento del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano, aunque las áreas afectadas con mayor frecuencia son la porción final del intestino delgado (ileon terminal) y la porción inicial del colon (ciego y colon ascendente). Las lesiones de la enfermedad de Crohn se diferencian de las de la colitis ulcerosa en que no son continuas, es decir, existen zonas sanas entre segmentos de mucosa

inflamada; y porque pueden afectar a todo el grosor de la pared intestinal y no sólo a las capas más superficiales.

¿Cuál es la frecuencia de estas enfermedades?

El número de personas afectadas varía de forma considerable de unos países a otros. En España la prevalencia de enfermedad inflamatoria intestinal es de 100 casos por cada 100.000 habitantes para la enfermedad de Crohn, y 150 casos por cada 100.000 habitantes para la colitis ulcerosa. Cada año se diagnostican 8 nuevos casos de colitis ulcerosa y 5 nuevos casos de enfermedad de Crohn por cada 100.000 habitantes.

¿La enfermedad inflamatoria intestinal es de origen genético?

Aunque no es el único factor que influye, la enfermedad inflamatoria intestinal aparece en personas genéticamente predispuestas. La importancia de la predisposición genética se ha puesto de manifiesto al estudiar familias. La frecuencia de la enfermedad de Crohn es 20 veces más alta en hermanos de individuos afectos en relación a la población general, y la colitis ulcerosa es 12 veces más frecuente. Sin embargo, a pesar de esta agregación familiar observada, sólo en un 5-10% de los pacientes existen antecedentes de la enfermedad en los padres o hermanos. Esto se debe a que la predisposición genética a la enfermedad inflamatoria intestinal depende no de una única alteración sino de la combinación de diferentes variantes en los genes, y que su desarrollo depende además de algún factor ambiental que desencadena el inicio de la enfermedad.

¿Hay algún factor ambiental que predispone a la aparición de estas enfermedades?

El tabaco es el factor ambiental para el que se ha demostrado una influencia más clara sobre las enfermedades inflamatorias intestinales, siendo interesante resaltar que tiene una influencia opuesta en la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa.

Fumar es el factor ambiental conocido de mayor riesgo para padecer una enfermedad de Crohn. El riesgo de padecer enfermedad de Crohn es el doble en fumadores, y además empeora el curso de la enfermedad; los pacientes con enfermedad de Crohn que siguen fumando sufren más brotes de la enfermedad, necesitan tratamientos más potentes (y potencialmente más tóxicos) para controlar la enfermedad, y requieren más intervenciones quirúrgicas.

Curiosamente, el tabaco parece tener un efecto protector frente al desarrollo de una colitis ulcerosa. Al contrario que en la enfermedad de Crohn, fumar disminuye a la mitad el riesgo de padecer una colitis ulcerosa. Asimismo, el riesgo de padecer una colitis ulcerosa aumenta al abandonar el tabaco. Sin embargo, el riesgo de padecer enfermedades más graves como la enfermedad pulmonar crónica, las enfermedades cardiovasculares, o cáncer de pulmón, vejiga urinaria... hace inaceptable considerar el tabaco como medida terapéutica en la colitis ulcerosa.

Las infecciones intestinales, las gastroenteritis, son también un factor de riesgo para padecer una enfermedad inflamatoria intestinal. Las personas que sufren una gastroenteritis infecciosa tienen el doble de riesgo de padecer

una enfermedad inflamatoria intestinal, tanto enfermedad de Crohn como colitis ulcerosa. De cualquier forma, el riesgo asociado a cada episodio de gastroenteritis es bajo, sólo 1 de cada 400 episodios se seguirán del desarrollo de una enfermedad inflamatoria intestinal.

La operación de apendicitis, apendicectomía, protege frente al desarrollo de una colitis ulcerosa, disminuye el riesgo a una tercera o cuarta parte respecto a la población general.

Todavía desconocemos por qué mecanismos el tabaco, las gastroenteritis infecciosas o la operación de apendicitis modifican el riesgo de padecer una enfermedad inflamatoria intestinal.

¿Qué síntomas producen?

Estas enfermedades presentan unos períodos de actividad que se llaman brotes, y/que es cuando el paciente se siente enfermo, y otros de inactividad o remisión en los que el paciente se encuentra bien.

Los síntomas principales de la colitis ulcerosa son la diarrea, la aparición de sangre y moco con las deposiciones y la presencia de dolor abdominal. La afectación del recto se manifiesta, además, en forma de urgencia defecatoria y sensación de no haber evacuado todo el contenido del recto (lo que llamamos tenesmo).

Los síntomas iniciales más frecuentes en la enfermedad de Crohn son el dolor abdominal, sobre todo en la parte inferior derecha del abdomen, la diarrea, la presencia de sangre o moco en las deposiciones, la pérdida de peso, la debilidad general, y la fiebre. Algunos pacientes pueden presentar estreñimiento en lugar de diarrea.

¿Cómo se diagnostican?

El diagnóstico se basa en los síntomas, en datos analíticos compatibles y se confirma con pruebas radiológicas y endoscópicas. La prueba diagnóstica principal es la **colonoscopia** que permite la visualización de las lesiones del intestino delgado y del colon, y la toma de muestras (biopsias) para su estudio con el microscopio.

En la enfermedad de Crohn, el tránsito intestinal (radiografía que se realiza después de tomar un contraste por vía oral) ayuda a determinar la afectación en otras zonas del intestino.

¿Qué complicaciones pueden surgir?

La complicación más grave de la colitis ulcerosa es el megacolon tóxico. Consiste en la dilatación y adelgazamiento de la pared del colon, sobre todo del segmento llamado colon transverso. Esta situación aparece en pacientes con un brote muy grave de la enfermedad y se puede complicar con una perforación del intestino que provocará peritonitis. Los síntomas que da son fiebre, taquicardia, hinchazón y dolor abdominal, y el diagnóstico se realiza con una radiografía de abdomen en la que se observa un diámetro del colon aumentado.

En la enfermedad de Crohn el problema más habitual es la obstrucción intestinal que se produce por un engrosamiento de la pared del intestino debido a la inflamación y/o a la acumulación de tejido fibroso por la cicatrización en esta zona (estenosis). Otra complicación frecuente en la enfermedad de Crohn son las fístulas, que son comunicaciones que se

producen a partir de una úlcera profunda, que traspasan toda la pared del intestino, y que se dirigen hacia otros órganos cercanos como la vejiga urinaria o la vagina, hacia otras asas intestinales o hacia la piel, frecuentemente la piel alrededor del ano.

¿Puede la enfermedad afectar a otros órganos?

Tanto la colitis ulcerosa como la enfermedad de Crohn pueden presentar afectación de otros órganos, lo que se conoce como manifestaciones extraintestinales o extradigestivas. Las más frecuentes son las manifestaciones osteoarticulares (que afectan al hueso y a las articulaciones), las dermatológicas (que afectan a la piel) y las oculares (que afectan a los ojos). Dentro de las manifestaciones osteoarticulares se incluyen las artralgias (dolor en las articulaciones), la artritis (dolor e hinchazón de las articulaciones) y la osteoporosis, que se debe al uso prolongado de corticoides, el bajo consumo de calcio y vitamina D y a una absorción de nutrientes disminuida por la inflamación intestinal. En la piel pueden aparecer el eritema nodoso, que son nódulos rojizos y dolorosos que acostumbran a aparecer en las piernas por inflamación del tejido de debajo de la piel, y el pioderma gangrenoso, que es una lesión ulcerada que suele aparecer en zonas donde se ha producido un traumatismo previo. En los ojos puede aparecer inflamación como la uveítis, epiescleritis y conjuntivitis según la parte del ojo afectada. Más raramente puede afectarse el riñón, por ejemplo por piedras (cálculos) en el riñón; el hígado, por ejemplo la colangitis esclerosante, que es una inflamación crónica de los conductos biliares (más frecuente en la colitis ulcerosa que en la enfermedad de Crohn), y las que

llamamos complicaciones sistémicas (cuando afectan a otros territorios o tejidos) como el tromboembolismo, que se producen por una mayor tendencia de la sangre a coagularse con la consiguiente formación de trombos, o la amiloidosis, complicación rara por acumulación de una proteína anormal en diferentes tejidos del cuerpo.

¿Aumentan estas enfermedades el riesgo de cáncer de colon?

Todos los pacientes con colitis ulcerosa y los pacientes con enfermedad de Crohn con afectación del colon tienen una probabilidad del 2 al 5% más alta de sufrir cáncer de colon que la población general. Los dos factores más importantes son: la extensión de la colitis y los años de evolución de la enfermedad. A mayor extensión y más años de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico, existe un mayor riesgo de cáncer de colon. No tienen un riesgo aumentado los pacientes que únicamente presentan afectación del recto. Cuando hay historia familiar de cáncer de colon o presencia de colangitis esclerosante el riesgo será mayor.

¿Se puede prevenir el cáncer?

En los pacientes con afectación extensa del colon se recomienda la realización de una **colonoscopia** a los 8-10 años del diagnóstico de la enfermedad. La colonoscopia con toma de muestras para su estudio microscópico, permite descubrir cambios precancerosos en la mucosa del colon (llamados displasia) o identificar de forma temprana las lesiones cancerosas. De esta forma, se evita demorar su tratamiento y así obtener su curación. Los controles con colonoscopia y toma de biopsias se van

repetiendo a intervalos regulares de tiempo siguiendo las instrucciones de su médico. En los pacientes que padecen una colangitis esclerosante o antecedentes de cáncer de colon se realizan los controles con mayor frecuencia, generalmente una colonoscopia anual desde el momento del diagnóstico. En los últimos años están apareciendo nuevas técnicas de endoscopia que permiten visualizar lesiones mínimas en el colon.

ENLACES DE INTERES:

-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.ccfa.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