

ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES:

COLITIS ULCEROSA Y ENFERMEDAD DE CROHN: TRATAMIENTO

¿Tiene la dieta algún papel en el tratamiento?

En la enfermedad inflamatoria intestinal no existen alimentos prohibidos, no hay ningún alimento que desencadene, 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 son recomendables la leche y sus derivados, que ayudan a prevenir la osteoporosis. Algunos pacientes con brotes graves de la enfermedad pueden presentar desnutrición y, en estos casos se tendrán que realizar dietas especiales aumentando la ingesta de calorías y suplementos dietéticos. En pacientes ingresados, puede ser necesaria la alimentación por sonda directamente al 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 afectan el recto o recto y sigma (hasta 35-40 cm del ano)– suele elegirse la administración local de medicamentos mediante supositorios o enemas. Se emplean habitualmente mesalazina o corticoides. Administrados de forma local, ambos compuestos tienen una eficacia similar, lográndose un beneficio adicional con la administración combinada. La elección de una u otra presentación depende muchas veces de las preferencias y destreza del paciente y la experiencia en brotes previos.

En las formas más extensas 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 en ocasiones la remisión completa se logra 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, el paciente puede necesitar ser hospitalizado para administrar corticoides por vía endovenosa. Los corticoides suelen producir una desaparición o mejoría rápida de los síntomas en la colitis ulcerosa. Así, cuando tras una semana de tratamiento con corticoides no se ha producido una mejoría evidente, se debe 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 a 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 pacientes con afectación limitada al colon se puede intentar basar el tratamiento inicial en el antibiótico metronidazol, que además de su efecto antibiótico ejerce también una acción antiinflamatoria.

En los pacientes que no responden a esta primera línea de tratamiento y en aquellos con enfermedad más grave se utilizan los corticoides de acción general vía oral. Los casos graves deben ser hospitalizados y el tratamiento con corticoides administrado por vía endovenosa.

La respuesta de la enfermedad de Crohn al tratamiento con corticoides suele ser más lenta que en la colitis ulcerosa. Si transcurridas unas semanas de tratamiento no se ha

producido mejoría, o si el paciente empeora a pesar del tratamiento con corticoides, deben considerarse otras opciones terapéuticas.

¿Existen alternativas si fracasa el tratamiento inicial?

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

a) *corticodependencia*: el paciente responde inicialmente pero al reducir la dosis o interrumpir el tratamiento reaparece la actividad de la enfermedad.

b) *corticorresistencia*: el paciente no responde al tratamiento con corticoides. En esta situación se requiere iniciar tratamiento con fármacos alternativos. En la actualidad estos fármacos son básicamente de 2 tipos:

- 1. Inmunomoduladores**, como por ejemplo la 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 corticorresistencia. Este tratamiento, una vez introducido, debe mantenerse durante periodos de tiempo prolongado (generalmente muchos años). Estos medicamentos tardan varias semanas en hacer su efecto, por lo que en los pacientes con brotes graves que tienen resistencia a los corticoides se pueden usar inmunomoduladores de inicio rápido como la ciclosporina para, una vez controlado el brote, iniciar azatioprina como fármaco para mantener la remisión.
- 2. Anticuerpos contra mediadores de la inflamación.** En los últimos años se han desarrollado medicamentos que bloquean el TNF (factor de necrosis tumoral), una sustancia con un potente efecto inflamatorio en la mucosa del intestino. Actualmente, pueden usarse dos medicamentos de este tipo: infliximab y adalimumab. El infliximab se administra de forma endovenosa, generalmente en Unidades de Hospital de Día y el adalimumab, al administrarse de forma subcutánea, puede hacerlo el propio paciente en su

domicilio mediante plumas precargadas. Estos fármacos son útiles en aquellos pacientes que presentan actividad de la enfermedad a pesar de estar ya bajo tratamiento inmunomodulador, o los que no toleran estos fármacos. En ambos casos, si tras un tratamiento de inducción se consigue la remisión, se realiza un tratamiento de mantenimiento a largo plazo.

¿Hay que hacer tratamiento de mantenimiento?

La colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn son procesos crónicos que cursan a brotes, por lo que, una vez hemos conseguido el control de los síntomas, es aconsejable realizar un tratamiento para prevenir los futuros brotes y por tanto las complicaciones. En la colitis ulcerosa la administración de mesalazina a largo plazo es eficaz para reducir el número de brotes. En la enfermedad de Crohn la eficacia del tratamiento de mantenimiento con mesalazina se ha puesto en duda. Es posible que tenga un efecto beneficioso en aquellos pacientes con formas leves en las que los preparados de mesalazina son suficientes para inducir la remisión. En los pacientes corticorresistentes (recidiva la enfermedad al dejar la cortisona), se pueden usar los inmunomoduladores o los fármacos antiTNF para mantener la remisión. Un concepto importante es que los corticoides no son útiles para mantener la remisión, por lo que siempre habrá que intentar retirarlos una vez conseguida la misma.

¿Qué riesgo tienen los medicamentos empleados en esta patología?

Los preparados de mesalazina son fármacos muy seguros. El efecto adverso más frecuente es la cefalea. En un porcentaje muy reducido de pacientes puede producirse una inflamación leve del páncreas o hígado, que se resuelve con la interrupción de la medicación.

Los efectos adversos más notables de los corticoides incluyen la hinchazón de la cara, aparición de vello facial, estrías, acné, cambios en el estado de ánimo, insomnio, diabetes, aumento de peso, hipertensión, 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 dependen de la susceptibilidad de cada individuo, de la dosis y de la duración del tratamiento. No existen medidas de prevención frente a estos efectos adversos a excepción de la pérdida de masa ósea, mediante la toma simultánea de suplementos orales de calcio y vitamina D.

El riesgo principal asociado al tratamiento con fármacos inmunomoduladores es la infección. La aparición de una infección no supone que se tenga que dejar de tomar el fármaco en todos los casos, sino que el médico considerará el tratamiento idóneo en cada caso concreto. Estos fármacos pueden producir una supresión de la médula ósea, por lo que se realizan frecuentes controles con análisis de sangre durante el tratamiento. Hay algunos pacientes que no pueden tomar el fármaco porque lo metabolizan muy lentamente. Otros efectos adversos que pueden producir son hepatitis, pancreatitis, dolores articulares y caída del cabello. Todos estos efectos se resuelven fácilmente con la retirada del fármaco. Cuando se administra metotrexato es necesario controlar la cifra de transaminasas y tomar ácido fólico para detectar y prevenir efectos secundarios.

El principal riesgo del tratamiento con anticuerpos antiTNF son las infecciones y especialmente la tuberculosis. Por eso, antes de iniciar el tratamiento se realizan una serie de pruebas para descartar una tuberculosis latente. Los pacientes en tratamiento con estos fármacos que presenten fiebre o signos de infección deben ser valorados rápidamente por su médico.

¿Cuándo es necesario recurrir a la cirugía?

La decisión de operar se debe tomar en conjunto por 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 consigue 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 del colon, por lo que se elimina la

enfermedad. Esta intervención consiste en la extirpación (resección) de todo el colon y el recto y, posteriormente, la construcción de una bolsa a partir del intestino delgado que se fijará al ano en uno de sus extremos y que realizará la función del recto.

En la enfermedad de Crohn, la indicación más frecuente de cirugía es la estenosis (estrechez de la luz), 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 haya 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 la cirugía siempre es conservadora; únicamente se hace la resección del tramo de intestino que está afectado y se vuelven a unir sus dos extremos (anastomosis).

Generalmente la cirugía es programada pero en ocasiones se requiere una cirugía de urgencia por complicaciones de la enfermedad.

¿Qué es la enfermedad de Crohn perianal?

La afectación de la región perianal en la enfermedad de Crohn es frecuente y hasta en un 5-9% de los pacientes es la primera manifestación de la enfermedad. Consiste en la aparición en la zona del ano y del recto de fisuras, fístulas, abscesos (acúmulos de pus), repliegues cutáneos y maceración perianal. Las más importantes por su gravedad y por el deterioro en la calidad de vida que ocasionan son las fístulas, que son trayectos que comunican el ano o el recto con la piel de la zona perineal y en ocasiones con los glúteos o los genitales. Las fístulas pueden ser recurrentes. Su tratamiento es individualizado. Se puede intentar en primer lugar el tratamiento antibiótico con metronidazol y ciprofloxacino. Cuando este falla o cuando las fístulas recidivan con frecuencia, se iniciará tratamiento inmunomodulador con azatioprina o mercaptopurina. Una alternativa a este tratamiento cuando tampoco es eficaz, es la combinación de infliximab con cirugía (por ejemplo, colocación de drenajes). La cirugía

se utiliza también cuando las fístulas no responden al tratamiento. Los abscesos perianales requieren desbridamiento quirúrgico.