

TODO LO QUE NECESITAS SABER

ENFERMEDAD DE CROHN





TODO LO QUE NECESITAS SABER

ENFERMEDAD DE CROHN

M-32137-2010

650403000 (SEP. 10)

Con el aval de:



Con la colaboración de:



TODO LO QUE NECESITAS SABER

ENFERMEDAD DE CROHN



1 ¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD DE CROHN?

2 SÍNTOMAS Y EVOLUCIÓN

3 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

4 TRATAMIENTOS

5 NUTRICIÓN

6 CONSEJOS DE SALUD

7 MEY COMPLICACIONES

8 CIRUGÍA Y OSTOMÍA

9 FERTILIDAD, EMBARAZO Y LACTANCIA

10 CALIDAD DE VIDA



TODO LO QUE NECESITAS SABER

ENFERMEDAD DE CROHN

Un soporte visual, con el cual queremos facilitar a los profesionales sanitarios la labor de comunicación con el paciente de **enfermedad de Crohn**.

Pretendemos proporcionar una herramienta útil, didáctica y descriptiva, que sirva de apoyo para tratar con el paciente los distintos aspectos de la enfermedad y su tratamiento.

Queremos agradecer al comité asesor su labor desinteresada y su ayuda inestimable en la realización de esta obra, que dota a su contenido de gran valor para la práctica clínica de todo el personal sanitario que trabaja con pacientes de **enfermedad de Crohn**.

AUTORES

Torrejon Herrera, Antonio	UNITAT D'ATENCIÓ CROHN-COLITIS HOSPITAL GENERAL DE VALL D'HEBRON	BARCELONA
Castells Carner, Isabel	UNITAT D'ATENCIÓ CROHN-COLITIS HOSPITAL GENERAL DE VALL D'HEBRON	BARCELONA
Borrueal Sainz, Natalia	UNITAT D'ATENCIÓ CROHN-COLITIS HOSPITAL GENERAL DE VALL D'HEBRON	BARCELONA

Con el aval de:



Con la colaboración de:



1 ¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD DE CROHN?

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

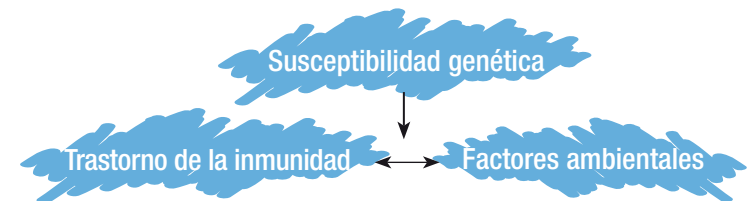
- La enfermedad de Crohn es una **patología de tipo inflamatorio, crónica y que afecta al intestino** ⁽¹⁾
- Es un proceso inflamatorio: por algún mecanismo todavía desconocido, se produce la **activación del sistema inmune contra el propio tejido intestinal**, desarrollando una reacción inflamatoria que provoca **lesiones** (úlceras, fibrosis, estenosis, etc.) ⁽²⁾
- Actualmente no hay una cura definitiva para la enfermedad aunque sí que se dispone de **diferentes tratamientos para controlar la inflamación y los síntomas**. La enfermedad cursa en forma de **brotes** (fase de actividad) y **periodos de remisión** (fase de inactividad) ^(1,2)
- Puede afectar a todo el grosor de la pared intestinal, lo que llamamos afectación transmural, y aparecer de manera simultánea en varios segmentos del tracto gastrointestinal, siendo normal el intestino entre las zonas afectadas
- La zona más frecuentemente implicada es la **zona final del intestino delgado** (íleon) y la **parte inicial del intestino grueso** (ciego) ⁽¹⁾

EPIDEMIOLOGÍA

- Hay una **mayor incidencia** de la enfermedad en los **países occidentales** y desarrollados. En **España** hay de **110 a 125 personas con enfermedad de Crohn por cada 100.000 habitantes**
- **Afecta indistintamente a hombres y mujeres**
- Es una enfermedad que suele afectar a **personas jóvenes, entre los 15-35 años**, aunque puede aparecer a cualquier edad

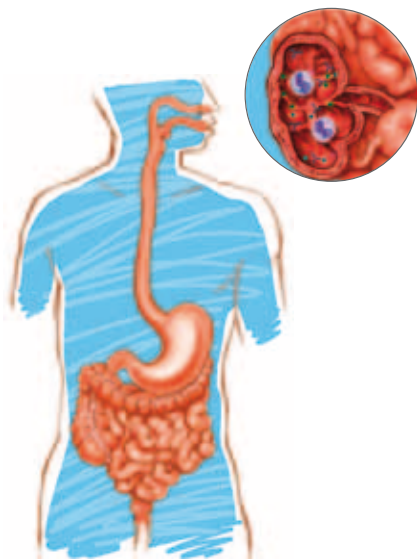
ETIOLOGÍA

- La enfermedad inflamatoria intestinal es una enfermedad de **causa desconocida. No es una enfermedad infecciosa ni tampoco hereditaria**. Se piensa que un agente inicial desconocido (microbios, virus, componentes de la dieta, tabaco, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos...) pone en marcha una serie de **cambios inflamatorios** en el intestino, que son **anormalmente intensos** y que pueden aparecer en personas que están **genéticamente predispuestas** ^(1,3)



Reacción inmunológica exagerada ante determinados estímulos ambientales en pacientes con predisposición genética ⁽³⁾

CLASIFICACIÓN DE LA EC ⁽⁴⁾



En base a la gravedad			En base al patrón clínico		
EC LEVE	EC MODERADA	EC GRAVE	B1 INFLAMATORIA	B2 ESTENOSANTE O CONSTRICTIVA	B3 FISTULIZANTE O PENETRANTE
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente ambulatorio • Sin dificultad para alimentarse • <10% pérdida de peso • Sin signos de obstrucción, fiebre, deshidratación, masa abdominal ni sensibilidad • PCR normal o elevada 	<ul style="list-style-type: none"> • Vómitos intermitentes • Pérdida de peso >10% • Sin obstrucción • Masa abdominal sensible • PCR elevada 	<ul style="list-style-type: none"> • Caquexia IMC <18 kg/m² • Evidencia de obstrucción o absceso • Síntomas persistentes pese al tratamiento • PCR elevada 	<ul style="list-style-type: none"> • Predominan las manifestaciones de inflamación • B1p si hay afección perianal asociada 	<ul style="list-style-type: none"> • Predominan las estenosis o estrecheces en el tubo digestivo • B2p si hay afección perianal asociada 	<ul style="list-style-type: none"> • Predominan las fístulas y fisuras • B3p si hay afección perianal asociada

1. Información para pacientes elaborada por el doctor Antonio López San Román y extraída de la web del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa: www.geteccu.org, consultada en Enero de 2010. 2. Información extraída de la web de la Confederación de Asociaciones de enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España: www.accuesp.com, consultada en Enero de 2010. 3. Información extraída de la web de la Unidad de Atención Crohn-colitis (UACC) del Hospital Universitario Vall d'Hebrón (Barcelona): www.ua-cc.org, consultada en Enero de 2010. 4. Stange EF et al. Documento de consenso Europeo sobre diagnóstico y manejo de la enfermedad de Crohn: definiciones y diagnóstico. Gut 2006;55:i1-i15

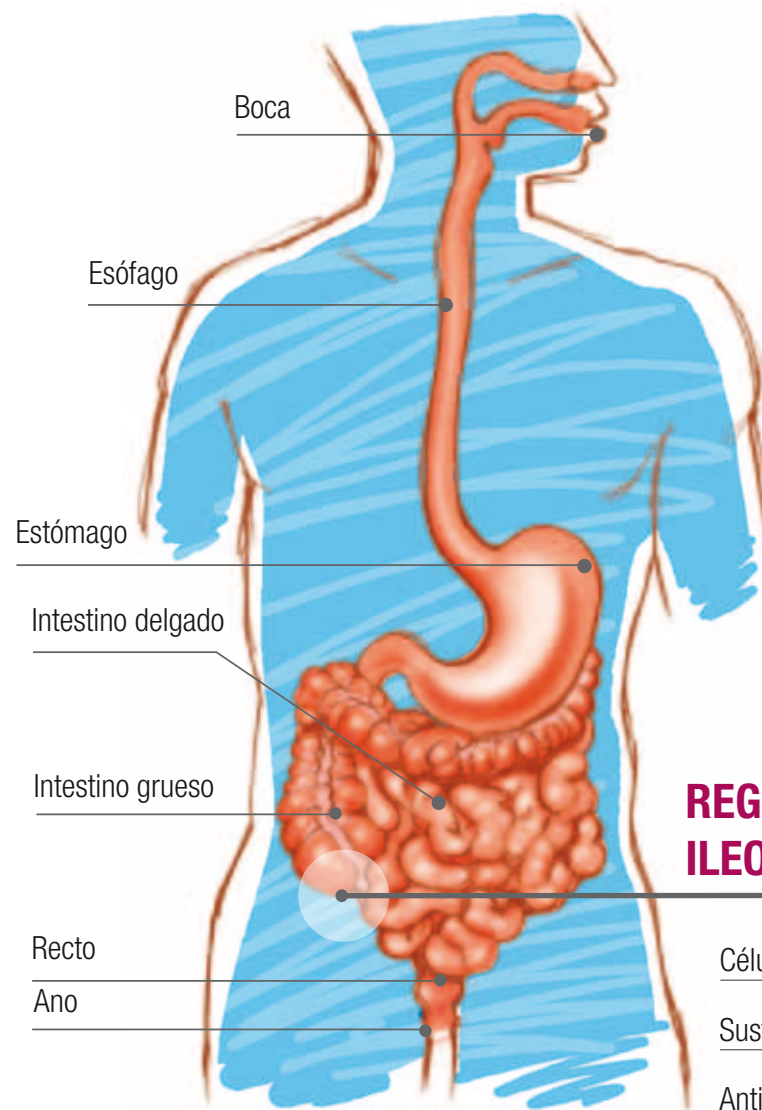
¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD DE CROHN?

ES IMPORTANTE QUE SEPAS...

Enfermedad Inflamatoria Intestinal

- Puede afectar a cualquier parte del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano^(1,2)
- Es un **proceso inflamatorio**, lo que significa que tu **sistema inmunitario**, que normalmente te protege contra las infecciones y enfermedades, **ataca a los tejidos sanos**, provocando las **lesiones** (úlceras, fibrosis, estrecheces, etc.) y como consecuencia se producen los **síntomas**⁽²⁾

- Es una **enfermedad crónica** y cursa con **brotes** (actividad)^(1,2)
- El hecho de estar diagnosticado de una enfermedad crónica, **no quiere decir que siempre estés enfermo** (ausencia síntomas en los periodos de inactividad o remisión)^(1,2)
- Está enfermedad puede provocar una **reacción inmunológica exagerada** ante determinados estímulos ambientales en pacientes con **predisposición genética**. No es una enfermedad hereditaria, aunque familiares directos de un paciente tienen una mayor predisposición a padecerla⁽³⁾
- Aunque de momento no hay cura, **existen muchos tratamientos para controlar la enfermedad**⁽¹⁾

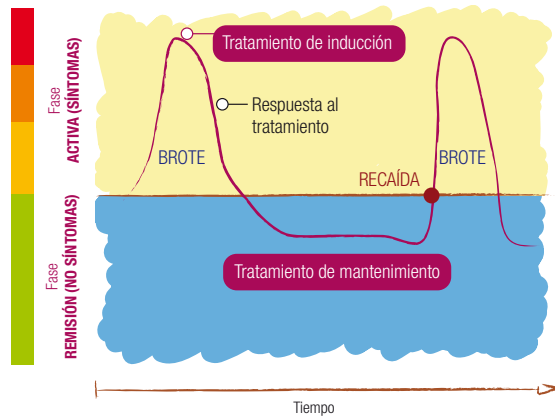


REGIÓN ILEOCECAL

-
- Células inmunes
 - Sustancias inflamatorias
 - Anticuerpos

¿QUÉ SÍNTOMAS PUEDE PRODUCIR LA ENFERMEDAD DE CROHN?

Se alternan fases de remisión y brotes⁽¹⁾



DEFINICIONES CONCEPTUALES DE LA EC

- **Brote:** Aparición de la sintomatología que indica la inflamación del intestino⁽²⁾
- **Remisión:** Ausencia de síntomas o cuando el CDAI <150 puntos⁽²⁾
- **Respuesta:** Mejoría de los síntomas o si tras el tratamiento la disminución del CDAI ≥ 100 puntos⁽²⁾
- **Recaída o recidiva:** Paciente en remisión que sufre un nuevo brote. Alrededor del 50% de los pacientes recae antes de 1 año⁽²⁾
- **Enfermedad refractaria:** No responde al tratamiento. Por ejemplo: corticorefractario⁽²⁾
- **Enfermedad dependiente de corticoides (corticodependiente):** Si se reduce o retira el tratamiento con corticoides durante los 3 primeros meses se produce recaída (paciente que sólo está sin síntomas con corticoides)⁽²⁾
- **Recurrencia post-quirúrgica:** Reaparición de lesiones tras intervención quirúrgica. Es clínica si además aparecen síntomas⁽²⁾

CIRUGÍA

- Necesaria si el **tratamiento farmacológico fracasa** o si existe una **complicación muy severa. La cirugía no cura la enfermedad definitivamente**⁽⁶⁾
- Al menos **la mitad de los pacientes con EC** requiere **intervención quirúrgica en los primeros 10 años** de enfermedad y el **70-80%** necesitará cirugía **a lo largo de su vida**⁽⁷⁾

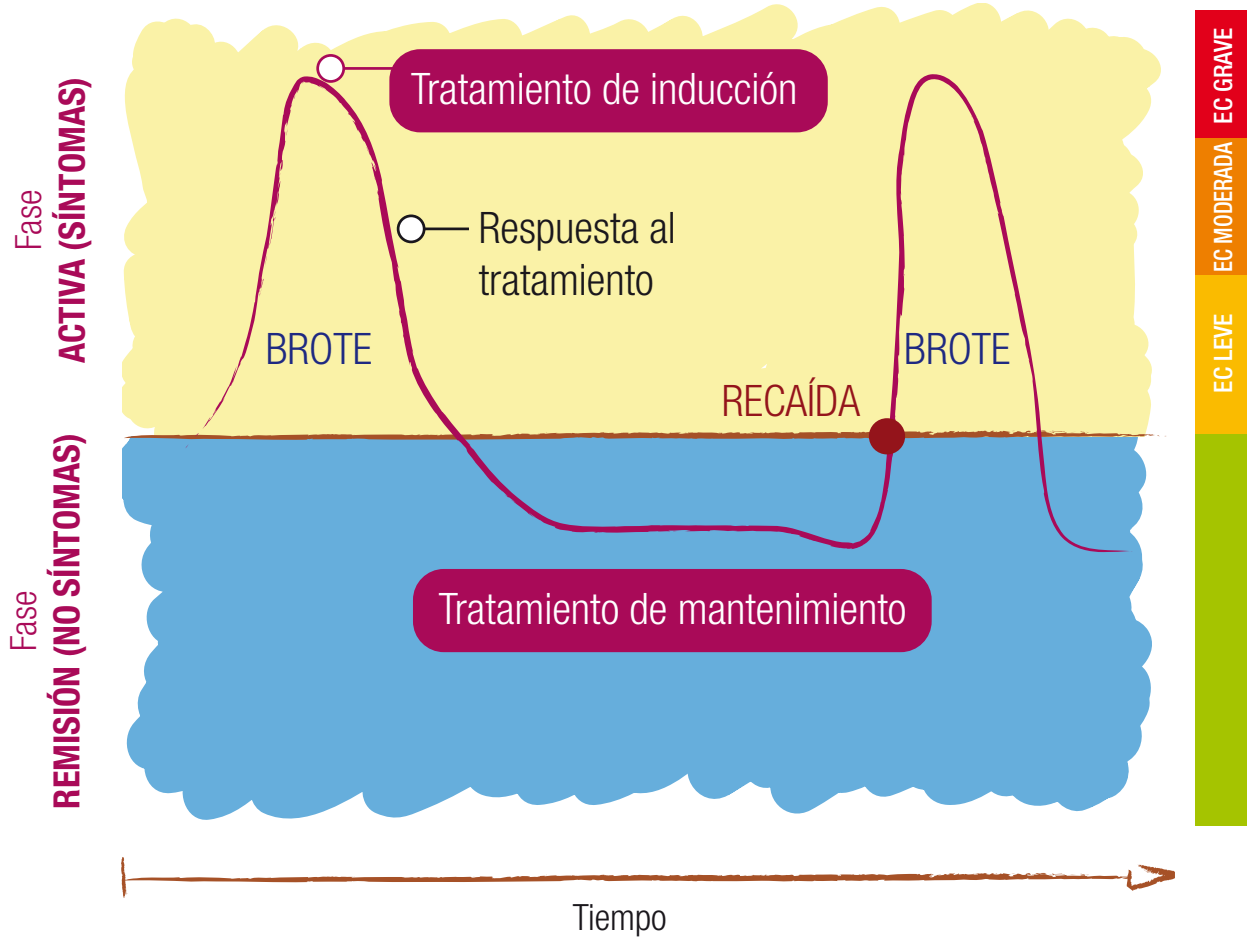
SÍNTOMAS DE LA EC

- Las manifestaciones más frecuentes son las **intestinales**, y dependen de la localización y de las complicaciones:
 - **Diarrea:** Es el síntoma más común. Si la EC afecta al colon suele aparecer sangre (40% de los pacientes), pus o moco (50%)⁽²⁾
 - **Dolor abdominal:** Se da en el 70% de los pacientes⁽²⁾. Aparece sobre todo si la EC afecta a íleon terminal o ciego. A veces alivia tras la defecación^(1,4)
 - **Rectorragia:** En la mitad de los pacientes con afectación del colon, y en el 25% de pacientes con enfermedad ileo-cólica⁽⁴⁾
 - **Pérdida de peso:** Afecta al 60% de los pacientes y puede ser muy importante en EC que afecta a intestino delgado^(2,4)
 - **Anemia:** Por pérdida de hierro con los sangrados y/o falta de vitaminas por malabsorción⁽⁴⁾
 - **Fiebre:** Debida principalmente a la inflamación intestinal. La fiebre alta puede indicar la presencia de una infección (por ejemplo un absceso)⁽⁴⁾
 - **Cansancio y fatiga**^(1,2,4)
 - **Anorexia**^(1,2)
 - **Masa abdominal**⁽²⁾
 - **Tenesmo:** Urgencia, sensación de evacuación incompleta, dolor anal⁽¹⁾
 - **Lesiones anales (25-30%):** Fisuras y úlceras⁽³⁾
 - **Fístulas perianales:** Aparecen en el 10% de los pacientes⁽²⁾
- Aparecen **manifestaciones extraintestinales** (*ver capítulo 7*) en el **20-40% de los pacientes** con EII⁽⁵⁾:
 - **En articulaciones:** espondilitis anquilosante, sacroileítis, artralgias, artritis periférica
 - **En piel:** pioderma gangrenoso, eritema nodoso
 - **En ojos:** uveítis, escleritis, iritis

1. Información para pacientes elaborada por el doctor Antonio López San Román y extraída de la web del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa: www.geteccu.org, consultada en Enero de 2010. 2. Stange EF et al. Documento de consenso Europeo sobre diagnóstico y manejo de la enfermedad de Crohn: definiciones y diagnóstico. Gut 2006;55:i1-115. 3. Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Enfermedad Perianal. J. Hinojosa. Información conjunta de GETECCU y ACCU, nº8, Año 2004. Descargada de la web de la Confederación de Asociaciones de enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España: www.accuesp.com, consultada en Enero de 2010. 4. Información extraída de la web de la Unidad de Atención Crohn-Colitis (UACC) del Hospital Universitario Vall d'Hebrón (Barcelona): www.ua-cc.org, consultada en Enero de 2010. 5. Agrawal D et al. Pathogenesis and clinical approach to extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. Minerva Gastroenterol Dietol 2007 Sep;53(3):233-48. 6. Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. R. Alós. Cirugía en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Información conjunta de GETECCU y ACCU, nº7, Año 2003. Descargada de la web de la Confederación de Asociaciones de enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España: www.accuesp.com, consultada en Enero de 2010. 7. Carter MJ, Lobo AJ, Travis SP. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. Gut 2004;53 Suppl 5:V1-16.

2 ¿QUÉ SÍNTOMAS PUEDE PRODUCIR LA ENFERMEDAD DE CROHN?

Se alternan fases de remisión y brotes (1)



ES IMPORTANTE QUE SEPAS...

- Los **síntomas** que pueden aparecer en los brotes de enfermedad de Crohn (EC) son:
 - **Diarrea:** Si la EC afecta al colon suele aparecer sangre en las heces (2)
 - **Dolor abdominal** (1,2)
 - **Cansancio** (1,4)
 - **Falta de apetito** (1)
 - **Pérdida de peso** (2,4)
 - **Fiebre** (2,4)
 - **Urgencia deposicional:** Si está afectado el recto
- Puede pasar mucho tiempo entre un brote y el siguiente (2)
- Si los **síntomas no desaparecen** con el tratamiento se dice que la enfermedad es **refractaria** a ese tratamiento y se busca una alternativa (2)
- Aparecen **manifestaciones extraintestinales** en el **20-40% de los pacientes** con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) (5):
 - **En articulaciones:** espondilitis anquilosante, sacroileítis, artralgias, artritis periférica
 - **En piel:** pioderma gangrenoso, eritema nodoso
 - **En ojos:** uveítis, escleritis, iritis

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA Y CONTROLA LA ENFERMEDAD DE CROHN?

HISTORIA CLÍNICA: Es muy importante ya que aporta **datos personales del paciente** que ayudan a **definir la enfermedad**. Los más relevantes son: síntomas, viajes recientes, intolerancias, enfermedades entéricas, medicación, hábito tabáquico, historia familiar ^(1,2)

EXPLORACIÓN FÍSICA: Revisión del estado general, toma del pulso, tensión arterial, temperatura, palpación del abdomen, inspección oral y perianal y tacto rectal ⁽²⁾. Los hallazgos de la exploración física (sobre todo abdominal), sumados a los datos recogidos en la historia clínica permiten **sospechar un diagnóstico y solicitar las exploraciones complementarias** adecuadas a cada caso

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Pruebas de laboratorio o análisis clínicos: Las más frecuentes suelen ser los **análisis de sangre o de orina**. En ellos el médico valora si existe anemia, inflamación, falta de vitaminas, etc...

Prueba	Resultado(s)	Indicación/causa
Hemograma completo con estudio de anemia	Anemia Leucocitosis Trombocitosis	Pérdida de hierro, falta de absorción Inflamación, absceso, infección Inflamación crónica
Electrolitos	Baja concentración potasio, magnesio, calcio	Diarreas, vómitos
Velocidad de sedimentación globular (VSG)	VSG elevada	Inflamación
Proteína C reactiva (PCR)	PCR elevada	Inflamación
Proteínas totales	Bajo nivel de proteínas totales	Desnutrición
Albumina	Hipoalbuminemia	
Cultivo de heces	<i>Clostridium difficile</i> <i>Salmonella</i> , <i>Campylobacter</i>	Colitis asociada a antibiototerapia Colitis infecciosa

1. Información para pacientes elaborada por el doctor Antonio López San Román y extraída de la web del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa: www.geteccu.org, consultada en Enero de 2010. 2. Stange EF et al. Documento de consenso Europeo sobre diagnóstico y manejo de la enfermedad de Crohn: definiciones y diagnóstico. Gut 2006;55:i1-i15. 3. Información extraída de la web de la Unidad de Atención Crohn-colitis (UACC) del Hospital Universitario Vall d'Hebrón (Barcelona): www.ua-cc.org, consultada en Enero de 2010. 4. Schreyer AG et al. Modern imaging using computer tomography and magnetic resonance imaging for inflammatory bowel disease (IBD) AU1. Inflamm Bowel Dis 2004;10(1):45-54. 5. Satsangi J, Sutherland LR, eds. Inflammatory Bowel Diseases. Philadelphia, Pa: Churchill Livingstone, 2003.

Pruebas de imagen: Permiten **visualizar más detalladamente** el intestino y el resto del aparato digestivo. Las más utilizadas son:

Radiografía abdominal

- No es diagnóstica de EC pero puede **mostrar la zona dilatada** del intestino o la presencia de **obstrucción intestinal** ^(1,2)
- Es útil para **diagnosticar el megacolon tóxico** ⁽³⁾
- No requiere una preparación especial ⁽³⁾

Ecografía

- Prueba no invasiva, no irradia, **muy bien tolerada** por el paciente ⁽³⁾
- La ecografía **abdominal** es útil para diferenciar la EC de una apendicitis u otras patologías ⁽¹⁾
- La ecografía **endoanal** se utiliza para el seguimiento de las complicaciones anales de EC ⁽¹⁾
- Requiere que el paciente esté en ayunas ⁽³⁾

TAC o escáner

- Hay irradiación y suele requerir un **contraste**, oral y/o endovenoso ⁽³⁾
- Se utiliza para concretar la **extensión de la enfermedad** y para el seguimiento de complicaciones infecciosas como los **abscesos** ^(1,3)
- Detecta **inflamación activa** en una estenosis
- Requiere que el paciente esté en ayunas e informarle de posibles alergias a compuestos yodados ⁽³⁾

Resonancia magnética

- En algunas ocasiones se prefiere al TAC porque **no requiere radiación** ionizante ⁽⁴⁾
- Detecta con precisión las lesiones penetrantes, las fístulas perianales y la **localización** de la enfermedad en el **íleon** ⁽³⁾
- Detecta **inflamación activa** en una estenosis
- Sirve para valorar complicaciones como **perforaciones o abscesos** ⁽³⁾
- Requiere que el paciente esté en ayunas, no sea claustrofóbico ni lleve objetos metálicos durante la prueba ⁽³⁾

Enema opaco

- Identifica **complicaciones**, como estenosis o fístulas ⁽⁵⁾
- Exposición a **radiación**
- Consiste en introducir un **contraste de bario** en el colon por el ano mediante un enema y realizar diferentes radiografías ⁽³⁾
- Se realiza en caso de no haber podido llevar a cabo la colonoscopia por presencia de estenosis o para valorar **fístulas en el colon** ⁽³⁾
- Requiere la limpieza previa del intestino con soluciones evacuentes ⁽³⁾

Tránsito intestinal

- Identifica complicaciones, como **estenosis o fístulas** ⁽⁵⁾
- Exposición a **radiación**
- Consiste en realizar una serie de radiografías del intestino delgado utilizando un contraste de bario bebido. **Fácil y bien tolerado** ⁽³⁾
- Requiere que el paciente esté en ayunas ⁽³⁾

Gammagrafía de leucocitos marcados

- Sospecha de infección oculta, absceso o fiebre inexplicable. **Identifica infección o inflamación** dentro del abdomen
- Se utiliza una sustancia radiactiva (llamada **marcador**) para buscar áreas de infección o inflamación
- La **radiación** de esta sustancia es **muy leve** y pierde su radiactividad en muy poco tiempo
- Previamente se realiza una extracción de sangre, se mezclan los leucocitos con la sustancia radioactiva y, 2 horas después, estos glóbulos blancos marcados se devuelven al organismo. Entre 6 y 24 horas, los **glóbulos marcados se reúnen en áreas de inflamación o infección** y con la gammagrafía se detecta la radiación emitida
- Finalizada la prueba no se necesita período de recuperación ni precauciones especiales

Pruebas endoscópicas: Son pruebas que **visualizan el interior** de cavidades u órganos huecos del cuerpo. Las más utilizadas son:

Colonoscopia

- Se introduce un **endoscopio flexible por el ano**, con una luz en su extremo. Puede causar "molestias abdominales" por insuflación de aire ⁽³⁾
- Sirve para **visualizar la mucosa y obtener** biopsias del colon ⁽³⁾
- Se debe **evitar** hacerla del colon completo **durante un brote severo** por el riesgo de perforación intestinal ⁽²⁾
- Requiere la limpieza previa del intestino con soluciones evacuentes ⁽³⁾

Enteroscopia

- Exploración **desde la boca mediante un endoscopio flexible** ⁽¹⁾
- Se puede visualizar una **gran parte del intestino delgado** ⁽¹⁾
- Requiere que el paciente esté en ayunas ⁽³⁾

Endoscopia mediante cápsula

- La cápsula endoscópica es un **pequeño dispositivo que se traga** y se elimina por las heces ⁽³⁾
- Obtiene imágenes del **interior del tubo digestivo** ⁽³⁾
- Resulta muy útil para visualizar el intestino delgado, pero **no se puede manipular** para comprobar posibles lesiones ni se obtienen biopsias

Anatomía patológica: Son pruebas que analizan una **muestra de tejido o biopsia** o una pieza quirúrgica tras una cirugía

3 ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA Y CONTROLA LA ENFERMEDAD DE CROHN?

Historia clínica

- Es muy importante ya que aporta datos personales del paciente que **ayudan a definir la enfermedad**
Los más relevantes son:
 - Edad
 - Hábito tabáquico
 - Antecedentes familiares
 - Síntomas digestivos
 - Síntomas referentes a las articulaciones, piel, ojos, boca, etc...
 - Otras enfermedades
 - Viajes recientes

Exploración física

- Junto a los datos recogidos de la historia clínica permite **sospechar un diagnóstico** y **solicitar las exploraciones complementarias** necesarias

Exploraciones complementarias

- **Pruebas de laboratorio o análisis clínicos:** Las más frecuentes suelen ser los **análisis de sangre o de orina**. En ellos el médico valora si existe anemia, inflamación, falta de vitaminas, etc...
- **Pruebas de imagen: Permiten visualizar más detalladamente el intestino y el resto del aparato digestivo.** Las más utilizadas son:

Radiología:

- Simple ("placa de abdomen")
- Ecografía abdominal
- TAC o Escáner
- TEGl (tránsito intestinal) / Enema opaco
- Resonancia

Medicina Nuclear: Gammagrafía

- **Pruebas endoscópicas: Visualizan el interior de cavidades u órganos huecos del cuerpo.** Las más utilizadas son:

- Colonoscopia (colon)
- Gastroscofia (estómago)
- Enteroscopia (intestino delgado)
- Cápsula endoscópica (intestino delgado)

- **Anatomía patológica:** Analizan una muestra de tejido o biopsia o una pieza quirúrgica tras una cirugía

Enteroscopia



4

¿QUÉ TRATAMIENTOS HAY PARA LA ENFERMEDAD DE CROHN?

AMINOSALICILATOS (5-ASA)

Descripción ⁽¹⁾	Principales tratamientos ⁽¹⁾	Mecanismo de acción ⁽³⁾	Posología ⁽¹⁾	A destacar ⁽⁴⁾
Derivados de la aspirina	Mesalazina Sulfasalazina	Efecto no sistémico , actúan sobre el epitelio intestinal	Vía oral o local (espumas, enemas, supositorios)	La sulfasalazina requiere suplemento de folato



CORTICOSTEROIDES (CE)

Descripción	Principales tratamientos ⁽⁵⁾	Mecanismo de acción ⁽⁵⁾	Posología ⁽⁵⁾		A destacar
Hormonas del grupo de los esteroides	Budesonida Hidrocortisona Metilprednisolona Prednisolona Prednisona	Antiinflamatorios potentes que actúan a través del receptor de glucocorticoides de las células inmunes y activan la señal de apoptosis de las células inflamatorias y los linfocitos activados ⁽⁵⁾ Reducen la infiltración de células inflamatorias a través de la disminución de la vasodilatación y permeabilidad vascular	Oral: Budesonida Prednisolona Prednisona Local: Budesonida	Parenteral: Hidrocortisona Metilprednisolona	Se debe evitar su uso prolongado ⁽¹⁾ Requieren comedicación con vit.D y calcio para evitar efectos adversos óseos ⁽¹⁾ El 30% de los pacientes sufre enfermedad refractaria a CE y el 30% se convierte en dependiente de CE ⁽⁶⁾



INMUNOMODULADORES: AZA/6-MP y MTX

Descripción ⁽¹⁾	Principales tratamientos ⁽¹⁾	Mecanismo de acción	Posología ⁽¹⁾	A destacar ⁽¹⁾
Moléculas que reducen la respuesta inmune (inmunosupresores)	Tiopurinas: Azatioprina y Mercaptopurina Metotrexato Tacrolimus* Micofenolato* <small>*Cuando falla el resto</small>	Las tiopurinas y el metotrexato inhiben la síntesis de ADN y ARN e inducen la apoptosis de los linfocitos T ^(5,7) El micofenolato inhibe la proliferación de los linfocitos T ⁽⁵⁾	Oral: Tiopurinas Intramuscular o subcutánea: Metotrexato	Se precisa análisis de sangre para controlar el nivel del fármaco en sangre y los efectos adversos



BIOLÓGICOS





Descripción ⁽¹⁾	Principales tratamientos ⁽⁷⁾	Mecanismo de acción ⁽⁷⁾	Posología ⁽¹⁾	A destacar
Productos biotecnológicos: anticuerpos frente al factor inflamatorio TNF	Adalimumab Infliximab	Efecto antiinflamatorio potente a través de la apoptosis de las células inflamatorias , inhibiendo la señalización del TNF	Inyección subcutánea ⁽⁷⁾: Adalimumab Perfusión intravenosa ⁽⁹⁾: Infliximab	La diferencia entre adalimumab e infliximab es que el primero es humano y el otro quimérico: mezcla de ratón y humano



TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

- Muchos pacientes de EC recurren a **tratamientos alternativos**: homeopatía, quiropráctica, acupuntura, medicina “natural”, entre otros ⁽²⁾
- La **eficacia** de los tratamientos alternativos en EC **no se ha confirmado científicamente** ⁽²⁾
- **Algunos** tratamientos, por ejemplo las hierbas medicinales, pueden incluso tener **efectos tóxicos** en el organismo ⁽²⁾
- **Probióticos**: No existe evidencia científica sobre su eficacia en el mantenimiento de la remisión ⁽⁷⁾
- **Ácidos grasos omega-3 de pescado**: Tienen propiedades antiinflamatorias pero su eficacia en la EC es controvertida ⁽⁷⁾

4 ¿QUÉ TRATAMIENTOS HAY PARA LA ENFERMEDAD DE CROHN?

	Tratamientos	Cómo se usan	Qué hacen	Cuándo se usan
SALICILATOS	Sulfasalazina Mesalazina		Antiinflamatorios de efecto local en la mucosa intestinal	Actualmente sólo se utilizan en algún caso leve de CROHN
CORTICOSTEROIDES	Prednisona Prednisolona Budesonida		Potente efecto antiinflamatorio	En el brote durante un periodo limitado de tiempo y nunca para mantener la remisión
INMUNOMODULADORES	Tiopurinas Metotrexato Tacrolimus Micofenolato		Inhiben la respuesta inmune alterada por la enfermedad	Para conseguir el mantenimiento de la remisión
BIOLÓGICOS	Adalimumab Infliximab		Modifican de forma selectiva el sistema inmunitario. Actúan contra el TNF	Para inducir la remisión y mantener la enfermedad inactiva cuando hayan fallado otros tratamientos

- Para tratar algunos síntomas de la EC también se pueden utilizar otros fármacos:
 - **Antibióticos**, para tratar infecciones (fiebre) ⁽¹⁾
 - **Analgésicos**, para aliviar el dolor
- Algunos pacientes recurren a **terapias alternativas** ⁽²⁾, pero **no se ha probado su eficacia** en EC. En este caso se debe:
 - **Informar siempre al médico**
 - Saber que **algunos de ellos** pueden tener efectos adversos **peligrosos**
 - Contar con un **profesional responsable** y **calificado**
 - **No abandonar el tratamiento** farmacológico

ES IMPORTANTE QUE SEPAS...

- Hay **tratamientos específicos** para cuando la enfermedad está en **brote** y **otros** que se utilizan para mantener la **remisión**
- La indicación del **tratamiento** se realiza **en función de la localización** de las lesiones, el grado de **inflamación**, la existencia de **complicaciones**, etc...
- La **vía de administración** de los tratamientos puede ser: **local** (supositorio, espuma y enema), **oral**, **subcutánea** y **endovenosa**
- **Abandonar el tratamiento** puede provocar una **recaída** o que la enfermedad **evolucione mal**

4

¿CUÁNDO SE USAN LOS TRATAMIENTOS Y QUÉ EFECTOS ADVERSOS PRESENTAN?

AMINOSALICILATOS (5-ASA)

Indicación:

- Inducción de la remisión de EC leve que afecte al **colon** ⁽⁷⁾

Efectos secundarios habituales:

Sulfasalazina:

- En general **bien tolerado**: 40% pacientes con efectos adversos (EA) leves ^(4,7)
- Infertilidad reversible** por afectación del esperma ⁽⁴⁾
- Se aconsejan **suplementos de ácido fólico** ⁽⁴⁾

Aminosalicilatos; mesalazina:

- Pocos efectos adversos ⁽⁴⁾
- Pueden producir intolerancia con frecuencia superior al 2%: cefalea, náuseas, vómitos, dispepsia, dolor abdominal, debilidad, alopecia leve ⁽⁸⁾

1. Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Medicamentos en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. P. Nos Mateu. Información conjunta de GETECCU y ACCU, nº2, Año 2002. Descargada de la web de la Confederación de Asociaciones de enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España: www.accuesp.com, consultada en Enero de 2010. 2. Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Terapias alternativas y EII. Fernando Gomollón. Información conjunta de GETECCU y ACCU, nº15, Año 2006. Descargada de la web de la Confederación de Asociaciones de enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España: www.accuesp.com, consultada en Enero de 2010. 3. Panaccione R, Ferraz JG, Beck P. Advances in medical therapy of inflammatory bowel disease. Curr Opin Pharmacol 2005;5:566-872. 4. Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Efectos adversos de fármacos. P. Nos Mateu. Información conjunta de GETECCU y ACCU, nº12, Año 2005. Descargada de la web de la Confederación de Asociaciones de enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España: www.accuesp.com, consultada en Enero de 2010. 5. American Gastroenterological Association Institute Technical Review on Corticosteroids, Immunomodulators, and Infliximab in Inflammatory Bowel Disease. Gastroenterology 2006;130:940-987. 6. Caprilli R, Angelucci E, Cocco A. Early or late guided missile in the treatment of Crohn's disease? Dig Liver Dis 2005;37:973-979. 7. Ficha técnica Humira® 8. Ficha técnica de Asacol® (mesalamina). 9. Ficha técnica de Remicade (infliximab). 10. Rutgeerts P et al. Controlled trial of metronidazole treatment for prevention of Crohn's recurrence after ileal resection. Gastroenterology 1995;108:1617-21. 11. van der Linden PD et al. Fluoroquinolones and risk of Achilles tendon disorders: case control study. BMJ 2002;324:1306-7.

CORTICOSTEROIDES (CE)

Indicación:

- Inducción de la remisión** en la EC en fase activa **leve-moderada, moderada-grave o grave** ⁽⁵⁾
 - Budesonida mejor que prednisona si la enfermedad se localiza en zona terminal del íleon o ileocecal y el brote es leve-moderado ^(5,7)
 - Prednisona o prednisona en brotes moderados o graves, o si no ha respondido a budesonida
 - Metilprednisona o hidrocortisona en brotes graves, por vía intravenosa y con hospitalización ⁽⁵⁾
- No indicados** para el tratamiento de **mantenimiento** de la remisión ^(5,7)
- No indicados** para el tratamiento de **fistulas perianales** ⁽⁵⁾

Efectos secundarios habituales:

- Seguros durante el embarazo ⁽¹⁾
- Los efectos adversos son de tres tipos:

A corto plazo: ⁽⁷⁾

- Estéticos**: acné, edema, cara de luna llena, vello
- Trastornos nerviosos**: alteraciones del sueño, euforia excesiva o depresión
- Hipertensión**
- Dispepsia**
- Alteraciones bioquímicas**: aumento transaminasas, glucosa, colesterol

A largo plazo (>12 semanas):

- Cutáneos**: cambio en la distribución de la grasa, fragilidad de la piel, estrías ⁽⁴⁾
- Riesgo de **cataratas** ^(5,7)
- Disminución de la densidad mineral ósea (menor en budesonida): riesgo **osteoporosis**, osteonecrosis y fracturas óseas (30-50%) ^(4,5,7)
- Aumenta el riesgo de **infecciones** ^(4,5,7)
- Miopatía y dolor de articulaciones** ^(4,7)

Debidos a la retirada no progresiva del tratamiento:

- Insuficiencia adrenal aguda**: hipotensión, náusea y vómitos, hiperpotasemia e hiponatremia ^(5,7)
- Mialgias, artralgias** ^(5,7)
- Aumento de la **presión intracraneal** ^(5,7)

INMUNOMODULADORES: AZA/6-MP y MTX

Indicaciones:

- Enfermedad **corticodependiente** ^(4,5)
- Enfermedad **refractaria a corticosteroides** ^(1,4)
- Mantenimiento** de la remisión ⁽⁵⁾
- Ante algunas **complicaciones**: **fistulas, lesiones extensas** ^(1,4)
- Enfermedad extensa en intestino delgado (AZA)** ⁽⁷⁾

Efectos secundarios habituales:

Tiopurinas:

- Supresión de la médula ósea** en el 2-5% de los pacientes ⁽⁵⁾
 - Disminución de glóbulos blancos (leucopenia) ⁽⁵⁾
 - Requiere recuento celular de control ⁽⁴⁾
- Molestias gastrointestinales** frecuentes pero leves: náusea, vómito, diarrea, dolor abdominal ⁽⁵⁾
- Pancreatitis** en el 3-10% ⁽⁴⁾
- Fiebre** y erupciones cutáneas: 5% ⁽⁴⁾
- Hepatotoxicidad** en el 5% ⁽⁴⁾
- Infecciones** ⁽⁵⁾
- Incrementa** ligeramente el **riesgo** de desarrollar **linfoma** ⁽⁵⁾

Metotrexato:

- Contraindicado en el embarazo** ^(5,7)
- Toxicidad a nivel gastrointestinal: **náusea, diarrea, vómitos y estomatitis** ⁽⁷⁾. Se reduce con la administración de ácido fólico ⁽⁷⁾
- Hepatotoxicidad y pneumonitis** (2-3 casos por 100 pacientes-año) ⁽⁷⁾

BIOLÓGICOS

Indicaciones:

- Tratamiento de **enfermedad moderada a grave refractaria** a corticosteroides e inmunomoduladores ^(4,5)
- Tratamiento de la **enfermedad fistulizante grave** ⁽⁴⁾
- Utilizar con precaución en pacientes con síntomas de obstrucción ⁽⁷⁾
- Tratamiento de **mantenimiento** en la enfermedad **moderada-grave** ⁽⁵⁾
- Contraindicados** si existe tuberculosis activa o **infecciones activas** ⁽⁵⁾
- Existen evidencias de su efectividad en el tratamiento de **manifestaciones extraintestinales** como pioderma gangrenoso o úlceras orales ⁽⁵⁾

Efectos secundarios habituales:

- En general los efectos adversos son comunes a todos los tratamientos de la clase ⁽⁷⁾
 - Reacciones a la infusión ⁽⁹⁾
 - Efectos adversos **locales** en el lugar de aplicación ⁽⁷⁾
 - Infecciones poco frecuentes pero graves**, como tuberculosis, infección por hongos, virus ⁽⁷⁾
- La combinación de tiopurinas y biológicos a largo plazo se debe evitar en pacientes jóvenes por el riesgo poco frecuente de desarrollar linfoma ⁽⁷⁾

ANTIBIÓTICOS

Indicación:

- Se considera el uso de antibióticos **si existen complicaciones sépticas**, síntomas atribuibles a sobrecrecimiento de bacterias o enfermedad perianal ⁽⁷⁾
- Los más utilizados son **ciprofloxacino** y **metronidazol**

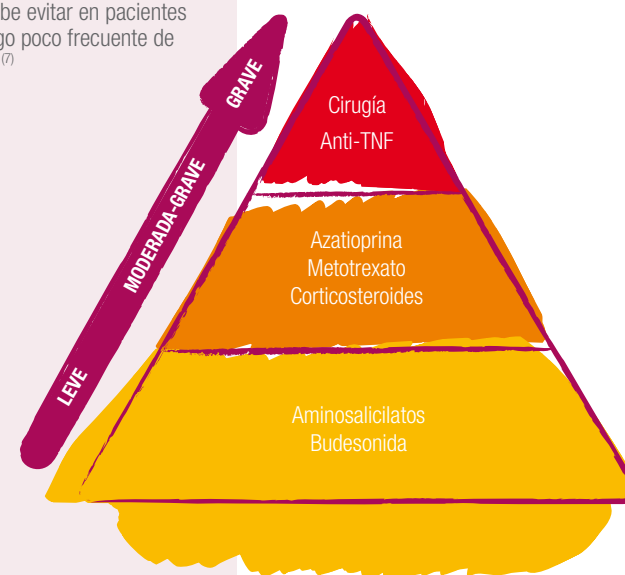
Efectos secundarios habituales:

Metronidazol ⁽¹⁰⁾:

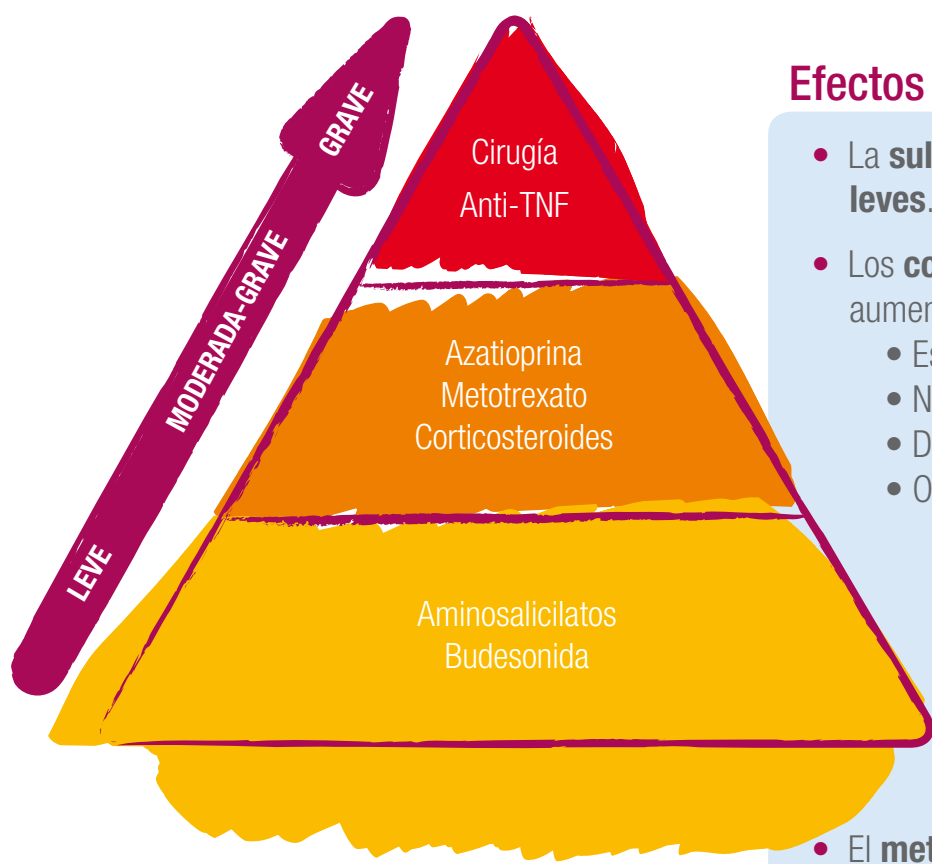
- Intolerancia** a corto plazo en la mitad de los pacientes: diarrea, náuseas, vómitos, dolor abdominal
- Polineuropatía** si el tratamiento es prolongado

Ciprofloxacino ⁽¹¹⁾:

- Los mismos que otros antibióticos. **No administrar a niños** por acumulación en cartilago



4 ¿CUÁNDO SE USAN LOS TRATAMIENTOS Y QUÉ EFECTOS ADVERSOS PRESENTAN?



Efectos adversos

- La **sulfasalazina** (aminosalicilato) produce **efectos secundarios leves**. Se aconseja suplementar con **ácido fólico**
- Los **corticosteroides** tienen algunos efectos adversos que aumentan en función de la dosis y de la duración del tratamiento:
 - Estéticos (vello, acné, cara luna llena,...) ⁽⁷⁾
 - Nerviosos (alteraciones sueño, euforia, depresión,...) ⁽⁷⁾
 - Dolor muscular y de articulaciones ^(4,7)
 - Osteoporosis ^(4,5,7)



- El **metotrexato** está **contraindicado en el embarazo** ^(5,7)
- Los **inmunomoduladores y los fármacos biológicos** en general, **disminuyen** la respuesta del sistema inmune por lo que **aumentan el riesgo de infecciones** ⁽⁵⁾

Brote



Remisión



EL OBJETIVO DE LA DIETA ES PREVENIR Y CORREGIR LA DESNUTRICIÓN

Existen 4 mecanismos básicos que provocan la desnutrición en EC

- **Disminución de la ingesta:** Por miedo a que aparezcan síntomas, sobre todo de alimentos lácteos y con fibra
- **Problemas de absorción:** Por ejemplo si está dañado el íleon terminal se produce déficit de vitamina B₁₂
- **Pérdidas de proteínas y otros nutrientes:** La inflamación y las úlceras en el intestino delgado y el colon provocan que se pierdan en las heces proteínas, hierro y sales. Además, los corticoides aumentan las pérdidas de proteínas y calcio
- **Aumento del consumo de energía:** La inflamación consume mucha energía por lo que aumentan las necesidades calóricas

La dieta debe ser lo más libre y variada posible. No hay pruebas de que un alimento concreto esté implicado en el desencadenamiento, mantenimiento o empeoramiento de la actividad en la enfermedad de Crohn. Los enfermos sólo deben **evitar aquellos alimentos** que de forma repetida y sistemática **aumenten los síntomas**

Hay **dos alimentos** cuyo consumo suele **plantear dudas** a los enfermos **en fase de brote**: los lácteos y la fibra

Lácteos

- Ningún componente de la leche favorece la inflamación
- Son fuente de calcio (muy importante en la enfermedad de Crohn en la que es muy frecuente el déficit de calcio)
- La intolerancia a la lactosa es independiente de padecer la enfermedad de Crohn
- Si el paciente padece intolerancia a la lactosa deberá eliminar de su dieta la leche. Puede intentar tomar yogures y queso que se toleran mejor ya que la lactosa está parcialmente digerida

Fibra

- Durante el brote realizar una dieta pobre en residuos
- Fibra insoluble: vegetales leñosos, cereales integrales o en algunas frutas. Si hay estenosis debe eliminarse
- Fibra soluble: frutas, legumbres y algunos vegetales. Fermenta en el colon y produce gases. Si hay diarrea debe eliminarse

Suplementos

- Ocasionalmente, en situaciones especiales (desnutrición, ingresos, bajo peso...), pueden estar indicados los suplementos nutricionales

Estas recomendaciones son de carácter general y deben ser adaptadas a las necesidades de cada paciente

5

NUTRICIÓN EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

Una **buena nutrición es esencial** en cualquier enfermedad crónica. La alimentación no cura la enfermedad ni previene los brotes pero **ayuda a evitar las consecuencias negativas**

Desnutrición

- **Mayor consumo de energía:** La inflamación quema muchas calorías
- **Pérdida de nutrientes** por malabsorción o a través de las heces
- **Alimentación restrictiva** por miedo a que aparezcan los síntomas

Brote:

- No fibra
- No grasa (embutidos y bollería industrial)
- No bebidas alcohólicas o con gas
- No leche en caso de intolerancia
- Cocciones sencillas (hervido, plancha, horno...)

Remisión:

- **Dieta equilibrada** absolutamente **normal**

ES IMPORTANTE QUE SEPAS...

- Debes hacer una ingesta fraccionada en **4-5 tomas al día**
- Debes **comer despacio y masticar bien**
- Las principales **fuentes de proteínas son:** la **leche** y sus derivados, los **huevos, carnes, pescados y legumbres**
- El **calcio** se encuentra en la **leche y sus derivados**
- El **hierro** abunda en las **carnes rojas, hígado, legumbres, cereales y frutos secos**



5

NUTRICIÓN EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

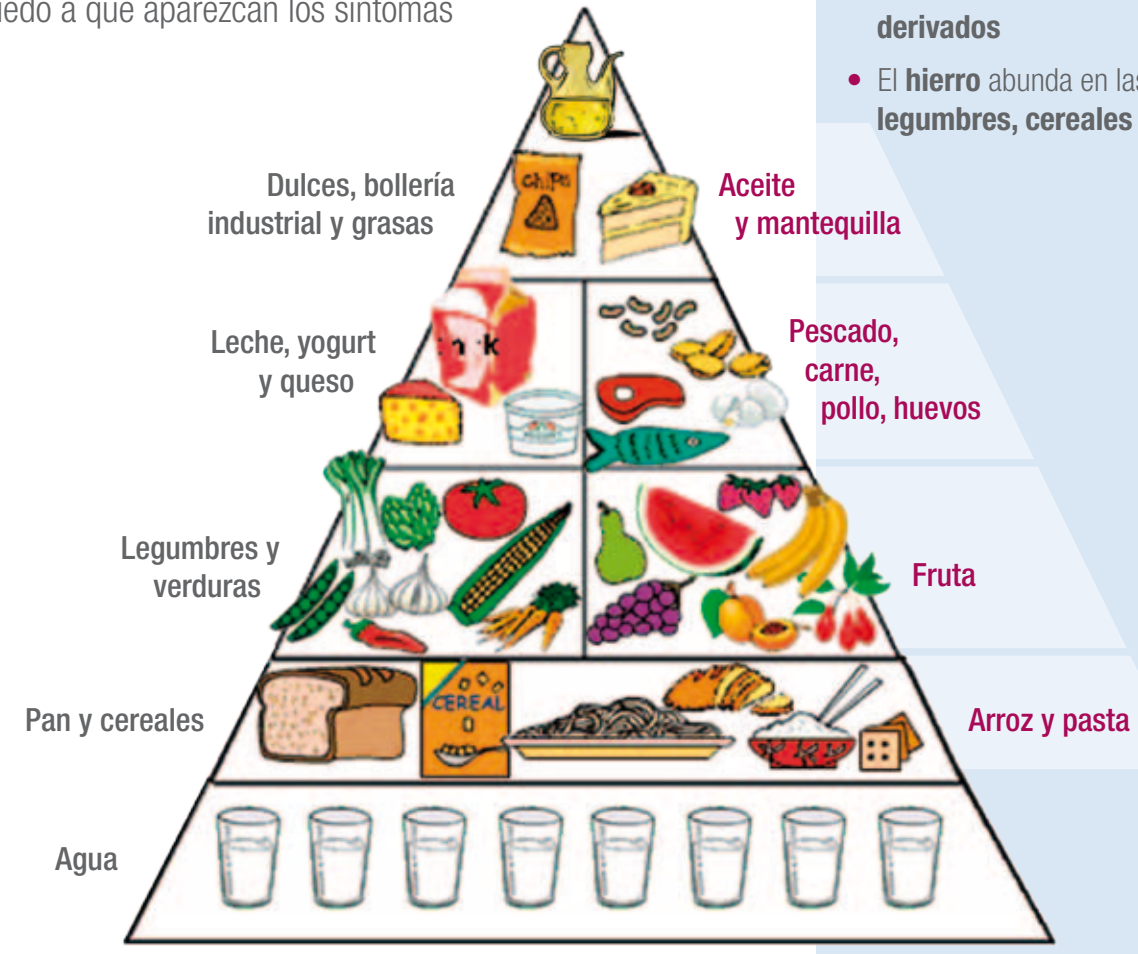
Una **buena nutrición es esencial** en cualquier enfermedad crónica. La alimentación no cura la enfermedad ni previene los brotes pero **ayuda a evitar las consecuencias negativas**

Desnutrición

- **Mayor consumo de energía:** La inflamación quema muchas calorías
- **Pérdida de nutrientes** por malabsorción o a través de las heces
- **Alimentación restrictiva** por miedo a que aparezcan los síntomas

Remisión:

- **Dieta equilibrada** absolutamente **normal**



ES IMPORTANTE QUE SEPAS...

- Debes hacer una ingesta fraccionada en **4-5 tomas al día**
- Debes **comer despacio y masticar bien**
- Las principales **fuentes de proteínas son:** la **leche** y sus derivados, los **huevos, carnes, pescados y legumbres**
- El **calcio** se encuentra en la **leche y sus derivados**
- El **hierro** abunda en las **carnes rojas, hígado, legumbres, cereales y frutos secos**

6 CONSEJOS DE SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN



RECOMENDACIONES

- **Mantener la adherencia al tratamiento:** 30% de los pacientes de EI deja el tratamiento durante periodos más o menos prolongados, lo que supone un aumento del riesgo de recidiva ⁽¹⁾
- Seguir una **dieta sana y equilibrada**, para evitar la malnutrición ⁽²⁾
- **No fumar:** Ser fumador activo o pasivo duplica el riesgo de desarrollar EC. Además, el tabaco complica la enfermedad: Aumenta el desarrollo de fístulas, la tasa de recurrencia tras la intervención quirúrgica, la aparición de complicaciones, etc. ⁽³⁾
- Advertir a mujeres en edad fértil que **ciertos tratamientos no están permitidos durante el embarazo y/o la lactancia** ⁽⁶⁾
- En caso de tratamiento con tiopurinas, **proteger la piel de los rayos UV** y realizar examen dermatológico de forma periódica
- En las mujeres, realizar **revisiones ginecológicas periódicas** que incluyan análisis de frotis para descartar displasia cervical: El tratamiento con tiopurinas puede aumentar el riesgo de infección por el virus del papiloma humano ⁽⁵⁾
- Existen ciertos **medicamentos** que están **desaconsejados**: Aspirina, AINES (antiinflamatorios no esteroideos, ejemplo: Ibuprofeno, Voltaren®, Antalgin®, etc)



VACUNACIÓN

- **Asegurar la inmunización** del paciente con EC **antes de** recibir tratamiento con **inmunosupresores y/o agentes biológicos** frente a: ⁽⁵⁾
 - **Tétanos, difteria y poliomielitis** (repetir vacunación cada 10 años)
 - **Rubeola, sarampión y paperas**
 - **Hepatitis B**
 - **Varicela y/o Herpes zóster**
- **Recomendar la vacunación contra** el virus de la **gripe anual** ⁽⁵⁾
- La **vacuna contra la varicela y cualquier otra con virus vivo (ejemplo fiebre amarilla)** está **contraindicada** si el paciente **ya ha iniciado un tratamiento inmunosupresor** ⁽⁵⁾
- El **tratamiento con inmunosupresores**, solos o combinados con otros fármacos, **puede afectar a la respuesta** inmune natural a la vacuna **y a su eficacia**, por ejemplo en el caso de la Hepatitis B, que puede necesitar más dosis para ser efectiva ⁽⁵⁾

1. Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Adherencia al tratamiento en la EI. A. Lopez San Román y F. Martínez Silva. Información conjunta de GETECCU y ACCU, nº14, Año 2006. Descargada de la web de la Confederación de Asociaciones de enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España: www.accuesp.com, consultada en Enero de 2010. 2. Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Nutrición, dieta y Enfermedad Inflamatoria Intestinal. E. Cabré Geliada. Información conjunta de GETECCU y ACCU, nº1, Año 2008. Descargada de la web de la Confederación de Asociaciones de enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España: www.accuesp.com, consultada en Enero de 2010. 3. Lakatos PL et al. Perianal disease, small bowel disease, smoking, prior steroid or early azathioprine/biological therapy are predictors of disease behaviour change in patients with Crohn's disease. World J Gastroenterol 2007;13(46):6134-9. 4. Información extraída de la web de la Unidad de Atención Crohn-Colitis (JAACC) del Hospital Universitario Vall d'Hebrón (Barcelona): www.ua-cc.org, consultada en Enero de 2010. 5. Viget N et al. Opportunistic infections in patients with inflammatory bowel disease: prevention and diagnosis. Gut 2008;57:549-58. 6. Caprilli R et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situations. Gut 2006;55:136-158.

6

CONSEJOS DE SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

Mantener una vida sana



• Dieta equilibrada (2)



• No fumar (3)



• Proteger la piel de los rayos UV

• Ejercicio físico apropiado (4)



• No abandonar el tratamiento: Dejar de tomar los fármacos puede aumentar el riesgo de recaída (1)



Revisiones periódicas con otros especialistas

- Ginecólogo (citología de cuello uterino)
- Dermatólogo
- Control de vacunaciones periódicas (5)

ES IMPORTANTE QUE SEPAS...

- Tener una enfermedad crónica **no significa tener siempre síntomas**
- En caso de aparición de brote, **contactar con los profesionales sanitarios** de tu centro (enfermera y/o médico)
- El **tabaco empeora la evolución** de la enfermedad y **la respuesta** a los tratamientos
- Existen ciertos **medicamentos que están desaconsejados: Aspirina, AINES** (antiinflamatorios no esteroideos, ejemplo: Ibuprofeno, Voltaren®, Antalgin®, etc)
- Las mujeres en edad fértil deben saber que ciertos **tratamientos no están permitidos durante el embarazo y/o la lactancia** (6)

7

MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES Y COMPLICACIONES EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES (MEI)

- Alrededor del **25-35% de los pacientes con EII** sufren una o más **MEI** a lo largo de su enfermedad ⁽¹⁾
- Afectaciones principales: **la piel, las articulaciones, los ojos y el hígado** ⁽²⁾

Manifestaciones articulares:

- **Artropatía periférica:**
 - Puede presentarse en forma de dolor de las articulaciones (**artralgias**), o bien con inflamación de las mismas (**artritis**), en un 15-20% de los pacientes con EC ⁽³⁾
 - Puede ser independiente del curso de la EC
- **Sacroileítis:**
 - Inflamación dolorosa en la articulación sacroilíaca que une el hueso sacro al resto del anillo de la pelvis y suele presentarse **hasta en el 14 % de los pacientes con EII** ⁽⁴⁾
 - Suele ser independiente del curso de la EC
- **Espondilitis anquilosante:**
 - Enfermedad **reumática crónica con dolor y endurecimiento** progresivo de la articulación sacroilíaca, que afecta al 2-7% de pacientes con EII y se presenta como un dolor lumbar y rigidez matutina
 - La espondilitis puede diagnosticarse antes, después o en el curso de la EC, y es **independiente de la gravedad, la extensión, la localización y la duración** de ésta

Manifestaciones dermatológicas:

Aparecen en el **15% de los pacientes con EII** ⁽²⁾

- **Eritema nodoso:**
 - Las lesiones consisten en **nódulos dolorosos, inflamados, enrojecidos**, sobretodo en las piernas, los tobillos y los muslos
 - Suele **reflejar la actividad de la enfermedad** y **responde bien al tratamiento** de la EC (principalmente a los corticoides) ⁽²⁾
- **Aftas bucales:** Lesiones que aparecen como una **úlceras de diferente tamaño en la cavidad bucal**
- **Pioderma gangrenoso:**
 - Las lesiones son **ulceraciones en la piel, repetitivas**, que se suelen localizar en el tronco y en las extremidades. Son infrecuentes, el 1% de los pacientes ⁽²⁾
 - Suele ser independiente del curso de la EC

Manifestaciones hepatobiliares:

- **Colangitis esclerosante primaria:** Se caracteriza por la **alteración de los conductos hepáticos** y, normalmente, se suele detectar inicialmente por una alteración de los valores analíticos del hígado. Es poco frecuente, **inferior al 2% de los pacientes**

Manifestaciones oculares:

- **Inflamación de alguna de las capas** que forman el ojo: úvea (**uveítis**), epiesclerótica (**epiescleritis**) o conjuntiva (**conjuntivitis**). Poco frecuentes, alrededor del **3% de los pacientes** ⁽²⁾
- Suelen manifestarse con **dolor ocular y enrojecimiento** del ojo

7

MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES Y COMPLICACIONES EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

Manifestaciones extraintestinales (MEI)

Algunos pacientes pueden presentar manifestaciones extraintestinales (MEI) y/o complicaciones a lo largo de la evolución de su enfermedad. Unas veces se relacionan con la actividad de la enfermedad y otras no ⁽¹⁾

Manifestaciones articulares: Son las MEI más frecuentes en EC

	¿qué es?	¿dónde?
Artropatía periférica	Dolor (artralgia) y/o inflamación (artritis) de articulaciones	Una o varias articulaciones que no están en la columna vertebral
Sacroileítis	Inflamación en la articulación sacroilíaca que une el hueso sacro al resto del anillo de la pelvis	Pelvis
Espondilitis anquilosante	Enfermedad reumática autoinmune: dolores y endurecimiento progresivo de articulaciones	Principalmente en la columna vertebral

Manifestaciones hepatobiliares

- La principal es la **colangitis esclerosante primaria** y se caracteriza por la **inflamación** de los conductos del **hígado**

Manifestaciones dermatológicas

	¿qué es?	¿dónde?
Eritema nodoso	Nódulos dolorosos, inflamados, enrojecidos	Sobre todo en piernas, tobillos y muslos
Aftas bucales	Úlceras en la cavidad bucal	En la boca
Pioderma gangrenoso	Úlceras profundas y dolorosas en la piel: heridas que no curan	Suelen localizarse en el tronco y en las extremidades

Manifestaciones oculares

- **Inflamación** de alguna de las **capas que forman el ojo**: úvea (**uveítis**), epiesclerótica (**epiescleritis**) o conjuntiva (**conjuntivitis**). Cursan con enrojecimiento del ojo y dolor ⁽²⁾

MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES Y COMPLICACIONES EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

COMPLICACIONES: Muchos pacientes no van a presentar ninguna complicación a lo largo de la evolución de su enfermedad

Estenosis intestinal:

- Puede aparecer **en un brote agudo** por inflamación grave del intestino **o en la fase crónica** de la enfermedad, porque la pared intestinal se vuelve rígida (fibrosis) ⁽⁴⁾
- Localización preferente **en el ileon** ⁽⁴⁾
- El síntoma predominante es **dolor abdominal tras la ingesta**, normalmente localizado en la zona derecha del abdomen, acompañado frecuentemente de náuseas ⁽⁴⁾

Fístulas y abscesos:

- **Fístulas externas:** Son trayectos desde el intestino hasta la piel y suelen relacionarse con una intervención quirúrgica ⁽⁴⁾
- **Fístulas internas:** Frecuentes en EC (35%), sobre todo si afecta al ileon. No encuentran salida al exterior y acaban en una bolsa que se llena de pus (**absceso**) y se acompaña de **fiebre y dolor**, o pueden también comunicar el intestino con un órgano vecino, como la vejiga, la vagina, u otras partes del intestino ⁽⁴⁾

Enfermedad perianal:

- Aparecen **fistulas perianales** en el **12-15% de pacientes con EC en ileon/ ileocecal**, **41% de pacientes con EC colónica sin afectación rectal** y en el **92%** de los pacientes con EC que afecta al **colon y al recto** ⁽⁵⁾

Hemorragia masiva:

- **Sólo afecta al 1-2%**, independientemente de la localización de la enfermedad ⁽⁴⁾
- Se pierde **abundante sangre en las heces** que puede conllevar un estado agudo de anemia que requiera **transfusiones** ⁽⁴⁾

Perforación:

- Se da en el **1% de los pacientes con EC** ⁽⁴⁾
- Se acompaña de **dolor abdominal intenso, sudor, fiebre, malestar general** y a veces, síntomas de peritonitis ⁽⁴⁾
- Requiere **intervención quirúrgica** ⁽⁴⁾

Megacolon tóxico:

- Sólo afecta al **5% de los pacientes con EC localizada en colon** ⁽⁴⁾
- Es una **dilatación aguda del colon** que se acompaña de dolor y distensión abdominal, malestar general y fiebre ⁽⁴⁾

Cáncer:

La incidencia y mortalidad por cáncer es **similar entre la población general y los pacientes de EC** ⁽⁶⁾, aunque existe mayor riesgo en:

- **Cáncer asociado con inflamación crónica** ⁽⁷⁾:
 - **Adenocarcinoma:** En población general <1/1000, en **EC x20-40** ⁽⁷⁾
 - **Cáncer colorrectal:** Riesgo de padecer CCR en la **población general: 5%, en EI: 15%** ⁽⁷⁾.
 - Los dos factores que se relacionan con mayor riesgo de CCR son:
 - **Extensión de la enfermedad:** Los pacientes con afectación en **todo el colon** tienen **mayor riesgo**, y los que presentan inflamación sólo en recto no tienen más riesgo que la población general ⁽⁷⁾
 - **Tiempo de evolución:** A partir de los 10 años de evolución el riesgo se incrementa en un 0,5% aproximadamente cada año que pasa ⁽⁷⁾
 - **El consumo a largo plazo de aminosalicilatos** se cree que puede estar relacionado con un **menor riesgo de cáncer colorrectal** ⁽⁷⁾
 - Las **colonoscopias repetidas** a las que se suelen someter los pacientes de EC **permiten detectar el CCR en estadios muy iniciales**, aumentando la probabilidad de curación ⁽⁷⁾
- **Cáncer asociado con terapia inmunosupresora** como linfoma y tumores asociados a virus ⁽⁷⁾:
 - Los **inmunomoduladores (AZA/6-MP)** aumentan ligeramente el riesgo de linfoma en pacientes con EC, en relación con la presencia del **virus de Epstein Barr** (mononucleosis infecciosa). Parece que el aumento del riesgo de linfoma está relacionado con la disminución de ácido fólico ⁽⁷⁾
 - Las **tiopurinas** también aumentan el riesgo de **detección de papiloma en el frotis de cérvix**
 - Las **tiopurinas** pueden elevar el riesgo de **cáncer de piel de tipo no melanoma**, porque aumentan la fotosensibilidad de la piel a la radiación UVA
 - Parece que los **anti-TNF no aumentan el riesgo de cáncer o linfoma** aunque en pacientes jóvenes se desaconseja el tratamiento combinado con inmunomoduladores por riesgo de **linfoma hepatoesplénico**

Osteoporosis:

- La osteoporosis es una **pérdida de masa ósea** que se asocia con **mayor riesgo de fracturas** ⁽⁸⁾
- Es típica en la población global, **en mujeres a partir de los 50 años**, pero en pacientes con EI puede aparecer en **edad más temprana** ⁽⁸⁾
- Entre el **5 y el 10% de los pacientes con EI** presenta osteoporosis, independientemente del tiempo de evolución y los tratamientos recibidos ⁽⁸⁾
- La **densitometría ósea** es el método **diagnóstico** para detectar la osteoporosis ⁽⁸⁾
- Para **prevenir la osteoporosis** en EC se deben seguir estas pautas: ⁽⁸⁾
 - **No excluir los lácteos:** principal fuente de calcio
 - **Suplementos de calcio** si no se ingiere lo suficiente
 - Asegurar el estado nutricional con una **alimentación correcta**
 - **Abandonar el tabaco** y el consumo de **alcohol**
 - **Practicar ejercicio físico**, dentro de las posibilidades, por ejemplo caminar
 - **Exposición solar adecuada**, para asegurar la síntesis de vitamina D en el organismo
 - **Restricción del uso de esteroides**, y administrarlos si es necesario con un suplemento de **calcio y vitamina D**
 - Las terapias biológicas **anti-TNF mejoran la densidad de la masa ósea** en pacientes con EC: suprimen las citoquinas inflamatorias que alteran el metabolismo óseo ⁽⁹⁾

Infecciones oportunistas:

- Son infecciones por un **microorganismo que normalmente no es patógeno**, o bien infecciones graves causadas por un microorganismo que suele ser un **patógeno leve** ⁽¹⁰⁾
- **Condiciones que pueden favorecer** una infección oportunista: ⁽¹⁰⁾
 - **Respuesta inmune débil**, como consecuencia de la propia inflamación en la EC
 - **Malnutrición**
 - **Cirugía**
 - **Medicación inmunosupresora:** Fármacos inmunosupresores y/o biológicos aumentan el riesgo de infecciones oportunistas por su efecto sobre el sistema inmune ⁽¹⁰⁾
 - Las **tiopurinas** aumentan la predisposición a infecciones víricas, como el **citomegalovirus (CMV)**, el **virus de la varicela-zóster** o el **virus de la mononucleosis (EBV)** ⁽¹⁰⁾
 - Los **antagonistas de TNF** aumentan el riesgo de reactivación de **enfermedades granulomatosas** y de infecciones en las que las defensas son principalmente **macrófagos** (TBC / hongos) ⁽¹⁰⁾
- Para prevenir las infecciones oportunistas **se debe comprobar antes de establecer el tratamiento con inmunosupresores o anti-TNF** ⁽¹⁰⁾:
 - El **historial de infecciones** del paciente, sobre todo si sufre infecciones frecuentes, como las del tracto urinario
 - El **estado dental** del paciente
 - La **ausencia de tuberculosis** latente o activa, mediante la prueba de la tuberculina
 - Anotar si el paciente ha sufrido **varicela de niño**, y/o recurrencias del virus del herpes en años recientes
 - **Descartar** la presencia del **virus del papiloma humano** en las mujeres mediante una inspección ginecológica que incluya la prueba de Papanicolau
 - Hacer un **recuento de neutrófilos y linfocitos** antes de comenzar y durante el tratamiento para detectar neutropenia
 - **Análisis de orina** si existen infecciones frecuentes en el paciente
 - **Serología** del virus de la **varicela** si el paciente no la ha sufrido de niño y del citomegalovirus
 - **Serología** de los virus de la **Hepatitis B y C** y del **VIH**
 - Comprobar que se administra la **vacuna del tétanos, difteria y poliomielitis** cada 10 años
 - Comprobar que el paciente está **inmunizado contra la rubeola, el sarampión y las paperas**
 - Los pacientes con EI deberían **vacunarse de la gripe anualmente**
 - El paciente con EC debe **acudir al médico urgentemente** ante cualquier signo de infección, sobre todo **fiebre**
 - Se debe **evitar el consumo de ciertos alimentos de riesgo** que pueden favorecer el desarrollo de infecciones, como huevos crudos (Salmonelosis), productos no pasteurizados, carnes procesadas, perritos calientes o patés (Listeriosis)

1. Repiso A et al. Manifestaciones extraintestinales de la enfermedad de Crohn. Prevalencia y factores relacionados. Re Esp Enferm Dig 2006;98(7):510-517. 2. Mendoza JL et al. Manifestaciones extraintestinales en la enfermedad inflamatoria intestinal: diferencias entre la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. Me Clin (Barc) 2005;125(8):297-300. 3. Información para pacientes elaborada por S. Marsal Barril: Afectación articular en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Nº3, año 2002. Extraída de la web del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa: www.geteccu.org, consultada en Enero de 2010. 4. Información extraída de la web de la Unidad de Atención Crohn-colitis (UACC) del Hospital Universitario Vall d'Hebrón (Barcelona): www.ua-cc.org, consultada en Enero de 2010. 5. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Perianal Crohn's Disease. Gastroenterology 2003;125:1503-1507. 6. Persson PG et al. Survival and cause-specific mortality in inflammatory bowel disease: a population-based cohort study. Gastroenterology 1996;110:1339-45. 7. Información para pacientes elaborada por A. Obrador: El cáncer colorrectal y la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Nº6, año 2003. Extraída de la web del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa: www.geteccu.org, consultada en Enero de 2010. 8. Información para pacientes elaborada por la doctora Esther Garcia Planella: Alteraciones óseas: Osteoporosis y Osteopenia en EI. Nº10, año 2005. Extraída de la web del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa: www.geteccu.org, consultada en Enero de 2010. 9. Mauro M et al. Improvement of lumbar bone mass after infliximab therapy in Crohn's disease patients. Can J Gastroenterol 2007;21(10):637-642. 10. Viget N et al. Opportunistic infections in patients with inflammatory bowel disease: prevention and diagnosis. Gut 2008;57:549-58.

7

MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES Y COMPLICACIONES EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

Complicaciones de la EC más frecuentes ⁽⁴⁾

	¿qué es?	localización de EC	síntomas
Estenosis intestinal	Estrechez de la luz del intestino	Más frecuente en íleon	Dolor abdominal tras la comida y náuseas
Fístulas externas	Comunicación (trayecto) entre el intestino y la piel	Cualquiera	Aparición de pus a través de un orificio en la piel
Abscesos y fístulas internas	Acumulación de pus por fuga del intestino y comunicación entre dos asas intestinales	Más frecuente en EC ileal	Los abscesos suelen acompañarse de fiebre y dolor
Enfermedad perianal	Fístulas, fisuras o abscesos en recto y ano	Más frecuente en EC de colon	Los abscesos anorrectales suelen ser dolorosos
Hemorragia	Pérdida de sangre en las heces	Independiente de la localización	Puede aparecer anemia aguda / crónica
Perforación intestinal	Orificio en la pared del intestino	Independiente de la localización	Dolor abdominal intenso, fiebre, malestar general
Megacolon tóxico	Dilatación exagerada del colon	Sólo en EC de colon	Dolor abdominal, malestar general y fiebre

Existen **otras complicaciones** como: osteoporosis, cáncer e infecciones oportunistas

Osteoporosis ⁽⁸⁾	<ul style="list-style-type: none"> • La osteoporosis es una pérdida de masa ósea que se asocia con mayor riesgo de fracturas y afecta al 5-10% de los pacientes con EI • La densitometría ósea es el método diagnóstico para detectar la osteoporosis • Para prevenir la osteoporosis en EC se deben seguir estas pautas: <ul style="list-style-type: none"> • Incluir los lácteos porque son la principal fuente de calcio • Tomar suplementos de calcio si no se alcanza el requerimiento mínimo diario (1.000-1.500 mg/día)
Cáncer ⁽⁷⁾	<ul style="list-style-type: none"> • Existe un pequeño riesgo de sufrir algún tipo de cáncer asociado a determinados tratamientos (inmunomoduladores y biológicos) y al mal control de la enfermedad • La probabilidad de sufrir un cáncer es similar entre la población general y los pacientes de EC
Infecciones oportunistas ⁽¹⁰⁾	<ul style="list-style-type: none"> • Son infecciones por un microorganismo que en personas sanas no es peligroso • Condiciones que pueden favorecer una infección oportunista: <ul style="list-style-type: none"> • Respuesta inmune débil, como consecuencia de la propia inflamación en la EC • Malnutrición • Cirugía • Medicación inmunosupresora: inmunomoduladores y biológicos

ES IMPORTANTE QUE SEPAS...

- El hecho de estar diagnosticado de **EC no quiere decir que vayas a tener cáncer**
- Mantener una **alimentación correcta, abandonar el tabaco y el consumo de alcohol y practicar ejercicio físico ayudan a prevenir la osteoporosis** ⁽⁸⁾
- Realizar un **correcto cuidado dental**, seguir un calendario de **vacunación** y **evitar** el consumo de ciertos **alimentos de riesgo** (huevos crudos, productos no pasteurizados, etc...) pueden ayudar a **prevenir una infección** ⁽¹⁰⁾
- Ante cualquier **signo de infección**, sobre todo **fiebre**, debes ponerte en contacto con los profesionales de la salud que te traten

CIRUGÍA EN LA EC

El **50-70%** de los pacientes con EC deberán ser **intervenidos** quirúrgicamente **a lo largo de su vida**, y casi la mitad volverán a someterse a cirugía por recurrencias

La cirugía en EC es para aliviar los síntomas, pero no es curativa y su **indicación** es:

- Casos de **enfermedad refractaria** a tratamiento
- Resolver **complicaciones** de la enfermedad: estenosis, fístulas, abscesos, perforación, hemorragia incontrolable, cáncer...

La cirugía puede ser **programada o urgente** y la intervención es diferente según la localización y el subtipo de la enfermedad

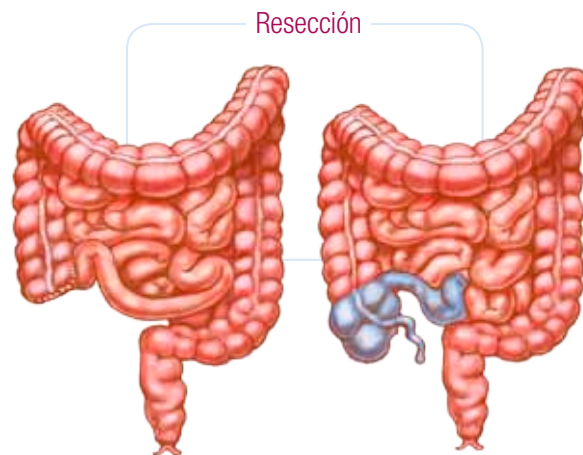
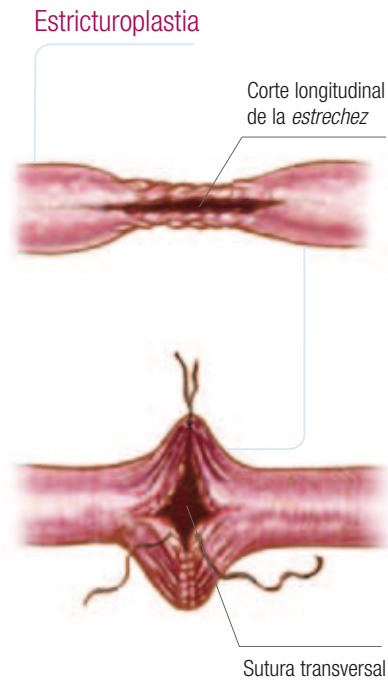
Enfermedad estenosante

Se producen estrecheces (estenosis), más frecuentes en el intestino delgado, que pueden deberse a **inflamación crónica o fibrosis**. La cirugía puede consistir en:

- **Resección** o extirpación de la zona afectada y empalme de los dos extremos (**anastomosis**)
- **Estricturoplastia**: Se hace un corte y se sutura el intestino en sentido transversal para evitar resecciones. Se utiliza en estenosis cortas

Enfermedad fistulizante

- Si se produce un **absceso** en la zona perianal lo principal es el drenaje (se realiza mediante un corte que drena el acúmulo de pus)
- En **fístulas muy superficiales** se practica una **fistulotomía**, es decir, la apertura del trayecto fistuloso hacia la superficie cutánea
- En **fístulas más complejas**, con inflamación asociada del recto, se **coloca un sedal** (setón) a lo largo de la fístula para evitar que se acumule pus y se produzcan abscesos
- En **fístulas rectovaginales** se practica un **avance mucoso o flap**, que consiste en levantar el tejido alrededor del orificio interno de la fístula para tapanlo



8

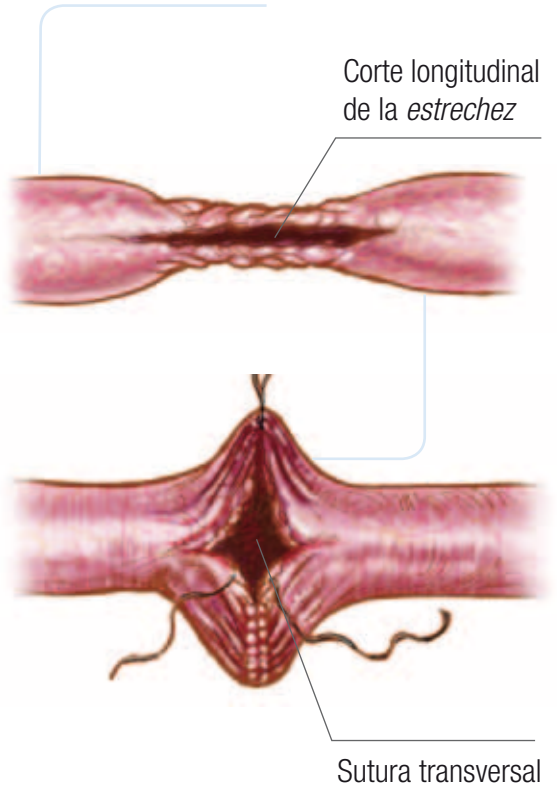
CIRUGÍA Y OSTOMÍA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

Cirugía en la EC

Algunos pacientes con una Enfermedad Inflamatoria Intestinal precisan una intervención quirúrgica

La cirugía puede **disminuir y/o aliviar los síntomas** de la enfermedad de Crohn (EC), pero no la cura

Estricturoplastia

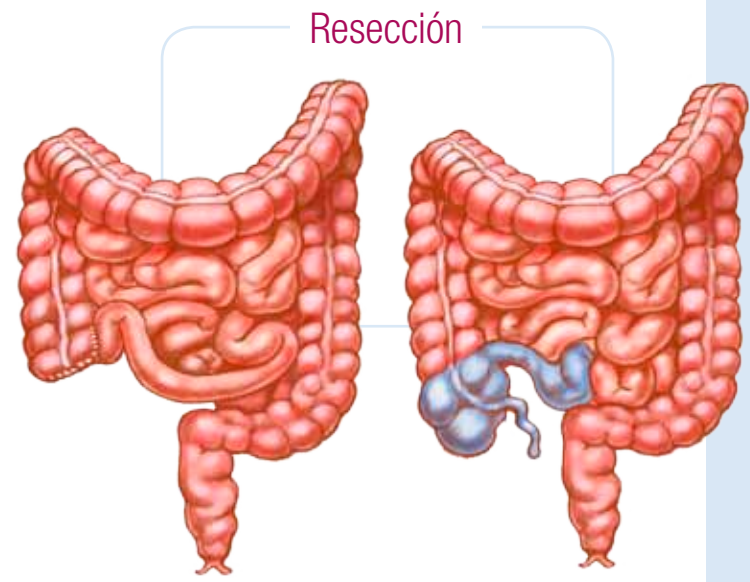


En EC se recurre a la cirugía:

- Si existen **complicaciones** de la enfermedad
- Cuando la EC inflamatoria **no responde al tratamiento**

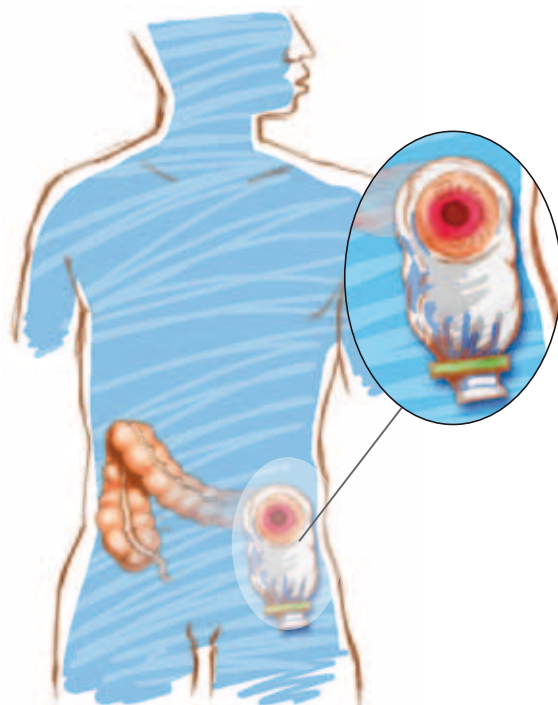
Tipos de cirugía en EC:

- **Resección** de la zona afectada y "empalme" de los dos extremos
- **Estricturoplastia** para reparar una estenosis corta. Se hace un corte y se sutura el intestino en sentido transversal para evitar la resección



ES IMPORTANTE QUE SEPAS...

- La cirugía **no es curativa** (no es una solución definitiva)
- Muchos pacientes con EC necesitarán **alguna intervención** quirúrgica **a lo largo de su vida**



OSTOMÍA

Es una abertura en el abdomen por donde asoma el intestino a través de un orificio llamado **estoma**. La localización en el abdomen depende del tipo de cirugía

Colostomía

- Cuando es el **colon**, o parte del intestino grueso, el que aparece en el estoma
- Las **heces** son **similares a las que se eliminan por el ano**, la consistencia, el olor, los gases, etc...

Ileostomía

- Cuando es el **íleon**, última parte del intestino delgado, el que aboca al exterior
- Las **deposiciones** son de **consistencia líquida o semi líquida**, frecuentes y el contenido digestivo que sale es **muy irritante** para la piel

Las ostomías pueden ser de dos tipos:
temporales o definitivas

Ostomías temporales

- **Ileostomía:** Tras una **intervención de resección intestinal y anastomosis**, para facilitar la cicatrización de la pared intestinal
- **Colostomía:** En caso de **fístulas perianales complejas**, hasta que se consigue el cierre completo de las fístulas

Ostomías definitivas

- **Ileostomía:** Si el **colon y el recto están afectados** y se han resecado
- **Colostomía:** En algunos casos de **fístulas perianales complicadas** es necesaria la **resección del recto** (proctectomía) y la realización de una colostomía definitiva

Recomendaciones para el paciente que lleva una ostomía

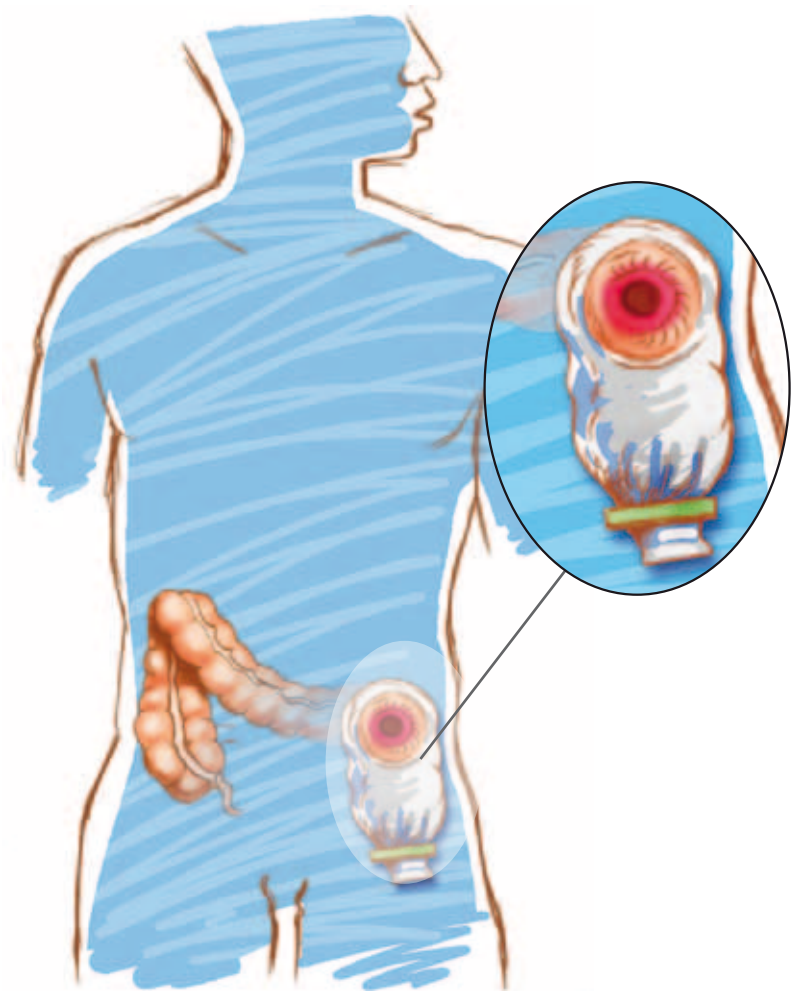
- Antes de la intervención, el **cirujano**, de forma programada, **explicará** al paciente **dónde irá ubicada** la ostomía, durante **cuánto tiempo**, etc... y una **enfermera especialista** le ayudará y enseñará todos los cuidados que necesite (higiene, curas, tipos de bolsas y dispositivos, pomadas, etc...)
- **Una ostomía no impide** practicar ejercicio físico o **realizar la mayoría de las actividades** que se hacían antes de la intervención, siempre bajo supervisión facultativa
- La **alimentación** debe ser **equilibrada y saludable**, pero se deben conocer los alimentos que pueden alterar el tránsito intestinal

8

CIRUGÍA Y OSTOMÍA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

¿Qué es una ostomía?

Una ostomía es una abertura en el abdomen por donde asoma el intestino a través de un orificio llamado **estoma**



Las ostomías pueden ser **temporales** o **definitivas**

Colostomía:

- Cuando es el **colon** (intestino grueso) el que aparece en el estoma
- Las **heces** son **similares** a las que se eliminan por el **ano**, tanto en consistencia, cantidad, olor, gases, etc...

Ileostomía:

- Cuando es el **íleon** (parte final del intestino delgado) el que aboca al exterior
- Las **deposiciones** son de **consistencia líquida o semi líquida, más frecuentes** y el contenido digestivo que sale es irritante para la piel

ES IMPORTANTE QUE SEPAS...

- Antes de la intervención, el **cirujano**, de forma programada, **te explicará dónde irá ubicada** la ostomía, **durante cuánto tiempo**, etc... y una **enfermera especialista** te ayudará y enseñará todos los cuidados que necesites (higiene, curas, tipos de bolsas y dispositivos, pomadas, etc...)
- Ser portador de una ostomía no impide **seguir con las actividades cotidianas**
- La ostomía requiere un **periodo de adaptación**, unos **cuidados específicos** supervisados por la enfermera especialista (estomaterapeuta)

FERTILIDAD, EMBARAZO Y LACTANCIA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

FERTILIDAD, HERENCIA Y CONCEPCIÓN EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

- **La EC no afecta a la fertilidad** si la enfermedad está en fase de remisión ⁽¹⁾. La fertilidad puede disminuir en los siguientes casos:
 - **Enfermedad activa** o desnutrición ⁽¹⁾
 - **Intervención quirúrgica** previa como colectomía total e ileostomía
 - Tratamiento con **sulfasalazina: alteraciones reversibles en el semen** con disminución del número de espermatozoides (cambiar a mesalazina si se intenta la concepción)
- **La actividad de la enfermedad puede influir en la vida sexual** de las mujeres y en la calidad del semen de los hombres ^(1,2)
- La **probabilidad de que un hijo sufra una EI** es:
 - 3-8% con uno de los padres afecto de la enfermedad ⁽³⁾
 - 15-30% con los dos padres afectados ⁽³⁾

¿CÓMO INFLUYE LA ENFERMEDAD EN EL CURSO DEL EMBARAZO Y EL PARTO?

- La **enfermedad activa aumenta el riesgo** de aborto, parto prematuro y bajo peso al nacer, por lo que es importante la **programación del embarazo**: ^(1,2,4)
 - Esperar a que la enfermedad esté **en remisión para quedarse embarazada** ⁽⁴⁾
 - **Retirar los tratamientos perjudiciales** para el desarrollo del feto **al menos 3-6 meses antes de la concepción**: talidomida, metotrexato y algunos antibióticos, como ciprofloxacino y metronidazol ⁽³⁾
- Las **malformaciones fetales** no son más frecuentes que en la población general (3%) ^(3,4)
- El **parto** suele ser:
 - **Vaginal** en caso de enfermedad **en remisión o brote leve** ⁽¹⁾
 - **Cesárea**, en caso de enfermedad **perianal activa** ^(1,2,4)
 - En caso de **colostomía o ileostomía** suele ser **vaginal**, aunque si hay más riesgos se recomienda cesárea ⁽¹⁾
 - Se debe **evitar la episiotomía** ⁽¹⁾

¿CÓMO INFLUYE EL EMBARAZO EN EL CURSO DE LA ENFERMEDAD?

- Si la **concepción** tiene lugar **durante la remisión**, el **riesgo de recaída es igual** que en personas no embarazadas ^(1,4)
- Si la **enfermedad está activa** en el momento de **concebir**, lo más probable es que se mantenga **activa durante todo el embarazo** ⁽¹⁾
- En cuanto a **pruebas diagnósticas**, están **contraindicadas**:
 - las que requieren **radiación**: escáner y radiografías ⁽³⁾
 - la **colonoscopia**, aunque la **rectoscopia** es segura ⁽³⁾

1. Caprilli R et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situations. Gut 2006;55:i36-i58. 2. Información al paciente elaborada por el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Rev Esp Enferm Dig (Madrid) vol.99, nº11, pp.671,2007. 3. Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal, elaboradas por los doctores S. García López, F Gomollón García y R. Vicente Lidón. Embarazo y Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Información conjunta de GETECCU y ACCU, nº2, Año 2008. Extraída de la web del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa: www.geteccu.org, consultada en Enero de 2010. 4. Información extraída de la web de la Unidad de Atención Crohn-Colitis (UACC) del Hospital Universitario Vall d'Hebrón (Barcelona): www.ua-cc.org, consultada en Enero de 2010.

SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS DURANTE EL EMBARAZO

En general, es mucho **más peligroso** para el feto la **enfermedad mal controlada** que los posibles **efectos secundarios de los tratamientos** ⁽³⁾

Las indicaciones de la **cirugía** durante el embarazo son las mismas que en mujeres no embarazadas: **obstrucción, perforación, hemorragia y abscesos** ⁽¹⁾

Los tratamientos para la enfermedad activa y para el mantenimiento de remisión en EC suelen ser los mismos durante el embarazo: ⁽¹⁾

- **Aminosalicilatos: Seguros durante el embarazo y la lactancia.** La sulfasalazina requiere suplementos de folato. Seguridad avalada por amplia experiencia durante muchos años (no aumenta el riesgo de malformaciones, abortos ni partos prematuros) ^(1,3)
- **Antibióticos: Amoxicilina y amoxicilina-clavulánico son seguros en el embarazo y la lactancia.** Metronidazol se considera seguro después del 1^{er} trimestre y durante tiempos cortos. Evitar ciprofloxacino (tóxico para el cartilago) y rifaximina (teratogénico en animales) ^(1,3)
- **Corticosteroides: Prednisona y prednisolona no aumentan significativamente el riesgo de malformaciones.** El beneficio que aportan es mayor que el riesgo en los brotes. Se aceptan en supositorios o enemas hasta el 3^{er} trimestre. Espaciar la toma de la medicación y de la lactancia para disminuir la cantidad que pasa al bebé. La **budesonida parece segura durante el embarazo** ⁽¹⁾

- **Tiopurinas (AZA y 6-MP): Seguros y bien tolerados** durante el embarazo. Aunque la cantidad en la leche materna es baja se recomienda **lactancia artificial** ^(1,3)
- **Metotrexato: Contraindicado durante el embarazo** y la lactancia por ser teratogénico y embriotóxico. Se debe **retirar el tratamiento 3-6 meses antes** de la concepción ^(1,3)
- **Biológicos:** Aunque hay pocos casos todavía en la literatura, **parecen fármacos seguros durante el 1^{er} y 2^o trimestre.** Se deben retirar en el 3^{er} trimestre ya que atraviesan la placenta. Se pueden administrar durante la lactancia ^(1,3)
- **Talidomida: Contraindicada** en el embarazo porque se asocia a desarrollo fetal anormal y mortalidad neonatal ⁽¹⁾
- **Micofenolato: Contraindicado** en el embarazo. Se conoce la asociación de malformaciones en mujeres trasplantadas que lo tomaban
- **Tratamientos sintomáticos:**
 - **Antieméticos:** Metoclopramida, vitamina B6 y Ondansetron son **seguros** ⁽¹⁾
 - **Antiácidos y antagonistas de receptores H2 son seguros** ⁽¹⁾
 - **AINEs: No se recomiendan** durante el embarazo ⁽¹⁾
 - **Codeína:** Se considera **segura** ⁽¹⁾
 - **Antidiarreicos:** En general se recomienda **restringir su uso** ⁽⁴⁾
 - **Colestiramina y loperamida** se consideran **seguros** en el embarazo, pero **loperamida está contraindicada en la lactancia** ⁽¹⁾

Medicamentos para la EC durante el embarazo. Clasificación según la FDA ⁽²⁾

Categoría A	Categoría B	Categoría C
	Biológicos: adalimumab, infliximab Aminosalicilatos: mesalazina, sulfasalazina Metronidazol (antibiótico)	Ciclosporina (inmunomodulador) Ciprofloxacino (antibiótico) Corticosteroides Olsalazina (aminosalicilato) Tacrolimus (inmunomodulador)
Categoría D	Categoría X	
AZA/6-MP (tiopurinas)	Metotrexato (inmunomodulador) Talidomida	

Categoría A: Estudios controlados en animales y mujeres han demostrado que no existe riesgo en el 1^{er} trimestre y el peligro para el feto es mínimo.
Categoría B: Ninguno de los estudios en animales ha demostrado un riesgo para el feto, pero no existen estudios controlados en mujeres embarazadas; o bien, los estudios en animales han mostrado un efecto adverso que no se ha confirmado en estudios controlados en mujeres embarazadas en el 1^{er} trimestre.
Categoría C: No se han realizado estudios controlados en humanos, y los estudios en animales

han mostrado efectos adversos, o bien no se dispone de información sobre estudios en animales o humanos; se administrará si el beneficio potencial supera el riesgo.
Categoría D: Evidencia positiva de riesgo fetal, pero los beneficios pueden sopesar el riesgo si se trata de una enfermedad grave o existe peligro para la vida.
Categoría X: Estudios en animales o humanos han demostrado anomalías en el feto; fármaco contraindicado en el embarazo.

Recomendaciones sobre el tratamiento durante el embarazo y la lactancia

Tratamiento	Embarazo	Lactancia
Mesalazina	✓	✓ (dosis máxima 2 g/día)
Corticosteroides	✓ (bajo riesgo)	✓
Ciprofloxacino	✗ (alteración cartilago)	Datos limitados
Metronidazol	✓ (tratamientos cortos)	Datos limitados
Azatioprina	✓	✗
Mercaptopurina	✗	✗
Metotrexato	✗	✗
Talidomida	✗	✗
Adalimumab/ Infiximab	Datos limitados (probablemente sí en 1 ^o y 2 ^o trimestre)	Datos limitados (probablemente sí)

9

FERTILIDAD, EMBARAZO Y LACTANCIA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

Antes de **planificar un embarazo**, sería conveniente **consultar con el digestólogo** ya que algunos tratamientos pueden ser perjudiciales para el feto y/o la lactancia

Recomendaciones sobre el tratamiento durante el embarazo y la lactancia

Tratamiento	Embarazo	Lactancia
Mesalazina	✓	✓ (dosis máxima 2 g/día)
Corticosteroides	✓ (bajo riesgo)	✓
Ciprofloxacino	✗ (alteración cartilago)	Datos limitados
Metronidazol	✓ (tratamientos cortos)	Datos limitados
Azatioprina	✓	✗
Mercaptopurina	✗	✗
Metotrexato	✗	✗
Talidomida	✗	✗
Adalimumab/ Infliximab	Datos limitados (probablemente sí en 1º y 2º trimestre)	Datos limitados (probablemente sí)

ES IMPORTANTE QUE SEPAS...

- La **EC no afecta a la fertilidad** si la enfermedad está **en remisión**, pero si está activa o se ha realizado una cirugía puede disminuir⁽¹⁾
- En el caso de los **hombres**, la **sulfasalazina puede disminuir la fertilidad** por el descenso del número de espermatozoides. Es **reversible** al dejar de tomar la medicación
- Los **hijos** pueden presentar **mayor disposición a padecer la EC** si hay algún caso en la familia, aunque **no es** una enfermedad **hereditaria**
- La enfermedad **activa durante el embarazo aumenta el riesgo de aborto**, parto prematuro y bajo peso al nacer^(1,2,4)
- Si la enfermedad está **activa en la concepción** suele **mantenerse activa durante todo el embarazo**⁽⁴⁾
- El **riesgo de malformaciones** fetales **no aumenta** en la EC respecto a la población general^(3,4)
- La EC **no modificará el parto** (vaginal o cesárea) salvo en casos excepcionales (fístulas activas)^(1,2,4)

10

CALIDAD DE VIDA Y ASPECTOS PSICOSOCIALES EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

¿QUÉ ES LA CALIDAD DE VIDA?

La EC es una enfermedad crónica que impacta de forma significativa en la **vida de los pacientes que la presentan**

- La calidad de vida es el **bienestar subjetivo** que está determinado e influido por las experiencias, creencias y expectativas de cada persona. La aparición de una **enfermedad crónica puede modificarla**
- La **calidad de vida** relacionada con la salud **depende de aspectos físicos, sociales y psicológicos** de la vida de los pacientes
- La calidad de vida se mide a través de **cuestionarios específicos** (por ejemplo IBDQ-9, IBDQ-32, IBDQ-36)
- Las **dimensiones de la calidad de vida** en la EC que miden los **cuestionarios** son*:
 - Síntomas **digestivos**
 - Síntomas **sistémicos** (generales)
 - Afectación **funcional**
 - Afectación **emocional**
 - Afectación **social**

*Excepto el IBDQ-9 que sólo mide la calidad de vida global



➕ La calidad de vida puede mejorar:

- Aprendiendo a convivir con la enfermedad
- Valorando la importancia de los tratamientos
- Teniendo buena comunicación con los profesionales sanitarios
- Contando con el apoyo familiar

➔ La calidad de vida en los pacientes con EC está reducida por:

- Los síntomas de la enfermedad
- Efectos secundarios del tratamiento
- Dependencia de las consultas médicas y de las pruebas
- Limitaciones en el día a día (físicas, psicológicas y sociales)

Preocupaciones básicas del paciente con EC

- **Falta de energía**
- **Sensación de pérdida de control** de la enfermedad
- Cambios en la **imagen corporal**
- Sentimiento de **soledad**
- Sentimiento de **ser una carga** familiar y social
- **Limitaciones** en la vida real (objetivas y subjetivas)

Para mejorar los aspectos psicosociales en la EC es importante:

- Tener en cuenta **aspectos emocionales, psicológicos y sociales** del paciente
- **Educación sanitaria al paciente** (mayor información – menor ansiedad)
- **Implicar a los familiares** en el proceso de la enfermedad
- **Recomendar asistencia psicológica** si se cree necesaria
- **Informar** sobre la existencia de las **asociaciones de pacientes**

10

CALIDAD DE VIDA Y ASPECTOS PSICOSOCIALES EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

¿Qué es la calidad de vida?

- Es el **bienestar** subjetivo que está determinado e influido por las experiencias, creencias y expectativas de cada persona. La aparición de una **enfermedad crónica puede modificarla**
- La calidad de vida relacionada con la salud depende de **aspectos físicos, sociales y psicológicos** de la vida de los pacientes
- La calidad de vida **se mide a través de cuestionarios** específicos
- Las dimensiones de la calidad de vida en la EC son:
 - Síntomas **digestivos**
 - Síntomas **sistémicos** (generales)
 - Afectación **emocional**
 - Afectación **social**
 - Afectación **funcional**



+ La calidad de vida puede mejorar:

- **Aprendiendo a convivir** con la enfermedad ⁽¹⁾
- **Valorando** la importancia de los **tratamientos** ⁽¹⁾
- Teniendo **buena comunicación** con los profesionales sanitarios ⁽²⁾
- Contando con el **apoyo familiar** ⁽¹⁾

- La calidad de vida en los pacientes con EC está reducida por: ⁽¹⁾

- Los **síntomas** de la enfermedad
- **Efectos secundarios** del tratamiento
- **Dependencia** de las consultas **médicas** y de las pruebas
- **Limitaciones** en el día a día (físicas, psicológicas y sociales)

ES IMPORTANTE QUE SEPAS...

Tanto los **profesionales sanitarios** como las **asociaciones de pacientes te pueden ayudar** en los siguientes aspectos: ⁽¹⁾

- **Apoyo emocional** de otros pacientes que han pasado por lo mismo
- **Información y consejos** de cómo cuidarse
- Información sobre **servicios asistenciales** disponibles
- Actividades sociales y de **ocio**
- **Apoyo legal**

Es importante pedir ayuda a un especialista si la enfermedad afecta al estado emocional o psicológico ⁽²⁾

5 NUTRICIÓN

4 TRATAMIENTOS

3 PRUEBAS
DIAGNÓSTICAS

2 SÍNTOMAS
Y EVOLUCIÓN

1 ¿QUÉ ES LA
ENFERMEDAD DE
CROHN?

10 CALIDAD DE VIDA

9 FERTILIDAD,
EMBARAZO
Y LACTANCIA

8 CIRUGÍA Y
OSTOMÍA

7 MEI Y
COMPLICACIONES

6 CONSEJOS
DE SALUD