

## INFORMACIÓN AL PACIENTE

Sección coordinada por:

V. F. Moreira y A. López San Román

Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

# Enfermedad de Crohn

## ¿QUÉ ES?

La enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad del intestino que aparece sobre todo en edades jóvenes de la vida. Produce una inflamación crónica de diferentes partes del tubo digestivo, y esto causa sus síntomas. La afectación más frecuente es el final del intestino delgado (íleon) y el principio del grueso (ciego), llamada afectación ileocecal. Otras localizaciones frecuentes son la colitis de Crohn o colitis granulomatosa (se afecta el intestino grueso) y la ileítis (se afecta el íleon). A veces aparecen síntomas fuera del intestino (inflamación de los ojos, la piel o las articulaciones).

## ¿QUÉ SÍNTOMAS PRODUCE?

Suele cursar con periodos activos (brotes), alternando con fases asintomáticas (remisión). En algunas personas hay síntomas continuos (formas crónicas) a pesar de un tratamiento correcto. En ciertos casos, casi no produce síntomas (por ejemplo, sólo anemia leve). Finalmente, a veces produce molestias del ano (llamadas enfermedad perianal), o formas agudas (perforación, abscesos en el abdomen).

Los síntomas de los brotes son variables, pero casi siempre incluyen diarrea, dolor abdominal y pérdida de peso. Es frecuente la fiebre, y puede aparecer sangre en las heces. Se trata de síntomas crónicos que persisten más de 2-4 semanas. El ano se afecta a veces con la aparición de bolsas de pus dolorosas (abscesos) o expulsión de pus por orificios alrededor del ano mismo (fístulas). Pueden aparecer síntomas dependientes de otros órganos (*manifestaciones extraintestinales*).

Cuando la enfermedad está en brote, aparecen alteraciones en los análisis: elevación de las pruebas de inflamación (velocidad de sedimentación, proteína C), anemia y otros. Entre estas alteraciones y lo que el paciente cuenta, el médico calcula la gravedad de cada brote lo que determina a su vez el tipo de tratamiento. En algunas personas, el estrés, algunos fármacos y las infecciones intestinales, pueden desencadenar brotes.

## ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

Los análisis muestran elevación de los marcadores de inflamación (proteína C, velocidad de sedimentación, plaquetas, fibrinógeno). Aparece con frecuencia anemia. Los glóbulos blancos suelen aumentar. Puede haber falta de proteínas, de hierro y de vitaminas, sobre todo ácido fólico y vitamina B12. Mediante un cultivo de heces descartamos otras causas de diarrea. Para asegurar el diagnóstico, se pueden buscar datos de inflamación del intestino en radiografías (tránsito intestinal), con toma de contraste por la boca. Mediante la *colonoscopia*, se puede explorar la mucosa del intestino grueso y del final del delgado, y tomar muestras. En algunas personas son necesarias pruebas de medicina nuclear (gammagrafías) y en casos muy dudosos puede ser de ayuda la endoscopia oral (introducir un tubo por la boca) o la cápsula endoscópica (pequeña cámara que se traga).

## ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO?

La *nutrición* correcta es vital. Salvo que se indique lo contrario, se puede y debe comer de todo. En algunas personas, se indica tratamiento nutricional con suplementos por vía oral (dieta enteral), que a veces (por ejemplo, en los niños) puede controlar la inflamación por sí solos.

El *tratamiento médico* comprende diferentes fármacos, aparte de la nutrición enteral. Los más comunes son la mesalazina y la sulfasalazina, antiinflamatorios. El siguiente escalón lo forman los corticoides normales (que tienen efectos secundarios como hipertensión, descalcificación de los huesos, cataratas, acné, etc.) y la budesonida (un corticoide con menos efectos secundarios). Siguen los inmunosupresores (azatioprina, mercaptopurina, metotrexato), que consiguen, en casos rebeldes, evitar el tratamiento continuado con corticoides. Son fármacos seguros y eficaces, pero deben tomarse con supervisión médica, ya que es necesario vigilar mediante análisis que no aparezcan efectos adversos. Finalmente, se emplean también algunos antibióticos (metronidazol, ciprofloxacino) en el tratamiento de la enfermedad perianal. Existen unos tratamientos nuevos, llamados biológicos (por ejemplo, infliximab), se administran vía intravenosa y se emplean para las enfermedades resistentes y para las fístulas que no cierran.

Los *objetivos* del tratamiento pueden ser diferentes. El más común es eliminar la actividad de la enfermedad (tratamiento de brote). Para ello, se usan la mesalazina y los corticoides. Si el paciente necesita continuamente corticoides, o tiene muchos brotes, se indica un inmunosupresor. Para casos refractarios o enfermedad fistulosa que no responde, se emplea el infliximab.

La *cirugía* se emplea en las complicaciones (perforación, obstrucciones), en algunos abscesos (que primero se tratan colocando un drenaje a través de la piel, lo que a veces es suficiente) y para la enfermedad que no se controla por tratamiento médico.

Después de conseguir el control de la actividad, en general es necesario (aunque no siempre) dar un tratamiento de mantenimiento, para lo cual se emplean la mesalazina, los inmunosupresores o el infliximab, y se deben evitar los corticoides.

Es importante asociar calcio y vitamina D en los tratamientos con corticoides, así como corregir la falta de hierro y vitaminas.

## SITUACIONES ESPECIALES

La probabilidad de tener un hijo con enfermedad de Crohn teniendo un progenitor enfermo es muy poco mayor que la de la población general. Es importante ponerse en contacto con el ginecólogo y el digestólogo habitual cuando se toma la decisión de tener hijos. Si durante la época de la concepción la enfermedad se encuentra inactiva, esto favorecerá que durante el embarazo no aparezca ningún brote. Si aparecieran, deben ser tratados adecuadamente con los fármacos permitidos durante el embarazo (a evitar especialmente el metotrexato). El parto puede ser vaginal, excepto en el caso de enfermedad perianal activa, en que se indica cesárea.

A. López San Román

Consulta de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Servicio de Gastroenterología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

