

LO QUE QUIERO SABER

CROHN Y COLITIS ULCEROSA

1° EDICION -2020-



EDITORIA

FABIANA MIELE

LO QUE QUIERO SABER.

CROHN Y COLITIS
ULCEROSA.





Prólogo

Dr. Miguel Angel Gassull

Me es muy grato escribir el prólogo de esta obra. Lo es, por que va dirigido a los que “viven” las enfermedades inflamatorias intestinales, los pacientes y también a los que “conviven” con ellas, sus familiares.

El complejo grupo de enfermedades agrupada bajo el denominativo “Enfermedad Inflamatoria Intestinal” (EII) ha entrado en la era de la “globalización”, dado que su incidencia y prevalencia aumentan en todas las áreas geográficas siguiendo el patrón que se inició en 1859 cuando Sir Walter Wilks describió la Colitis Ulcerosa y en 1932 cuando se describió la enfermedad de Crohn. Este aumento de incidencia y prevalencia sufrió en el mundo occidental una aceleración geométrica a partir de 1950, coincidiendo con los cambios socioeconómicos tras la segunda guerra mundial y está adquiriendo dimensiones preocupantes en los últimos años coincidiendo con otros eventos, en un caso afortunados, como es el aumento de longevidad, pero en otros preocupantes, como es el aumento de estas enfermedades en la infancia y adolescencia. En áreas geográficas con un crecimiento económico rápido, como ocurre en Asia, desde 1956, en que se describió el primer caso de Colitis.

Ulcerosa, la incidencia y prevalencia de estas enfermedades muestra un patrón de crecimiento similar al experimentado en los países occidentales.

Además, la no infrecuente asociación a la EII, a cualquier edad, de otras enfermedades crónicas de base inmune (Artritis Reumatoide, Enfermedad Celíaca, Psoriasis y otras) y la de enfermedades que se asocian a medida que avanza la edad (Hipertensión arterial, Cardiopatías, Diabetes tipo II, etc.) obligan a sumar a los tratamientos de la EII otros que, aunque necesarios, no son necesariamente compatibles.

Toda esta introducción intenta solo esbozar la complejidad en la que algunos de vosotros los pacientes, y de vosotros los familiares, podéis tener que “vivir” y “convivir”. El que os ponga de manifiesto esta complejidad, no pretende ser un mensaje negativo; todo lo contrario. Los pacientes con enfermedades crónicas sois personas con un buen nivel intelectual y por ello necesitáis estar perfectamente informados de lo que os acontece y de las razones por las que se os proponen exploraciones, y/o tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas.

En las enfermedades crónicas es esencial la relación fluida entre el médico responsable y el paciente. El médico os escucha, os observa, interpreta lo que os ocurre y os propone unas acciones determinadas ya sea por su parte o por parte del equipo multidisciplinar, que intenta trataros integralmente.

Esta relación es un concepto esencial. El círculo virtuoso “información-confianza” es la base en la que se personalizan los tratamientos en la EII y en todas las enfermedades crónicas. De hecho, llevamos muchos años personalizando vuestros tratamientos. Tanto la información como la confianza deben ser bidireccionales. La información fidedigna transmitida del paciente al médico es esencial para que esta sea procesada en relación a vuestra situación particular. Con ella se harán las propuestas terapéuticas concretas, junto a las razones por las que se os proponen, así como los pros y los contras de las mismas, si los hubiere. Este punto es de vital importancia dado que el cumplimiento del tratamiento está estrechamente ligado a que entendáis el porqué se toman las medidas terapéuticas (tratamientos por vía rectal por ejemplo).

El segundo elemento del “círculo virtuoso”, la confianza, está estrechamente ligado al anterior y es también bidireccional. Debéis confiar en el médico que os informa y el médico debe confiar en que seguís las prescripciones y que os adherís al tratamiento acordado. Esta última palabra, “acordado”, debéis tenerla muy clara, por que vosotros tenéis la última palabra aceptar el tratamiento, el compromiso de seguirlo y en reportar los resultados del mismo.

Entramos aquí en otro aspecto de importancia: el reporte de resultados terapéuticos. Hasta hace pocos años las evaluaciones de los tratamientos tenían como base unos parámetros que incluían fundamentalmente la mejoría o desaparición de los síntomas o los resultados de algunos análisis clínicos. Actualmente dentro de los parámetros de mejoría o remisión de la enfermedad se busca la desaparición de las lesiones y la mejoría puede intuirse por una serie de pruebas indirectas. Sin embargo, para la evaluación integral de la evolución de la enfermedad vuestra evaluación es absolutamente necesaria. En el diseño de los tratamientos y en su evaluación, tienen importancia desde la profesión, la situación familiar, las necesidades momentáneas, etc. Estos aspectos son así mismo relevantes a la hora de valorar, ajustar o cambiar, si es necesario, el tratamiento prescrito.

Personalmente, quisiera hacer énfasis en la enorme importancia que vuestra colaboración en el progreso del conocimiento de las causas y mecanismos de vuestras enfermedades y de los nuevos enfoques terapéuticos de las mismas, tanto para las formas leves como para las formas más graves. El apoyo a estudios terapéuticos, ya sea con nuevos fármacos o combinaciones de los ya establecidos, en busca de la mayor eficiencia y el menos número de efectos secundarios, es fundamental para vuestro futuro. También lo son las investigaciones de las causas de las EII, para que sean diagnosticadas más precozmente, ya que una vez tratadas en fases más iniciales, se puedan prevenir lesiones graves, así como puedan detectarse grupos de riesgo. Todo ello es esencial tanto para vosotros como para los que puedan, en el futuro, padecer estas enfermedades. Este libro, que tengo el honor de prologar, pretende informaros de todos estos aspectos y estoy seguro que lo conseguirá. Con estas líneas solo quiero dar apoyo a la editora del mismo Fabiana Miele por la brillante idea de diseñarlo y de contar con la colaboración de los autores, todos ellos grandes expertos en el tratamiento de la EII y con un bagaje científico internacionalmente reconocido. La información que contiene os pondrá al día y confirmará los comentarios de este prólogo.

Barcelona. Prof. Miquel Ángel Gassull M.D., Ph.D.

DR. MIGUEL ANGEL GASSULL
M.D., Ph. D.
Innovation & International Project's Coordinator
Health Sciences Research Institute
Germans Trias i Pujol Foundation, Badalona, Spain
Fundador de GETECCU

Prólogo

Dr. Fernando Gomollón

Sin duda el libro es el mejor invento de la humanidad. En nuestra más reciente edición del texto sobre enfermedad inflamatoria de GETECCU empezamos citando al maestro Borges, cuando subraya, con su verbo inigualable, que el libro “es una extensión de la memoria y la imaginación”. Si observamos las publicaciones sobre enfermedad inflamatoria intestinal a lo largo del tiempo, veremos que se han ido centrando en las manifestaciones clínicas, los hallazgos radiológicos, la endoscopia, o los tratamientos. Con mayor o menor detalle se profundiza en los detalles más técnicos. En 1997 Eugenia Zukerman y Julie R. Ingelfinger (hermanas, paciente y médico respectivamente), inauguraron un nuevo modelo de libro (en el campo de las enfermedades inflamatorias) en el que paciente y médico compartían su experiencia sobre los efectos de los corticoides, un libro todavía no superado.

En los últimos años han aparecido varios libros subjetivos, contando la enfermedad desde la propia experiencia subjetiva del paciente. Cada uno de ellos aporta muchas cosas, pero es obviamente reduccionista y difícilmente extrapolable a todos los pacientes, aunque no es infrecuente que nos hagan llorar de emoción o sean muy inspiradores.

En este libro se escoge otra aproximación. FUNDECCU tiene una vocación fundamental: la ayuda, como se expresa en su propio nombre. Las enfermedades crónicas alteran toda la vida de una persona y de las personas de su alrededor, de sus seres queridos, sus amigos, sus colegas de trabajo. Y no todo puede arreglar con un fármaco o una radiografía. Y un fármaco o una radiografía cumplen mejor su función si se comprende el cómo y el porqué. Con este libro, FUNDECCU pone a disposición de los pacientes, de sus familiares, de sus allegados, de sus médicos, de sus enfermeras y de todos, un conjunto de informaciones que pueden ser muy útiles a la hora de afrontar ese largo viaje que es la enfermedad inflamatoria intestinal. Puede leerse de principio a fin, pero también puede leerse en desorden, o en fragmentos, cuando tengamos suficientes fuerza y concentración para hacerlo.

Un nuevo libro es, casi siempre, una buena noticia. Argentina es un paraíso para los amantes de los libros, es la cuna de grandes escritores. Ayer mismo falleció Joaquín Salvador Lavado, Quino, cuya obra imperecedera impregna la cultura de todo el mundo, pero muy especialmente de Argentina y España. Quino decía que a menudo se sentía medio español. Me enorgullece decir que a menudo me siento medio argentino, como ahora mismo.

Zaragoza, España.



PALABRAS DE BIENVENIDA



Este libro permite sellar 20 años de dedicación, constancia y amor en la tarea de ayudar a las personas con Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa de Argentina y sus familias.

Resulta oportuno recordar y reconocer, que la inspiración de este proyecto fue España. Allá por 1999, ellos deslumbraban con su gran desarrollo en esta enfermedad a través de su Grupo GETECCU.

Pasaron unos años hasta que algunos de ellos supieron que por estos lares, en Patagonia Argentina, allí por fin del mundo, había personas admirando su trabajo e intentando iniciar una historia guiado por ellos.

Los médicos españoles, lejos de ser inalcanzables, fueron humildes y generosos, mostrando toda su grandeza al brindar su incondicional apoyo, consejos y dándonos cuanto sabían para que Fundeccu crezca. Por ello hoy nos honran siendo parte de este libro.

Perseguir una convicción sin dudar ni confundirse, ha sido nuestro mayor valor y la esencia de este trabajo.

Llevar adelante las acciones día a día fusionados pacientes, familiares, comunidad y profesionales de salud ha sido y es nuestra mayor fortaleza, permitiéndonos aprender unos de otros, compartir, redirigir objetivos y llegar a cada meta propuesta en forma sólida y en menor tiempo. No apartarnos de la verdadera misión es lo que nos permitió superar cada obstáculo y reponernos de cada caída.

La unión y respeto de todos aquellos que conformamos Fundeccu es lo que hizo posible el crecimiento en el tiempo. Somos conscientes de la responsabilidad que implica dedicarse a esta tarea y por eso, lo hacemos con total entrega, independencia y seriedad.

Este libro tiene información elegida cuidadosamente para colaborar en la educación de las personas con Enfermedad Intestinal Inflamatoria y reúne prestigiosos profesionales. Los mismos no han sido elegidos al azar, sino que cada uno tiene un lugar especial en nuestra Fundación desde lo humano, por haber apoyado todos estos años nuestra labor, aportado conocimientos, sugerencias o consejos. Cada uno de los capítulos reúne gente querida y respetada por nosotros.

Esperamos no solo informar, sino también despertar en cada uno de los lectores la importancia de convertirse en pacientes activos, proactivos y solidarios. Que puedan motivarse para fomentar el autocuidado de esta enfermedad crónica y sean hacedores de todo tipo de acciones sin estar esperando que el resto lo haga.

Deseamos que aprendan, se inspiren y se entusiasmen para intentar generar cambios en la pequeña parte del mundo que los rodea. Si entendemos que juntos somos todo y que la individualidad solo conduce al fracaso podremos dar el primer paso.

Amigos, los invitamos a disfrutar de esta obra realizada con enorme motivación y amor.

Fabiana Miele

AGRADECIMIENTOS.



*Dedico este libro al éxito de mi vida: mi familia,
Jorge, Julieta y Lucas.*

Sin su amor y acompañamiento, Fundeccu no hubiera sido una realidad y seguiría siendo un sueño, una idea atrapada en el deseo de una persona más como tantas otras. Lo que hizo posible este resultado fue contar con seres amados que me permitieron crecer sin egoísmo, que se hicieron parte de la dirección de este proyecto y que caminaron a mi lado con generosidad por el bien de muchas personas.

Agradezco el tiempo, cariño y fuerza que me otorgan para hacer de cada día una maravillosa aventura y por no dejarme caer ante las adversidades, impidiendo que olvide lo que realmente importa en la vida.

Al Dr. Fernando Gomollón mi agradecimiento por cooperar en la corrección de este libro y darme siempre una mirada amplia de la ciencia y de la vida, con su agudo, pragmático y preciso análisis en temas que involucran al ser humano.

Al Dr. Roque Saenz Fuenzalida, por ser un apoyo emocional y enseñarme que debemos mirar un poco más allá siempre y no detener nuestra atención en situaciones que no suman.

Al Dr. Miguel Angel Gassull, por darnos el honor de prologar este libro y por sus sabios consejos a lo largo de estos años.

A los pacientes y familiares de esta fundación: infinitas gracias por creer en mi persona, por jamás darse por vencidos, por su lucha en difundir, co-construir y hacer crecer esta organización con honestidad, altruismo y bondad. Gracias por haberme permitido aprender tanto y cada día de ustedes.

Toda mi admiración.

Fabiana Miele

HOMENAJE AL DR RENE FAVALORO

12/07/1923 - 29/07/2000



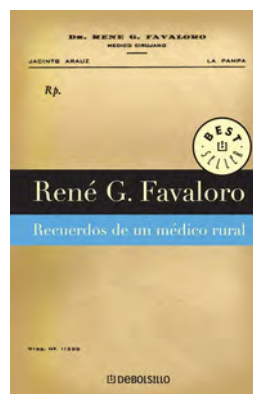
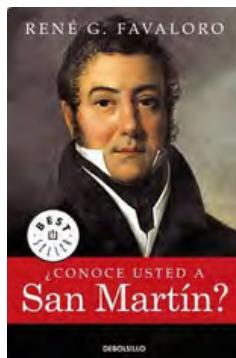
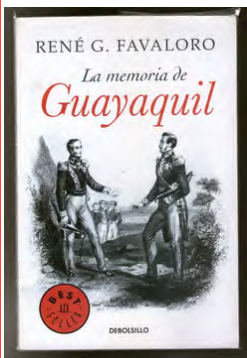
Admiro al Dr. René Favaloro desde mi niñez, desde los doce años, en donde supe que quería ser médica, inspirada por él. A los veintitrés tenía mi título y había decidido que tipo de medicina quería ejercer.

La medicina social es, para mí un modo de vivir, que aún en estos tiempos complejos parece utópico, pero es posible. Cada proyecto y actividad de esta Fundación tiene presente a René Favaloro, en cada paso que damos le rendimos un homenaje.

A todos los lectores extranjeros que hoy están frente a este libro, les recomiendo que no se pierdan la oportunidad de descubrir a este maravilloso médico argentino, porque vale la pena conocer a un ser extraordinario, de esos que no abundan en esta sociedad con valores tan corrompidos y alterados, esos mismos que lo hicieron descreer de la vida. No solamente dejó un legado abundante en cirugía cardiovascular, sino que su mayor trascendencia está en su ejemplo de llevar el valor de la mejor virtud que un profesional de la salud debe practicar: la humildad. En tiempos en donde la soberbia en medicina está en su máximo esplendor, en donde el éxito se mide por los bienes materiales expuestos como trofeos frente a la sociedad, en donde el buen médico se mide principalmente por sus competencias técnicas y no tanto humanas, él está ahí siempre presente en Fundeccu para recordarnos que para ser buen médico debemos ser antes buenas personas.

Los invito a conocer su historia, a buscar sus tan preciados libros y a conocer sus frases, esas que siempre están en nuestro equipo.

"No concibo un universitario sin compromiso social. Cuanto más destacada sea nuestra posición individual más grande será nuestro compromiso social. Ha llegado la hora de trabajar con humildad y modestia verdaderas. Hay que aprender a no marearse con las alturas de la montaña. En la montaña de la vida nunca se alcanza la cumbre."



"En cada acto médico debe estar presente el respeto por el paciente y los conceptos éticos y morales, entonces la ciencia y la conciencia estarán siempre del mismo lado, del lado de la humanidad."

El decálogo del BUEN MEDICO:

1. La **historia clínica** está por encima de cualquier avance tecnológico.
2. Todos los paciente son **iguales**.
3. El trabajo es en **equipo**.
4. Máximo respeto al **médico de cabecera**.
5. Cobrar honorarios **modestos**.
6. Hacer **docencia e investigación**.
7. **Prevenir**, estimular la vida sana.
8. No perder el **humanismo**.
9. Abogar por la **paz**.
10. El **optimismo** tiene efectos biológicos.



"La medicina sin humanismo no merece ser ejercida."

"A mi me ha derrotado esta sociedad corrupta que todo lo controla... sociedad del privilegio, donde unos pocos gozan hasta el hartazgo, mientras la mayoría vive en la miseria y desesperación."

HOMENAJE AL DR LEON PECCASSE



Cuando Fundeccu era sólo una ilusión tejiéndose en mi mente, el Dr. León Pecasse marcó la diferencia respecto de la mayoría de los médicos que me rodeaban en mi tierra.

Algunos no llegaban a comprender realmente de que se trataba esta propuesta que hoy es Fundeccu, pero igual se sumaron apoyando por el solo hecho de creer en mí. Otros, al no entender decidieron no apostar a lo incierto. Y algunos no se sumaron porque no era conveniente. Pero fueron muchos también, los que dijeron que no era posible.

En ese escenario apareció el Dr. León dando siempre la palabra justa, aportando su visión tan única como sólo puede hacerlo quién se nutrió de la experiencia de la vida con sabiduría, aportando fuerza, ayuda y optimismo. Si tuviera que definir la sensación que me transmitió él, diría que bondad es la palabra. Con generosidad, calidez y extremo respeto respondió a cada mail, a cada consulta y se preocupó por nosotros aún a la distancia por varios años. Jamás dudó de que se podía y que esto era necesario.

Su lugar era único en el mundo de las Enfermedades Inflamatorias Intestinales, era médico dedicado a enfermedades digestivas y además afectado por la Enfermedad de Crohn. Su libro "Tengo Enfermedad de Crohn: Y ahora qué hago?" llegó a mis manos años antes de contactar con él.

Médicos como él han aportado la esperanza que otros restaban y permitieron que sigamos reafirmando que íbamos por el sendero correcto.

Nunca yo sabré si él realmente llegó a tener dimensión de la importancia que tuvo en nuestra Fundación. Es por eso mismo, que esta página intenta inmortalizar el paso de una gran persona que sin saberlo tocó el alma de muchas otras y colaboró en dejar en este continente un lugar mejor y ayuda para las personas con Enfermedad Intestinal Inflamatoria, tal como lo inicio en España.

El Dr León está cada día en el corazón de Fundeccu.

Gracias.

INDICE DE COLABORADORES

Por orden alfabético.

AVILA, SILVIA

- Médica Genetista. Jefa de Servicio de Genética del Hospital Provincial Castro Rendón. Neuquén, Argentina.

BAUTISTA, SOCRATES

- Médico Gastroenterólogo. Director Radioclinic. Presidente de FUNDEII. República Dominicana.

BIANCUCCI, SOLEDAD

- Médica Clínica. Hospital Plottier. Integrante del Equipo Interdisciplinario EII Fundeccu Argentina. Neuquén, Argentina.

CABRE, EDUARD

- Médico Adjunto Unidad de Gastroenterología/EII Servicio de Aparato Digestivo
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol - Badalona, Catalunya, España.

CALANI, LILIANA

- Médica Infectóloga - Servicio de Infectología Hospital "Castro Rendón" - Integrante del Equipo Interdisciplinario EII Fundeccu Argentina. Neuquén, Argentina.

COLLIA AVILA, KARINA

- Médica Gastroenteróloga. Servicio de Gastroenterología, Hospital Posadas, Gastroenteróloga y Endoscopista Centro Médico Privado, Ramos Mejía.. Buenos Aires, Argentina.

CONLON, CAROLINA

- Médica Gastroenteróloga - Integrante grupo interdisciplinario de EII, Hospital Posadas. Buenos Aires, Argentina.

CONTINI, JORGELINA

- Odontóloga. Jefa de Servicio de Odontología Hospital Horario Heller.
Integrante del Equipo Interdisciplinario EII Fundeccu Argentina. Neuquén, Argentina

CONTRERAS, MONICA

- Médica Gastroenteróloga. Jefa del Servicio de Clínica Médica y Coordinadora de la Clínica Interdisciplinaria de EII, Hospital Garrahan. Buenos Aires, Argentina.

COSTAGUTA, ALEJANDRO

- Médico Pediatra Gastroenterólogo. Sanatorio de Niños de Rosario Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal- Hospital Provincial Centenario. Rosario- Santa Fé, Argentina.

DAHER, CRISTIAN

- Médico Especialista Universitario en Diagnóstico por Imágenes. Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Clínica Pasteur. Neuquén, Argentina.

DIAZ, GRACIELA

- Médica Hematóloga - Jefa de Servicio de Hematología del Hospital Castro Rendón. Neuquén, Argentina.

DIAZ, LUIS

- Cirujano Coloproctólogo. Clínica Cmic. Integrante Equipo Interdisciplinario EII Fundeccu Argentina. Neuquén, Argentina.

DIEZ, GUILLERMINA

- Médica Gastroenteróloga. Clínica Pasteur. Integrante Equipo Interdisciplinario EII Fundeccu Argentina. Neuquén, Argentina.

DOMENECH, EUGENI

- Jefe del Servicio de Aparato Digestivo. Unidad de Gastroenterología/EII. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol Badalona, Catalunya, España

GALVEZ, MARIA VICTORIA

- Médica Infectóloga -Servicio de Infectología Hospital "Castro Rendón" - Neuquén, Argentina.

GOMOLLON, FERNANDO

- Médico Gastroenterólogo - Profesor Titular de Medicina. Jefe de Sección de Gastroenterología - Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" IIS Aragón, CIBERehd - Zaragoza, España.

GONZALEZ-LAMA, YAGO

- Médico Gastroenterólogo. Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España

GONZALEZ PARTIDA, IRENE

- Médica Gastroenteróloga . Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España

GONZALEZ-CRUZ, IRANZO

- Médica Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Hospital de Manises. Valencia. España

HINOJOSA DEL VAL, JOAQUIN

- Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Hospital de Manises. Valencia. España.

MAC DONNELL, MARIA CELINA

- Médica Especialista en Anatomía Patológica y Citología. Jefe de Servicio de Anatomía Patológica Hospital Castro Rendón. Integrante del Equipo Interdisciplinario EII-Fundeccu Argentina. Neuquén, Argentina.

MAÑOSA, MIRIAM

- Médica Adjunto. Unidad de Gastroenterología/EII, Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Catalunya, España.

MARIASH, PAULA GABRIELA

- Médica Especialista en Medicina Interna y Dermatología. Directora de Clínica de la Piel. Neuquén, Argentina.

MATALLANA ROYO, VIRGINIA

- Unidad de Enfermedad Intestinal Intestinal-Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España

MEICHTRY, EDUARDO

- Médico Especialista en Diagnóstico por Imágenes, Servicio de Diagnóstico por Imágenes de Clínica Pasteur. Neuquén, Argentina.

MIELE, FABIANA

Médica Gastroenteróloga. Facilitadora Ontológica Profesional - Clínica Pasteur. Coordinadora del Equipo Interdisciplinario EII Fundeccu Argentina. Presidente y Fundadora Fundeccu Argentina. Neuquén, Argentina.

MONTERO, JOAQUIN

- Médico Gastroenterólogo - Integrante grupo interdisciplinario de EII del Hospital Provincial del Centenario de Rosario. Rosario, Argentina.

MORENO, MARIA LAURA

- Médica Gastroenteróloga - Unidad de Intestino Delgado Hospital Bonorino Udaondo. Buenos Aires, Argentina

NASTASI, VCTORIA

-Licenciada en Nutrición.Instructora de Residencia de Nutrición en Salud Pública y Comunitaria, Hospital "Prof. Dr. Luis Güemes". Buenos Aires, Argentina.

NINNO, JORGE

- Médico Clínico. Jefe de Docencia e Investigación. Hospital Castro Rendón, Neuquén. Docente de la Universidad Nacional del Comahue. Integrante Equipo EII Fundeccu Argentina. Neuquén, Argentina.

NOVILLO, ABEL

-Médico Gastroenterólogo - Director Sanatorio 9 de Julio. Tucumán, Argentina.

OMODEO, JAVIER

- Médico Gastroenterólogo. Jefe del Servicio de Gastroenterología Sanatorio 9 de Julio. Tucumán, Argentina.

OMODEO, MARIANA

- Médica Gastroenteróloga. Integrante Unidad EII - Sanatorio 9 de Julio. Tucumán, Argentina.

PAGG, ANABELLA

- Licenciada en Nutrición. Residente de Nutrición en Salud Pública y Comunitaria, Hospital "Prof. Dr. Luis Güemes", Buenos Aires, Argentina.

QUINTANA, SILVINA

- Médica Especialista en Diagnóstico por Imágenes. Servicio de Alta complejidad de Clínica de Imágenes Leben Salud. Integrante Equipo interdisciplinario EII Fundeccu Argentina. Neuquén, Argentina.

RAÑA, PABLO

- Médico Especialista en Hematología y Medicina Transfusional. Director Médico Clínica Roberto Raña. Jefe de Hematología, Subjefe de Unidad de Trasplante Clínica Conciencia. Neuquén, Argentina.

SAENZ FUENZALIDA, ROQUE

- Médico Gastroenterólogo-Profesor de Medicina. Facultad de Medicina Clínica Alemana. de Santiago Universidad del desarrollo. Consultor Clínica Alemana . Santiago, Chile.

SALVATORI, LILEN

- Médica Clínica- Hospital Horario Heller. Integrante Equipo interdisciplinario EII Fundeccu Argentina. Neuquén, Argentina.

SMECUOL, EDGARDO

- Médico Gastroenterólogo-Unidad de Intestino Delgado, Hospital Bonorino Udaondo. Investigador de la Carrera Investigación en Salud. Buenos Aires, Argentina.

SWARTZ, FLAVIO

- Master of the American College of Gastroenterology. Presidente emérito de la ABCD-Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn. Sao Pablo, Brasil.

TENCA, JULIO

- Médico Gastroenterólogo. Instituto Cenasa. Salta, Argentina.

VARSKY, CARLOS

-Médico Gastroenterólogo. Ex Jefe de Departamento de Diagnóstico y Tratamiento, Hospital Posadas. Director de Gastroenterología y Endoscopia Centro Médico Privado, Ramos Mejía. Buenos Aires, Argentina.

CAPITULO 1

Qué es y cómo se produce la EII.



El aparato digestivo.

DRA. FABIANA MIELE

Médica Gastroenteróloga
Clínica Pasteur
Presidente y Coordinadora de Equipo.
Interdisciplinario EII Fundeccu Argentina
Neuquén, Argentina.

El Aparato Digestivo es una Unidad Funcional que comienza en la boca y finaliza en el ano.

Se entiende por Unidad Funcional a un conjunto de órganos que de manera conjunta participan, cada uno de manera distinta y con sus propias características, para ejercer un fin común, en este caso la digestión. Una unidad funcional es un "equipo".

El Sistema Digestivo anatómicamente tiene forma tubular y podemos distinguir las partes:

- BOCA
- ESOFAGO
- ESTOMAGO
- INTESTINO DELGADO
- INTESTINO GRUESO o COLON

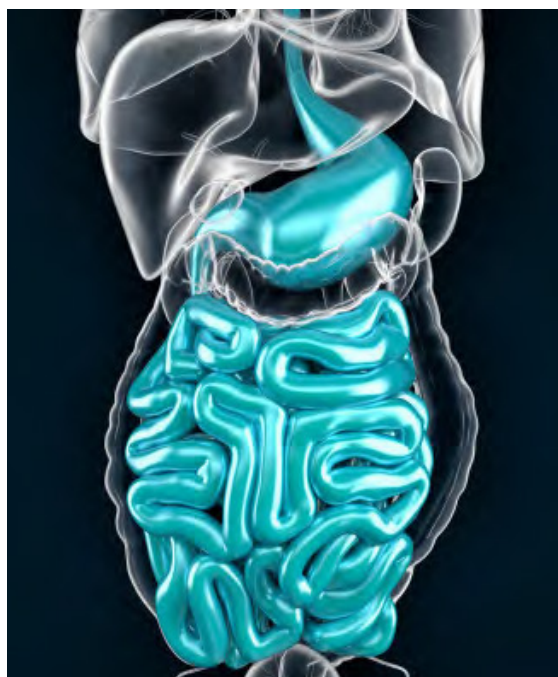
Además, lo complementan glándulas como el Sistema Hepatobiliar (hígado y vesícula) y el páncreas.

Para simplificar la comprensión del funcionamiento de esta compleja, perfecta e interesante parte del cuerpo humano, comentaremos de manera sencilla el aspecto más destacado de cada órgano.

BOCA: La función más importante de la boca es preparar el alimento que ingerimos a través de la masticación, allí se mezcla con la saliva y se produce la formación del bolo alimenticio.

ESÓFAGO: Es un tubo que transcurre por el tórax y se une con el estómago unos centímetros por debajo del diafragma. El diafragma es un músculo que se ubica horizontalmente y separa el Tórax (pecho) del Abdomen (panza). La función más importante del esófago es transportar el alimento desde la boca hacia el estómago.

ESTOMAGO: Podemos decir que el estómago es la trituradora o licuadora de los alimentos, carece de posibilidad de absorber. Fragmenta los alimentos y los pone en condiciones para que lleguen al intestino delgado y puedan absorberse. Es un órgano importante en la absorción de la Vitamina B12, la cual no se absorbe allí, pero el estómago crea las condiciones para que ella pueda ser incorporada en las partes finales del Intestino Delgado, llamado Íleon Terminal.



EL APARATO DIGESTIVO TIENE LA CAPACIDAD DE ASUMIR FUNCIONES QUE NO LE SON ESPECÍFICAMENTE PROPIAS CUANDO OTROS TRAMOS ESTÁN ENFERMOS O AUSENTES POR CONSECUENCIA DE UNA CIRUGÍA, MECANISMO LLAMADO COMPENSACIÓN.

INTESTINO DELGADO: Este órgano es gráficamente una gran toalla que absorbe las sustancias finales de los alimentos que son: AZUCARES, GRASAS y PROTEÍNAS.

El Intestino Delgado se puede dividir en los siguientes sectores:

DUODENO - YEYUNO - YEYUNO ÍLEON - ÍLEON.

El **Duodeno** es la primera parte del tubo digestivo, tiene forma parecida a la letra "C" y allí mismo el páncreas libera el jugo pancreático que tiene muchas sustancias que hacen que los nutrientes como azúcares y proteínas queden en perfectas condiciones y listas para ser absorbidas.

También allí se libera bilis que forma el hígado y se almacena en la vesícula biliar y cumple una función importante en la absorción de las grasas.

Hay grasas importantes que necesitan de la bilis para absorberse, como las vitaminas grasosas (llamada Vitaminas Liposolubles) como son las Vitaminas A - D - E - K.

El duodeno es un lugar importante en donde se absorbe casi todo el hierro, calcio y magnesio.

El **Yeyuno** es el lugar en donde ocurre casi la totalidad de la incorporación de los nutrientes.

El **Yeyuno íleon** en la región entre yeyuno e íleon y básicamente sigue con su gran capacidad de absorción.

El **Íleon** es la parte final de intestino delgado y se distingue porque allí se absorbe gran parte de la Vitamina B12.

INTESTINO GRUESO o COLON: El Intestino Grueso recibe el contenido que ya pasó por el intestino delgado y sufrió la absorción de prácticamente todo lo que necesita. Lo que no es necesario debe ser eliminado. Pero resulta ser, que el contenido que el intestino delgado le provee, es sumamente líquido y es entonces la función más importante del intestino grueso consiste en sacarle el agua y algunos minerales para que tome una consistencia más sólida.

El Intestino Grueso se divide en las siguientes partes, comenzando por el final del íleon son:

- CIEGO
- COLON ASCENDENTE
- ANGULO HEPÁTICO

(parte del donde el colon dobla y esta anatómicamente en contacto con el hígado)

- COLON TRANSVERSO
- ANGULO ESPLÉNICO

(parte donde el colon dobla y se relaciona con el bazo)

- COLON DESCENDENTE
- COLON SIGMOIDES
- RECTO
- ANO



**CONOCER
LAS PARTES DEL COLON
NOS PERMITIRA INTERPRETAR LA EXTENSION DE
NUESTRA EII Y ENTENDER LAS COLONOSCOPIAS QUE
NOS REALIZAN.**

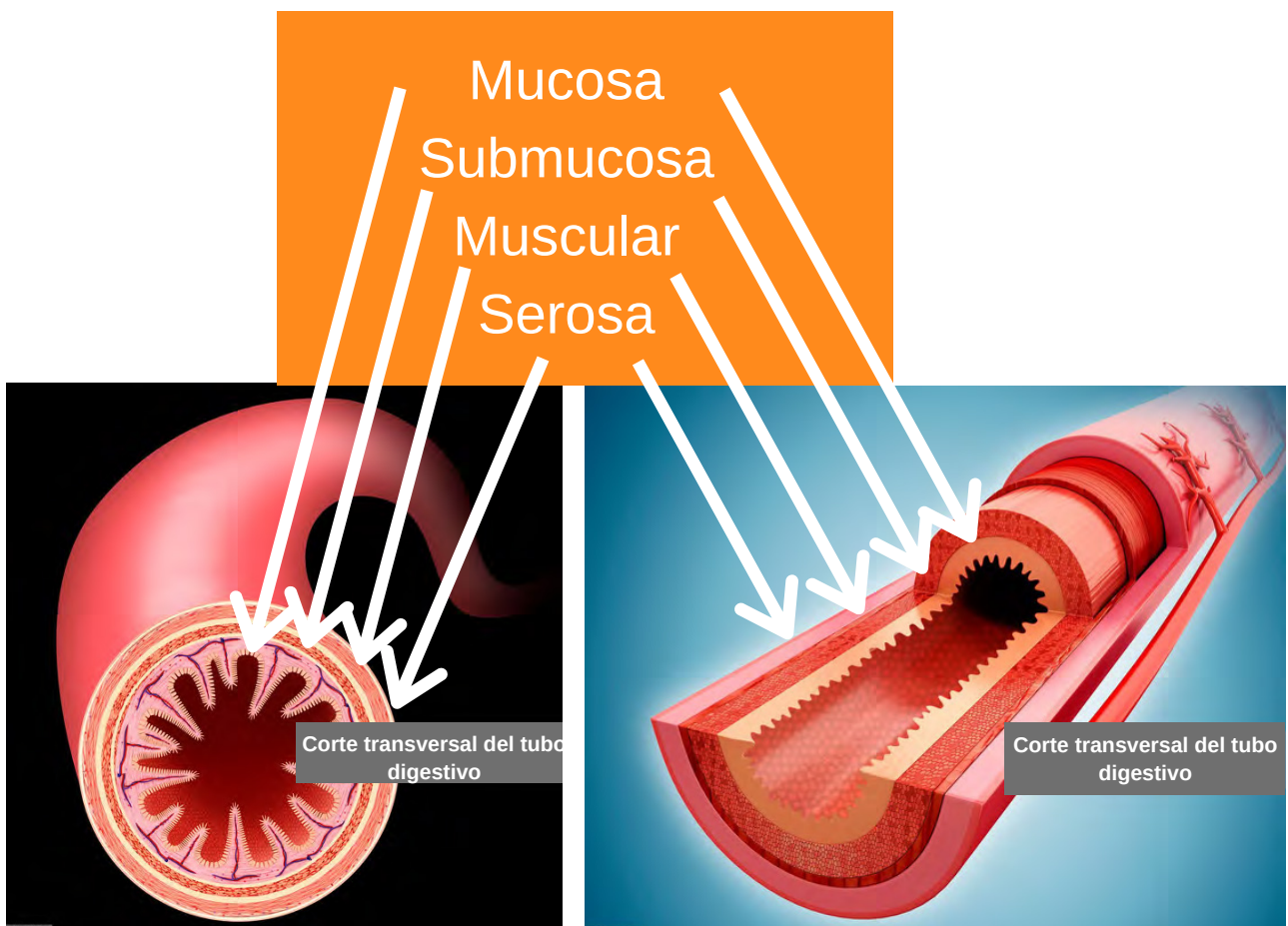
Si efectuamos un corte transversal del Aparato Digestivo como lo haríamos con un tubo del cuerpo del calamar y lo analizáramos de adentro hacia afuera, observaríamos las siguientes capas:

MUCOSA: La más interna de las capas. Su nombre no significa que tenga relación con mucosidad, simplemente es una especie de piel que lo recubre por dentro y es la parte que se puede observar con las endoscopias.

SUBMUCOSA: Está formada por un tejido laxo, que contiene gran cantidad de vasos sanguíneos muy pequeños y células del sistema inmunológico, nuestro sistema de defensa, que son los glóbulos blancos.

MUSCULAR: El aparato digestivo ejerce gran parte de sus funciones a través de los movimientos. Es por ello que presenta varias capas de musculo voluptuosa y desarrollada.

SEROSA: Es una fina, pero resistente membrana de protección y fijación de órganos.



Un paciente educado en su dolencia puede hacer uso del autocuidado responsable de su enfermedad y utilizará correctamente su derecho a la toma de decisiones compartidas junto al equipo médico que lo atiende. Conocer el aparato digestivo es el inicio de una cantidad enorme de conocimientos que este libro pretende transmitir.

Este órgano maravilloso es una orquesta conformada por muchos músicos, lo más asombroso que posee es su enorme complejidad, que lo hace único y desafiante. La ciencia está ocupándose de él de manera fervorosa, porque lo que entre esas capas ocurre es fascinante y un compromiso que tiene la medicina tiene en intentar corregir los mecanismos agresivos que llevan a las lesiones.

Definición y Epidemiología.

DRA. FABIANA MIELE

Médica Gastroenteróloga
Clínica Pasteur
Presidente y Coordinadora de Equipo.
Interdisciplinario EII Fundeccu Argentina
Neuquén, Argentina

La Enfermedad Intestinal Inflamatoria es una entidad de origen autoinmune, como la Artritis Reumatoidea o la Psoriasis, que afecta el aparato digestivo.

Incluye a la Colitis Ulcerosa y a la Enfermedad de Crohn como entidades mayores.

Es una enfermedad crónica y que no tiene cura por el momento, aunque se puede controlar y en algunos casos torcer su historia natural, mediante tratamientos actuales. Genera un impacto social, sexual, laboral, educativo y emocional muy elevado y por ser autoinmune no solamente afecta en forma selectiva al tracto digestivo, sino que se comporta de manera más sistémica llegando a comprometer otras partes de cuerpo como la piel, articulaciones, ojos, hígado entre otras. En próximos capítulos se detallan y amplían estos conceptos.

A menudo leemos distintos acrónimos para denominar a la Enfermedad Intestinal Inflamatoria que depende del país en donde sea mencionada, y lo detallamos a continuación:

EII: Enfermedad Intestinal Inflamatoria - Español.

IBD: Inflammatory Bowel Disease - Inglés.

DII: Doença Inflamatoria Intestinal - Portugués.

MICI: Malattia Infiammatoria Intestinale - Italiano.

MICI: Maladie Intestinale Inflammatoire - Francés.

La EII se puede manifestar a cualquier edad, pero tiene predilección por dos grupos etarios:

- 14 a 35 años - 50 años

La EII está aumentando en el mundo, probablemente por mecanismos múltiples, como serán tratados por el Dr Fernando Gomollón en apartado posterior. Las áreas de mayor presentación están ubicadas en el hemisferio norte. Europa occidental, Canadá, EEUU, a excepción de Australia que es un país de hemisferio sur con alta incidencia en EII.



Argentina:

Argentina no tiene datos estadísticos precisos y en algunas oportunidades se publican cifras de algunos centros de referencia y se extrapolan a todo nuestro país, lo cual no es representativo de una Argentina geográficamente tan extensa.

Fundeccu Argentina utiliza desde el año 2015 una base de datos llamada **FUNDATHA**, la cual puede ser utilizada por cualquier médico que desee utilizarla. De este modo podemos establecer todo tipo de extracción de datos en tiempo real. Así llevamos estadística de incidencia y prevalencia de la región norpatagónica Argentina.

COMO EVOLUCIONA LA EII

Etapas de Actividad, llamadas BROTOS y etapas de calma llamadas REMISION. Los estados de brote no siempre pueden prevenirse y el objetivo de los médicos en mantener la remisión el mayor tiempo posible, acercando calidad de vida a las personas.

Bases Genéticas de la EII.

DRA. SILVIA AVILA

Médica Genetista
Jefa de Servicio del Hospital
Castro Rendón.
Neuquén, Argentina.

Introducción.

Los genes son unidades de información para el desarrollo de un individuo. Esa información es la “receta” para la formación de los órganos y sistemas de nuestro cuerpo y también para su funcionamiento a lo largo de toda la vida. Heredamos esos genes de nuestra madre y de nuestro padre. Pero nosotros no somos el mero resultado de una nueva combinación de genes sino más bien de la interacción de esa información con el medio ambiente. De ello va a resultar que presentemos determinados rasgos físicos o determinadas enfermedades como la hipertensión arterial, la diabetes o la enfermedad inflamatoria intestinal. De esta diferente combinación de genes y factores ambientales resultaría la edad de aparición de la enfermedad, la gravedad, la respuesta al tratamiento y la progresión. Por eso la importancia de conocer esos genes y esos factores ambientales ya que permitiría con diferente tipo de impacto según la enfermedad de la cual se trate, realizar actividades de prevención sobre el medio ambiente y descubrir nuevos blancos terapéuticos a partir del conocimiento de los genes. El modelo más aceptado es el de la herencia multifactorial, que es aquel que resulta de la interacción de factores genéticos y ambientales que condicionan la expresión de esos factores genéticos.

Figura 1.

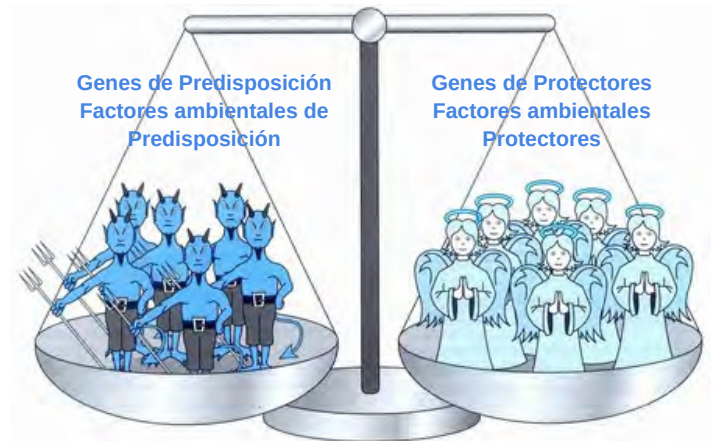


Figura 1

Sobre los genes.

Los seres vivos tenemos un programa de desarrollo y funcionamiento. Pero esa información no debe interpretarse como un determinismo genético. Existe una gran variedad de factores que van a regular la expresión de esa información: esos factores pueden amplificarla o silenciarla. Y ahí es donde está la posibilidad de poder realizar actividades de prevención: no podemos modificar la información genética, pero sí podemos trabajar para lograr condiciones ambientales que bajen la probabilidad de la manifestación de rasgos desfavorables.



El modelo de la herencia multifactorial es la teoría mas aceptada en la producción de la Enfermedad Intestinal Inflamatoria.



En el año 2001 fueron publicados por primera vez los resultados del proyecto del genoma humano y desde allí gran cantidad de genes fueron vinculados con la enfermedad inflamatoria intestinal, de los cuales algunos son comunes para la Enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa; esto habla de aspectos comunes en la génesis de ambas.

La enfermedad inflamatoria intestinal involucra una pérdida del equilibrio de la función intestinal inmunológica frente a la flora bacteriana y otros agentes de la luz intestinal, pero todo parece indicar que las órdenes a estas respuestas alteradas la emiten los genes.

Ese conjunto de información genética determina la susceptibilidad que va a tener la persona para padecer de una enfermedad inflamatoria intestinal. Cuanto más exacta sea esa información genética, más protegido estará esa persona para mantener ese equilibrio, pero si esa información genética presenta errores, el individuo presenta susceptibilidad a padecerla.

Modelo multifactorial y riesgo de Enfermedad Intestinal Inflamatoria en las familias.

Desde hace muchos años se reconoce la existencia de predisposición genética para el desarrollo de la enfermedad inflamatoria intestinal. Conocemos familias en las cuales hay más de un individuo afectado, familias en las cuales hay afección de madre-hijo o padre-hijo, pero también conocemos familias en las cuales hay un único afectado. Cuantos más individuos afectados se reconocen, mayor es la predisposición genética de la familia.

Las combinaciones de genes y la exposición a factores ambientales puede variar aún dentro de la misma familia. Por eso la presentación clínica, incluyendo la edad de inicio, es variable. La tasa de concordancia en gemelos para la aparición de colitis ulcerosa es de 10 a 15% y de 30 a 35% para la enfermedad de Crohn. Dado que los gemelos monocigóticos tienen la misma información genética, se deduce que la predisposición genética es más importante para la enfermedad de Crohn que para la colitis ulcerosa y en esta última es mayor la influencia ambiental (cuando más se acerca la concordancia al 100% es mayor la importancia de la susceptibilidad genética).



Figura 2: Genes de Suceptibilidad para desarrollar EII.

Se describieron etnias, como la judía, en la cual el riesgo de aparición de enfermedad inflamatoria intestinal es mayor que en la población no judía.

No se dispone al momento actual de estudios genéticos que permitan cuantificar de modo fehaciente el riesgo de desarrollar enfermedad inflamatoria intestinal. Sin embargo son muchos los grupos a nivel internacional que tratan de identificarlos para poder dar esta información a las familias a la vez que presentan nuevos blancos para el desarrollo de medicamentos para el tratamiento y herramientas de protección.

La frecuencia de la enfermedad inflamatoria intestinal ha aumentado en los últimos años, lo cual podría representar un cambio en las condiciones ambientales que resultan favorecedoras para su aparición. Entre los factores ambientales desencadenantes se reconoce el tabaquismo (favorecedor del Crohn y protector de la colitis ulcerosa), la "occidentalización" de la población (nutrición, refrigeración de alimentos, falta de actividad física, modo de vida).



Los seres vivos tenemos un programa de desarrollo y funcionamiento de un organismo. Pero esa información no debe interpretarse como un determinismo genético. Existe una gran variedad de factores que van a regular la expresión de esa información: esos factores pueden amplificarla o silenciarla. Y ahí es donde está la posibilidad de poder realizar actividades de prevención: no podemos modificar la información genética, pero sí podemos trabajar para lograr condiciones ambientales que bajen la probabilidad de la manifestación de rasgos desfavorables. Esto también es válido para la enfermedad inflamatoria intestinal

Lo que quiero saber.

- *Tengo Colitis Ulcerosa, ¿si tengo un hijo la tendrá?*

La posibilidad de transmisión de un padre o madre con EII a su hijo es :

*E. Crohn: 3-4%.
CU: 0,5 -1 %.*



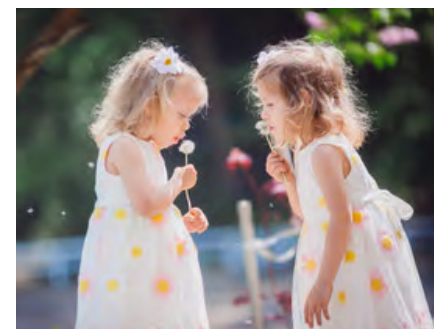
- *Mi hermano mellizo tiene Enfermedad de Crohn, ¿la voy a tener también?*

*La posibilidad es para:
E.Crohn: 7% - CU 3%*



- *Tengo hijos gemelos, uno tiene recientemente Colitis Ulcerosa, ¿el otro la tendrá?*

*La posibilidad de que el hermano gemelo la presente es de:
E. Crohn: 35% - CU: 11%*



¿Qué es la Microbiota Intestinal?

DRA. GUILLERMINA DIEZ

Médica Gastroenteróloga
Clínica Pasteur
Integrante Equipo EII - Fundeccu Argentina.
Neuquén, Argentina.

Introducción:

No todas las partes de nuestro organismo son estériles, como la sangre o el líquido presente en nuestro sistema nervioso, llamado líquido cefalorraquídeo. La gran mayoría de nuestro órganos convive con microorganismos que son parte de ellos y tienen un motivo para estar presentes en algunos casos.

La flora bacteriana o mejor llamada en la actualidad, **microbiota**, es el conjunto de microorganismos que habitan en nuestro cuerpo, por ejemplo en la piel o en las superficies internas como las mucosas, concepto visto en el capítulo de "El Aparato Digestivo".

Existen aproximadamente cien trillones de bacterias que forman parte de la microbiota y se ubican mayormente en el sistema digestivo. El intestino grueso o colon representa el mayor y más complejo ecosistema microbiano del organismo.

En la actualidad la microbiota juega un papel crucial en la producción de las enfermedades autoinmunes intestinales, como lo son la Enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa.



HAY CIENTO TRILLONES DE BACTERIAS EN LA MICROBIOTA INTESTINAL.

Funciones de la microbiota:

La microbiota tiene innumerables funciones que son esenciales para la vida, entre ellas podemos reconocer:

- **Protección y defensa:** La competencia o antagonismo bacteriano, es aquel mecanismo por el cual bacterias "buenas" (llamadas saprofiticas o comensales), compiten con bacterias "malas" (llamadas patógenas). De ese modo compiten y "ganan" las comensales para impedir el desarrollo de enfermedades.
- **Utilización de nutrientes no digeribles:** Hay alimentos que el organismo no puede digerir o absorber, como por ejemplo.... Cuando éstos llegan al colon la microbiota puede degradarlos y obtener energía a partir de ellos.
- **Suministro de nutrientes necesarios:** Existen vitaminas como la B12 que sólo puede absorberse x acción de la microbiota en el ileon terminal y por otra parte, aminoácidos esenciales como los ácidos Grasos de Cadena Corta que sólo son producidos por las bacterias en el colon y que tienen una función importante en ...

La microbiota varía de un individuo a otro, e incluso en la misma persona a lo largo de la vida. Se han estudiado factores que influyen en su composición y estos pueden ser: el tipo de parto (vaginal o cesárea), la presencia o no de lactancia materna, la edad gestacional al nacer, la alimentación o tipo de higiene doméstica en los primeros años de vida, internaciones o ingresos hospitalarios, el uso de antibióticos, tener mascotas, pertenecer a familias numerosos o ser hijos únicos, vivir en la ciudad o en el campo, vivir en países desarrollados o subdesarrollados.

Disbiosis:

Cuando se rompe el equilibrio entre las bacterias beneficiosas y las perjudiciales se llama disbiosis y esto puede llevar a la enfermedad.

La disbiosis bacteriana se ha relacionado con la producción de muchas enfermedades, entre las cuales podemos enunciar: infecciosas, gastrointestinales, hepáticas, respiratorias, mentales, metabólicas, cardiovasculares, de tipo autoinmune, entre otras. Por todo esto, constantemente se están realizando investigaciones para prevenir o tratar esta disbiosis.

Para prevención o tratamiento de la disbiosis y de algunas de las enfermedades mencionadas, se dispone de medidas de tratamiento como los probióticos y los prebióticos, pero Argentina no tiene una amplia oferta en estos productos.



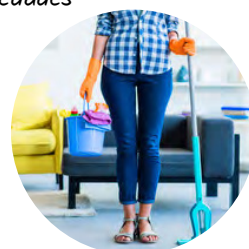
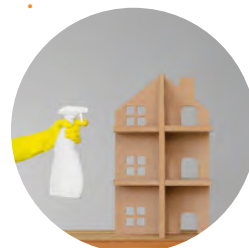
Los probióticos son microorganismos vivos que confieren un beneficio para la salud cuando se administran en cantidades adecuadas.

Los prebióticos, son ingredientes nutricionales fermentados selectivamente que dan lugar a cambios específicos en la composición y/o actividad de la microbiota, confiriendo beneficios a la salud del huésped. Son el nutriente de la microbiota.



La bioflora se conforma en nuestros primeros años de vida y varios factores influyen en su conformación: tipo de parto (vaginal o cesárea), presencia o ausencia de lactancia materna, alimentación, higiene doméstica en los primeros años de vida, uso de antibióticos, vivir en países desarrollados o subdesarrollados, entre otros.

El exceso de higiene en la primera infancia y la ausencia de lactancia materna podrían favorecer en el futuro de la personas, en la producción de EII entre otras enfermedades digestivas.



¿Cómo se produce la Enfermedad Intestinal Inflamatoria?

DR. FERNANDO GOMOLLÓN

Fernando Gomollón
Profesor Titular de Medicina
Jefe de Sección de Gastroenterología
Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"
IIS Aragón, CIBERehd
Zaragoza, España.

Introducción:

Lo más habitual es que nos planteemos ¿por qué enfermamos? Sin embargo, yo creo que la pregunta correcta es ¿por qué no enfermamos constantemente? Los mecanismos necesarios para mantener la vida, y para que se desarrolle con normalidad son tantos y tan complejos que lo realmente sorprendente es que todo funcione correctamente a lo largo de días, semanas, meses, años, décadas. Una válvula cardíaca tiene que abrirse y cerrarse millones de veces, a lo largo de 80 años, con absoluta precisión en condiciones cambiantes de presión, volumen y temperatura; y lo hace. Pensemos en un aparato mecánico, mucho más simple, en condiciones mucho más estables, como el obturador de una máquina fotográfica. Incluso en una cámara profesional, de las mejores, nos garantizan 300.000 o 400.000 disparos (sin líquido, sin condiciones cambiantes, sin variaciones de la presión, con un mecanismo rígido). 400.000 aperturas y cierres de una válvula cardíaca son cinco días de trabajo para un corazón normal, en reposo.

Desde esa perspectiva general, nos tenemos que trasladar al intestino humano. Nos enfrentamos a un problema con una complejidad enorme. La mucosa intestinal nos separa del mundo exterior, y tiene que servir para intercambiar sustancias.

A su través tienen que pasar el agua y los nutrientes, y también tenemos que excretar sustancias.

Tiene que impedir que la atraviesen sustancias o microorganismos no deseados. Y todo tiene que estar perfectamente regulado. Estamos hablando de decenas de tipos de células, de miles de elementos y sustancias químicas diferentes, de millones de bacterias, hongos y virus que viven en la luz intestinal. Y cada día van llegando a la zona nuevas sustancias que proceden de la alimentación, que además se acompaña de nuevos microorganismos. Y entre los diversos tipos de célula, el **enterocito** (la célula epitelial intestinal) sólo vive unos tres días: son células que se renuevan constantemente, a partir de las células madre que viven en el fondo de las criptas.

El número de interacciones que pueden darse entre células, sustancias y microorganismos es, simplemente, incalculable. Es una enorme red, tridimensional, con una enorme cantidad de nodos de conexión, dinámica, con cambios cada segundo. Y es una red que no está aislada, está conectada con todas las demás redes del organismo, la red inmune, la red endocrina, la red nerviosa: todos los sistemas que conforman un ente tan complejo como un ser humano.





Lo más habitual es que nos planteemos ¿por qué enfermamos? Sin embargo, yo creo que la pregunta correcta es ¿por qué no enfermamos constantemente?. Los mecanismos necesarios para mantener la vida, y para que se desarrolle con normalidad son tantos y tan complejos que lo realmente sorprendente es que todo funcione correctamente a lo largo de días, semanas, meses, años, décadas.

La normalidad la definimos como la ausencia de síntomas, molestias, disfunciones, y lesiones. Para que la situación sea normal todos los factores que intervienen tienen que mantenerse en un exquisito equilibrio, algo que en fisiología llamamos homeostasis. Por la propia complejidad del sistema, y por su dinamismo (todo cambia constantemente en biología) es imposible que no haya errores. Es más, sin un subtipo de estos errores, las mutaciones, no podría haber vida, porque no habría cambios, y no habría evolución. Como los errores son inevitables, hay una serie de mecanismos de corrección, que han ido evolucionando con la vida, y que contribuyen a restaurar el equilibrio cuando éste se rompe. También en estos mecanismos pueden existir fallos.

La inflamación es un mecanismo fisiológico, un sistema de respuesta ante las agresiones externas, que trata de eliminarlas y a la vez de reparar el daño que se haya podido causar. Pensemos en una herida que tengamos en la piel tras un traumatismo: el organismo reacciona ante la rotura de la barrera con el exterior activando los mecanismos de inflamación, que implican una mayor llegada de suministros a la zona, de los encargados de la vigilancia y eliminación de agentes externos, y de los encargados de reparar el daño, de acelerar el crecimiento del tejido para construir de nuevo el fragmento de piel destruido o afectado. El complejo mecanismo de la inflamación es vital, pero también debe ser estrictamente controlado, porque en exceso será también dañino y destructivo para el tejido afectado.

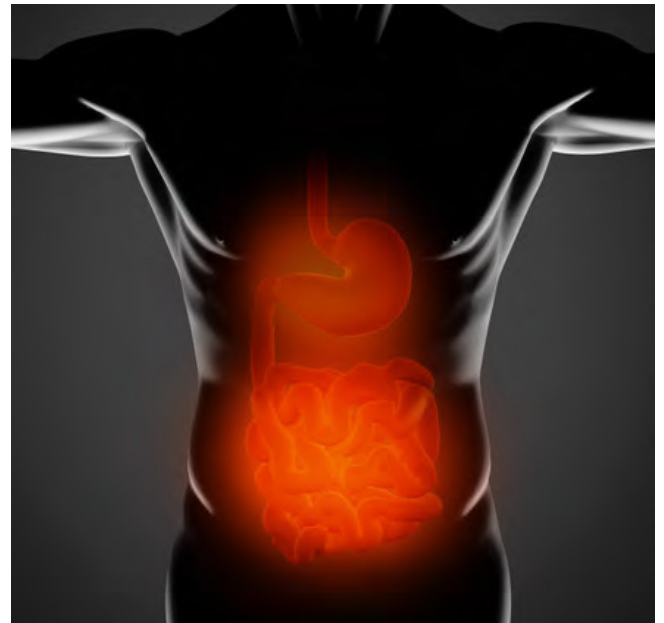
Inflamación intestinal no controlada.

En algunas circunstancias se rompe el delicado equilibrio intestinal que hemos descrito someramente, y los mecanismos de control y reparación son incapaces de contener los daños. En sólo algunas ocasiones los daños son tan importantes que llegamos a percibirlos porque se relacionan con síntomas que afectan a nuestra percepción del estado de salud. Cuando esto llega a ocurrir hemos pasado de un desequilibrio a una enfermedad. No siempre es fácil definir los límites, recordemos que en la biología predomina la lógica difusa, no es un mundo dicotómico.

A los seres humanos nos encanta buscar una causa única, una explicación sencilla, un único culpable. Si intentamos hacerlo en las enfermedades inflamatorias intestinales estamos condenados al fracaso más absoluto. Siempre (siempre) el desequilibrio es el resultado de varios factores, y la intensidad del problema estará condicionada por decenas de factores distintos, en cada persona, en cada momento, en cada ambiente.

En primer lugar, hemos encontrado al menos 250 alteraciones genéticas que se asocian con la enfermedad inflamatoria intestinal. En algunas ocasiones, la alteración genética es absolutamente fundamental y la mayoría de las personas que la sufren tienen una enfermedad inflamatoria intestinal. En realidad, estos casos son muy raros, y se dan sobre todo en algunos pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal muy característica en la infancia. En la gran mayoría de los casos, las alteraciones se dan en varios genes, y no son determinantes para la aparición de la enfermedad: simplemente crean una predisposición por lo que la enfermedad se hace más probable. Estas alteraciones se han descrito en genes que tienen que ver con la regulación inmune, el control de la inflamación, el reconocimiento de los microorganismos, o la permeabilidad intestinal. Diversas alteraciones pueden tener consecuencias similares en las vías metabólicas de las células o los tejidos. Recordemos que hablamos de predisposición, riesgos y probabilidades; no de determinación, certezas o seguridad.

En segundo lugar, las bacterias intestinales (y muy probablemente los hongos y los virus) intervienen en el inicio de la enfermedad. Pero no es que una bacteria genere la enfermedad. Sabemos que las bacterias que encontramos en la enfermedad inflamatoria son un poco diferentes en tipo, número y diversidad a las de los controles; pero no hay un patrón único, ni los mismos cambios en las bacterias se asocian con las mismas consecuencias en todas las personas.



Parece que algunas especies de bacterias podrían contribuir más al daño y otras ser más protectoras, pero todavía nos falta mucho para poder conocer la importancia real en cada caso, y muchísimo más para ser capaces de manipular desde fuera estos cambios para mejorar la enfermedad.

En tercer lugar, los cambios que se asocian a la occidentalización, al desarrollo económico moderno, aumentan el riesgo de sufrir enfermedad inflamatoria intestinal. Pero no tomemos conclusiones precipitadas. El desarrollo económico significa que tenemos otras enfermedades distintas de pequeños (y dejamos de tener otras enfermedades por la higiene y por las vacunas), que tomamos agua con muchas menos bacterias, que conservamos los alimentos con frigoríficos y usamos menos nitratos para conservarlos, que comemos más alimentos procesados y ultraprocesados, que nos lavamos los dientes, que nos movemos menos, que estamos más expuestos a la contaminación, que vivimos más tiempo, que usamos antibióticos, que abusamos de los antibióticos; y así podríamos hacer un listado de cientos de cambios. Y todos estos cambios ocurren a la vez, pero no siempre en el mismo orden en diferentes poblaciones. Uno de los cambios más importantes es que somos cada vez más, muchos más. El aumento de la densidad de las poblaciones también modifica

nuestras interrelaciones, y provoca cambios en los factores de riesgo para la inflamación. Todos estos cambios los tenemos que mirar desde una perspectiva evolutiva. Las especies, y entre ellas el ser humano, se adaptan al medio ambiente a lo largo de generaciones. Si los cambios en el medio ambiente son muy rápidos estos pueden sobrepasar la capacidad de adaptación y como resultado pueden aparecer alteraciones, algunas de las cuales se expresan en desequilibrios que llamamos enfermedades. Por supuesto, si el cambio ambiental es muy rápido (o brusco) el resultado puede ser la extinción de una especie. El Homo sapiens lleva en la Tierra aproximadamente entre 300.000 y 200.000 años, y las especies de homínidos antecesoras entre 2 y 5 millones de años. En ese tiempo, que a escala evolutiva no es muy grande, se han producido cambios climáticos y ambientales muy importantes, pero en los últimos 15.000 años el proceso se ha acelerado como consecuencia de la actividad humana: la evolución cultural provoca cambios muy rápidos como la agricultura y la aparición de asentamientos fijos, o la urbanización. En paralelo se han sucedido nuevas enfermedades que a su vez han tenido fuerza suficiente para tener importancia en la selección natural de la especie humana. Pero todo ello es especialmente llamativo en los últimos 200 años. Tras la revolución industrial se han producido muchísimas variaciones, que ya hemos mencionado anteriormente. No es la menos importante el extraordinario aumento en la población humana, que supera los 7.500.000.000 en estos momentos.

El rápido desarrollo económico implica el descenso de algunas enfermedades, pero también el aumento de otras como la obesidad, la diabetes, o la enfermedad inflamatoria intestinal. Citemos un simple ejemplo. El tabaquismo era ocasional, integrado en diversas culturas americanas, y ligado a ceremonias y fiestas especiales. Posteriormente fue exportado a Europa, pero su uso se limitaba a algunas clases sociales o circunstancias especiales.





A finales del siglo XIX, en Nueva York, se industrializó la producción de cigarrillos, primero con el abuso esclavizante de mano de obra fundamentalmente femenina; y posteriormente con la aparición de las máquinas automáticas de liar cigarrillos. La producción superó a la demanda, y ello llevó al desarrollo de la publicidad moderna. Una sustancia adictiva, más adictiva conforme menor es la edad de comienzo, se extendió por todo el mundo. Durante décadas fue publicitada por médicos, incluso. Nadie podía sospechar entonces que el tabaco es un factor que aumenta la incidencia de enfermedad de Crohn, que provoca una enfermedad con un curso clínico más tórpido y que dificulta la respuesta a los tratamientos.

El tabaco no es necesario para la aparición de la enfermedad de Crohn (hay muchísimos no fumadores activos ni pasivos que no desarrollan la enfermedad), pero si está presente es más fácil que aparezca la enfermedad, y si se mantiene el pernicioso hábito, la enfermedad evoluciona peor. Hoy sabemos que ello es más probable que el tabaquismo se asocie a la enfermedad de Crohn en personas con determinados genes: un ejemplo de interacción entre ambiente y genética. Pero todavía es más interesante que en la colitis ulcerosa el tabaquismo no empeora la evolución, sino que puede incluso contribuir a mejorar la inflamación. No es extraño que una colitis ulcerosa comience a dar síntomas en los meses siguientes a dejar de fumar.

El ejemplo anterior nos sirve para recalcar: a) son muchos los factores que intervienen en la génesis de la enfermedad; b) todos ellos interacciona de forma dinámica en cada persona; c) la enfermedad inflamatoria intestinal es muy heterogénea y los factores de riesgo no se comportan de forma idéntica en cada persona y situación.

Biología de sistemas.

En los últimos 20 años está resultando cada vez más evidente que necesitamos nuevas maneras para interpretar y entender la realidad. Para comprender la biología cada vez es más claro que necesitamos ser capaces de comprender los sistemas complejos, y por ello está surgiendo toda una nueva rama de la ciencia, el análisis de sistemas complejos, que en el caso de la biología podemos llamar biología de sistemas o más concretamente en nuestro caso medicina de sistemas. Es una aproximación completamente diferente a la tradicional, que requiere formación y metodología específicas. Va a resultar fundamental en el futuro, porque es la única manera de poder integrar las cantidades ingentes de información que los sistemas actuales de obtención de datos permiten. El sufijo ómica (genómica, transcriptómica, metabolómica, proteómica) define una serie de capas o partes de la realidad que nos sirven para estudiarla desde diversos puntos de vista. Pero recordemos que la naturaleza no hace estas clasificaciones, las hacemos nosotros para hacer inteligible la realidad para la limitada mente humana (citando a Richard Feynman), pero en el mundo real todos los factores interactúan entre ellos y de forma dinámica. La perspectiva de la biología de sistemas, que trasciende este capítulo, será esencial en nuestro estudio de las enfermedades inflamatorias en el futuro.



Moléculas.

Nos hemos esforzado en el capítulo por proporcionar una perspectiva general, sin descender a los detalles más técnicos. Pero vendrá bien que hablemos algo de algunas moléculas. Podemos observar el organismo, el intestino, las células o los microorganismos; pero a menudo nos centramos directamente en algunas moléculas y/o sustancias. Éstas pueden

ser propias de las bacterias, propias de los hongos, propias de nuestras células, o comunes a los diversos seres vivos. Pueden desempeñar muy diversas funciones, y ser inocuas para un tipo de célula y tóxicas para otro tipo, o ser inocuas en un contexto y tóxicas en otro. Algunas de ellas han adquirido un papel protagonista en la enfermedad inflamatoria intestinal. Por ejemplo, el **TNF alfa** que es una proteína, que fisiológicamente actúa en varios puntos, pero que en condiciones de inflamación es un mediador muy importante. Durante los años 90 del pasado siglo se sintetizaron otras moléculas, la mayoría de ellas anticuerpos (anticuerpos monoclonales para cuyo desarrollo fue esencial la contribución del Premio Nobel argentino César Milstein) dirigidos frente a esta molécula.

Son la base de muchos tratamientos hoy en día. Pero: a) no en todos los pacientes ni en todas las inflamaciones el papel de esta molécula es idéntico y b) la respuesta al tratamiento es muy variable.

Y así, podríamos extender el razonamiento a decenas de moléculas que pueden tener valor en el diagnóstico y/o el pronóstico y/o el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal. Pueden ser muy importantes y muy útiles, como la **proteína C reactiva**, la **calprotectina** o la **interleucina 23** (por citar ejemplos diversos) pero no esperemos una molécula que explique todos los casos, que solucione todos los diagnósticos o que sea la clave de todos los tratamientos. Recordemos, una vez más, la variabilidad y la heterogeneidad como conceptos clave.

Moléculas, mucosa, lesiones, alteraciones analíticas, síntomas.

La enfermedad inflamatoria intestinal puede relacionarse con la aparición de determinados síntomas (como el dolor abdominal, la diarrea o la emisión de sangre por el ano). También en este caso tenemos que considerar que los síntomas son heterogéneos y variables, según las personas, las circunstancias, la gravedad y la extensión de la enfermedad. Los cambios en la homeostasis que hemos descrito pueden provocar cambios en las moléculas (que observaremos en los análisis si son suficientemente precisos), en la mucosa intestinal (que observaremos en las biopsias), en el propio intestino y los tejidos de alrededor (que observaremos en la endoscopia o los estudios radiológicos), o en nuestras funciones fisiológicas (lo que se expresa con los síntomas). Pero todos estos cambios no siempre van en paralelo, porque pueden tener causas o modificadores diferentes. Por ejemplo, una misma persona puede tener tanto una enfermedad inflamatoria intestinal y un síndrome de intestino irritable a la vez: si sufre de diarrea podrá ser por cualquiera de ambas enfermedades o por las dos a la vez. O puede haber inflamación suficiente para que se exprese en un análisis, pero de intensidad no suficiente para expresarse como síntomas. Y todo ello puede cambiar a lo largo del tiempo, y es diferente en cada persona.

Resumen:

La enfermedad inflamatoria intestinal es el resultado de un conjunto de alteraciones genéticas y ambientales, que puede llegar a expresarse de manera muy heterogénea y cambiante en una persona. Aunque reconozcamos patrones relativamente típicos (por ejemplo los más conocidos como enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa), la heterogeneidad de estos trastornos es casi infinita. No sólo no hay enfermedades, sino que cada enfermo es diferente cada día. No busquemos respuestas sencillas porque no las hay. Se trata de problemas muy complejos, en los que el progreso científico es lento y paulatino, y en los que tenemos que mantener una mentalidad abierta al cambio, al nuevo conocimiento, y a la sorpresa.

Resumen del Capítulo 1

¿Qué es la eii?

- La EII es una enfermedad autoinmune incurable hasta el momento pero controlable.

¿Cuanto y donde?

- Su incidencia y prevalencia esta en aumento en el mundo, incluso en zonas en donde era infrecuente.
- Se distribuye mayormente en el hemisferio norte a excepción de Australia.
- Argentina no tiene estadísticas ya que no presenta un Registro Único Nacional y los médicos no se alinean en la utilización de un mismo método de registro.

¿A quién?

- Puede presentarse en ambos sexos y a cualquier edad, pero con mayor predilección en dos grupos etarios: entre los 14 y 35 y hacia los 50 años.

¿Qué impacto?

- La EII produce impacto en todas las áreas de la vida de quien la padece: social, emocional, sexual, laboral, educativa.

¿Cómo se produce?

- Querer conocer la causa de la EII es utópico ya que se produce por varios factores que varían en importancia entre cada persona.
- Los factores que intervienen en su producción son: Genética, Microbiota, Autoinmunidad - Medio Ambiente.
- **Genética:**
 - Existen múltiples genes vinculados a la CU y a la EC
 - Poseer esos genes no implica que la enfermedad se va a producir
 - Solo aporta predisposición
 - Afortunadamente la transmisión de padres a hijos es baja.
 - La genética determinará el modo en el cuál el sistema inmunológico reaccionará ante la Microbiota.
- **Microbiota:**
 - En los últimos años se determina la importancia de nuestra microbiota en EII.
 - Es en los primeros años de vida que la desarrollamos y su composición será determinada por múltiples factores ambientales como la presencia o ausencia de lactancia materna, ambiente de extrema limpieza o deficiencia de saneamiento ambiental entre otros factores.
 - En EII la microbiota no es reconocida como parte de nuestro sistema y se activan procesos de agresión, llamados inflamatorios para atacar a ese "falso enemigo".
- **Autoinmunidad:**
 - El sistema inmunológico intestinal se conforma de varios tipos de glóbulos blancos que se encuentran en el propio espesor del órgano.
 - Los conceptos actuales confirman que los genes determinan el comportamiento del sistema inmunológico frente a infecciones o ante nuestra microbiota.
 - El sistema inmune reacciona con excesiva liberación de sustancias inflamatorias como: Factor de Necrosis Tumoral (TNF), Interleuquinas y Citoquinas.
 - Existen otros glóbulos blancos que liberan sustancias antiinflamatorias como Interleuquinas y citoquinas con efecto opuesto a las anteriores, pero que no logran equilibrar esa cascada de inflamación que se activó.

- **Medio ambiente:** La EII sigue la distribución en el mapa, como en otras enfermedades autoinmunes, que marca la industrialización. Es por eso que atrae la idea de su vinculación al desarrollo de la EII. Los factores ambientales propuestos son numerosos y no hay datos precisos de los mecanismos exactos por el cual favorecen el desarrollo de la EII. La industrialización de los alimentos con la utilización de productos artificiales como aditivos, conservantes, colorantes entre otros productos está propuesto. El consumo abundante de azúcares refinados, escasa fibra en la dieta, ausencia de lactancia materna también se mencionan como relacionados.

Conclusiones:

Aprendí del Dr. Fernando Gomollón que la EII es una enfermedad "compleja", y esta definición no es inocente, transparente o un mero adjetivo. Es tan real e importante esta descripción que debe permitir instalar políticas sanitarias y valorar la especialización médica de su abordaje. Además de compleja la creo "caprichosa", porque se empeña en cambiarnos las preguntas cada día, sorprendiéndonos.

Luego de leer este capítulo podrán concluir que la multiplicidad de mecanismos involucrados en su producción, al cual debemos adicionarle el efecto del componente emocional y social y la dieta de quién convive con ella, impide responder de manera contundente porque se produce y si podrá haber cura próximamente.

A los médicos que nos dedicamos en EII, esta enfermedad nos posiciona en una incómoda, difícil, desafiante, pero atrapante situación, que nos permite planificar, accionar y desplegar nuestra creatividad y humanidad para aportar calidad de vida de las personas.

Seguramente ahora podrán identificar el motivo de porque cada paciente con EII es único e irrepetible, haciendo no recomendable la comparación entre los casos clínicos. Hay tantos factores impredecibles en su producción que hasta una misma persona puede cambiar en el tiempo.

En países en donde no hay alta incidencia de EII la especialización es dificultosa y limitada. El manejo por médicos especializados en esta patología debería ser el ideal al cual los pacientes tendrían que acceder, sin significar que un gastroenterólogo general aunque excelente, se encuentre preparado. Por ello es nuestra responsabilidad brindar formación a médicos jóvenes, para amplificar el conocimiento especializado en búsqueda de acercar equidad de atención en la población.

He aprendido, que si bien existen magistrales guías de recomendación en el manejo de las EII, la gran mayoría de los pacientes no aplican a toda descripción, obligándonos a utilizar nuestros conocimientos, instinto y experiencia adquirida para resolver una situación que esta "fuera de toda guía". Luego de veinte años de dedicarme a esta enfermedad, lo cierto es que al momento de sentarme frente a un paciente con EII, sigo comprobando como la gran mayoría de ellos escapa a los manuales, colisionando con nuestra razón e imponiendo un nuevo reto en la profesión, demostrando que somos vulnerables y que en medicina nada es cero o cien. Por todo esto, es que no encuentro otra enfermedad en gastroenterología más apasionante y versátil que la heterogénea y caprichosa EII.

En Argentina la EII sigue siendo clasificada como Enfermedad Poco Frecuente (1 en 2000), sin saber cual es el escenario real en este presente por no existir alineación en los médicos dedicados a las EII. Deseo que en un futuro no muy lejano se pueda anteponer al paciente ante cualquier otro propósito, dimensionando la importancia de conocer el verdadero mapa nacional de esta inquietante enfermedad por medio de un Registro Único Nacional.

La EII está en continuo avance, y al momento de terminar este relato seguramente y por fortuna, habrán aparecido nuevos genes, sustancias y contra-sustancias, predictores y tratamientos que hacen que este infinito panorama se pueda direccionar en beneficio de todos los que conviven con ella.



Tipos de Enfermedad Intestinal Inflamatoria.

DRA. FABIANA MIELE

Médica Gastroenteróloga
Clínica Pasteur
Presidente y Coordinadora del Equipo Interdisciplinario
EII Fundeccu Argentina
Neuquén, Argentina.

Introducción.

La Enfermedad Intestinal Inflamatoria (EII) comprende a la Colitis Ulcerosa y a la



entidades también de esto saber de a quiere aportar médico el ento en e sea de e tratará el propio rmitirán nombre

como e afectar colon y a

endoscópicas más allá, pero que no superan lo esplénico.

El compromiso perianal (fístulas, abscesos) es infrecuente. Las lesiones que produce en este órgano solo comprometen el recubrimiento interno llamado mucosa. La manera en que se extiende es continua, es decir comienza a nivel rectal y en forma pareja avanza hasta el lugar en donde decide detenerse, pero en ese trayecto no deja zonas sanas.

De acuerdo al sector anatómico del intestino grueso que vaya afectando se va a determinar la EXTENSIÓN DE LA COLITIS ULCEROSA:

Rectitis Ulcerosa - Colitis Ulcerosa Distal - Colitis Ulcerosa Extensa - Pancolitis.

Conocer la extensión tiene importancia para poder determinar el tratamiento más adecuado entre otras cosas.

RECUERDA

TU DEBES CONOCER LA EXTENSIÓN DE TU ENFERMEDAD, DE ELLA DEPENDERÁ EL PRONÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO.



CU Extensa: lesiones endoscópicas que superan el ángulo esplénico pero no todo el colon. Pancolitis: colon completo.

ENFERMEDAD DE CROHN

La Enfermedad de Crohn (EC) se caracteriza porque puede afectar cualquier parte del aparato digestivo (desde la boca hasta el ano). Fuera del colon, lo más frecuente es que afecte el intestino delgado. Compromete todo el espesor de la pared del aparato digestivo (mucosa, submucosa, muscular y serosa), ésto se llama compromiso transmural. Se extiende en PARCHES, es decir que se distribuye comprometiendo áreas y dejando otras sanas. Si el compromiso de lesión endoscópica es muy extenso lo puede hacer en forma completa sin dejar áreas sanas, por eso será difícil distinguirla de la CU. La afectación perianal (fístulas, abscesos) es frecuente, a ésto se lo llama **Enfermedad Perianal (EPA)**.



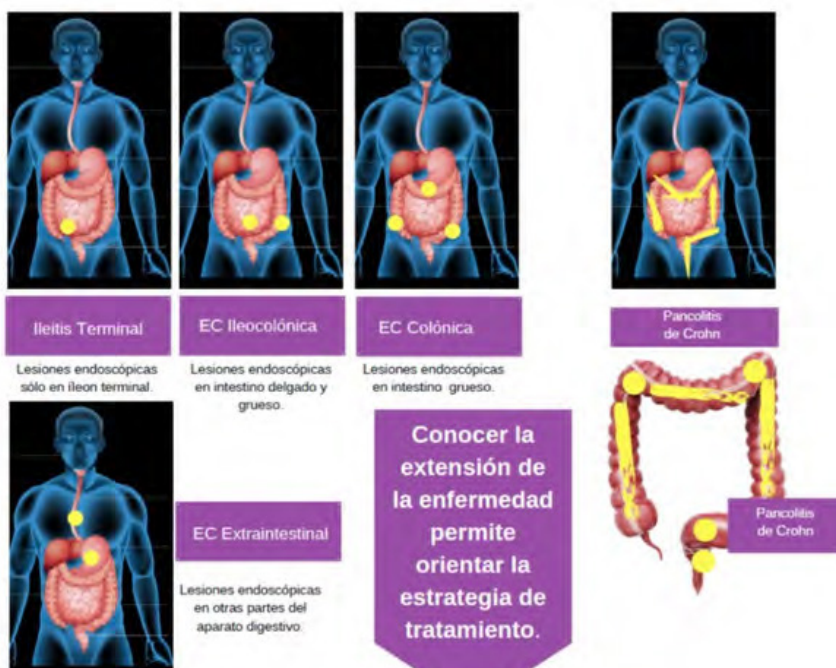
De acuerdo al sector anatómico del intestino que vaya afectando se determina la EXTENSIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CROHN:

Ileon Terminal - Ileocólica - Colónica - Extraintestinal (Boca, Esófago, Estómago) - Pancolitis de Crohn.

Si hemos leído atentamente la descripción de la Colitis Ulcerosa y de la Enfermedad de Crohn, nos preguntamos entonces: **¿Cómo es posible si tienen características tan distintas, existan situaciones en donde el médico no puede decirnos cuál de las dos enfermedades tenemos? ¿Por qué es un desafío para los médicos muchas veces establecer si una persona padece CU o EC?**

Sucede, que cuando la Enfermedad de Crohn se presenta afectando todo el intestino grueso o colon, no dejando zonas sin comprometer, la diferencia con la Pancolitis Ulcerosa se dificulta.

Pero también podemos preguntarnos: **¿Y si las diferenciamos en cuanto a la afectación de las capas?**



Sabiendo que la CU afecta sólo la mucosa y que la EC afecta todas las capas, es lógica esta pregunta.

La respuesta es que no es posible acceder al espesor completo de la pared del tubo digestivo por medio de las biopsias endoscópicas.

Es así como podemos mencionar dos entidades intermedias:

COLITIS INCLASIFICABLE:

Representa al 5% aproximadamente y es aquella EII en donde se presentan síntomas compartidos tanto por la CU como por la EC y los estudios radiológicos, endoscopías y biopsias que se realizan no arrojan datos categóricos para afirmar de cual de las dos se trata. Muchas veces genera angustia en la persona, quien desea y demanda tener la certificación de su diagnóstico de CU o EC, si bien la Colitis Inclasificable es también una EII. Para acercar tranquilidad, sepan que los médicos seguimos adelante y podemos tratar también adecuadamente la Colitis Indeterminada y es muchas veces el tiempo quien pondrá las cosas en su lugar y estos casos pueden reclasificarse más adelante.

COLITIS INDETERMINADA:

Se designa de esta manera a aquella EII en donde no se puede determinar si es una CU o EC, pero en este caso no solo por superposición de síntomas y resultados de estudios, sino que en esta situación damos por entendido que ha existido una resección quirúrgica de alguna parte del colon o intestino grueso. En estas situaciones el Médico Patólogo tiene el espesor completo de la pared del colon para ver en el microscopio y aun así no logra definir con precisión de cuál de las dos entidades se trata.



RESUMEN:

La EII es una enfermedad heterogénea, que tiene múltiples variantes y diversidad. Todo esto se produce porque hay dos entidades mayores como la Enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa y dos entidades intermedias como la Colitis Indeterminada y Colitis Inclasificable.

La múltiples posibilidades de localización, las cuales varían además en la misma persona, las diferencias genéticas, ambientales y microbiota entre las áreas geográficas marcan un panorama con un horizonte inalcanzable.

Comprender que no hay dos personas iguales y que la mutación ocurre en un mismo paciente, es un concepto clave que debe cerrar el intento de comparación de uno con otro compañero de ruta EII.

La individualidad es la definición que hace posible reconocerse como único e irrepetible, ya que hay tantos casos y variantes como genes circulan por este mundo. Los médicos no siempre podremos de inicio establecer si la persona presenta Colitis Ulcerosa o Enfermedad de Crohn, y en capítulos posteriores quedará demostrado el por qué.

Tampoco nos preocupa exageradamente algunas veces esta distinción, ya que el abordaje es el mismo en su mayoría.

Para acercar tranquilidad, sepan que los médicos dedicados a EII estamos siempre atentos a esta diferenciación y en el transcurso de la atención solicitaremos estudios adicionales con este propósito.

RESUMEN:

La EII es una enfermedad heterogénea, que tiene múltiples variantes y diversidad. Todo esto se produce porque hay dos entidades mayores como la Enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa y dos entidades intermedias como la Colitis Indeterminada y Colitis Inclasificable.

La múltiples posibilidades de localización, las cuales varían además en la misma persona, las diferencias genéticas, ambientales y microbiota entre las áreas geográficas marcan un panorama con un horizonte inalcanzable.

Comprender que no hay dos personas iguales y que la mutación ocurre en un mismo paciente, es un concepto clave que debe cerrar el intento de comparación de uno con otro compañero de ruta EII. La individualidad es la definición que hace posible reconocerse como único e irrepetible, ya que hay tantos casos y variantes como genes circulan por este mundo.

Los médicos no siempre podremos de inicio establecer si la persona presenta Colitis Ulcerosa o Enfermedad de Crohn, y en capítulos posteriores quedará demostrado el por qué.

Tampoco nos preocupa exageradamente algunas veces esta distinción, ya que el abordaje es el mismo en su mayoría.

Para acercar tranquilidad, sepan que los médicos dedicados a EII estamos siempre atentos a esta diferenciación y en el transcurso de la atención solicitaremos estudios adicionales con este propósito.

Síntomas Digestivos de la Enfermedad Intestinal Inflamatoria.

DR. ABEL NOVILLO *
DRA. FABIANA MIELE **

*Médico Gastroenterólogo.
Director Sanatorio 9 de Julio. Tucumán. Argentina,

** Médica Gastroenteróloga -Clínica Pasteur
Presidente y Coordinadora del Equipo Interdisciplinario EII
Fundeccu Argentina -Neuquén, Argentina.

Introducción.

La Enfermedad Intestinal Inflamatoria presenta síntomas digestivos y también por mecanismos autoinmunes síntomas en órganos distantes como articulaciones, piel, ojos entre otros.

SINTOMAS DIGESTIVOS:

DIARREA:

La EII comienza en la mayoría de los casos con diarrea. Es casi la regla que se acompañe de sangre, aunque no en todos los casos, ya que según la ubicación de las lesiones puede no estar presente, tal como podría ser el caso de la enfermedad de Crohn de ubicación en íleon terminal. De existir sangrado, puede no ser en todas las evacuaciones, pero sí existe en la mayoría de ellas.

Es frecuente que este episodio inicialmente sea interpretado como una gastroenteritis que tarda en curarse más de lo esperado o que recurre rápidamente. Otro diagnóstico que se confunde en estos casos, es el de hemorroides y así algunas veces el tiempo de diagnóstico va prolongándose más de lo requerido. En este escenario, es muy frecuente, que la persona ingiera algún alimento e inmediatamente corra hacia el baño a evacuar. Es habitual entonces, que se culpe a ese último alimento como el causante, llevando a restricciones innecesarias. Lo que en realidad ocurre es que hay una activación o exageración en un reflejo que normalmente todos tenemos, llamado Gastro-Cólico y este reflejo produce estimulación de los movimientos intestinales y defecación, estando sobreactivado en la EII.



MUCORREA:

Muchas veces existe la necesidad urgente de ir al baño y solo ocurre la eliminación de moco o una especie de gelatina. La mucorrea es frecuente pero no implica severidad, aunque preocupa a las personas encontrarla.

CONSTIPACION o ESTREÑIMIENTO:

Aunque no imposible es realmente poco frecuente, aproximadamente en el 10% de los casos puede ocurrir y a depender del sitio afectado por la enfermedad.



URGENCIA PARA IR AL BAÑO:

El recto es la parte final del intestino grueso y su función es actuar como un reservorio. Esto significa que contiene a la materia fecal y cuando la cantidad de la misma llega a un determinado volumen se desencadena el reflejo evacuatorio. Si el momento es socialmente aceptable, se produce la defecación y si no estamos en un momento oportuno podemos en

condiciones normales contener y esperar el propicio. Cuando el recto está enfermo por la EII se encuentra "irritado", inflamado y con muy poco volumen se produce la sensación de querer evacuar, aun casi sin contenido en el recto. Esa es la razón por la cual muchas veces hay deseos incontenibles que culminan en la evacuación de escasa cantidad de moco o sangre o sencillamente nada, fenómeno llamado TENESMO.

DOLOR ABDOMINAL:

El dolor abdominal puede tener distintas características o variar en su ubicación según la extensión de la enfermedad o se trate de colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn. Es así como puede ser de tipo cólico, también conocido como espasmo o también puede ser continuo. Otra vez es referido como una molestia relacionada a la defecación y se alivia transitoriamente con la misma. El dolor puede ser de distribución general y difusa en todo el abdomen o localizarse en alguna región particular y puntual dependiendo del sitio de mayor compromiso.

DIARREA:

La EII comienza en la mayoría de los casos con diarrea. Es casi la regla que se acompañe de sangre, aunque no en todos los casos, ya que según la ubicación de las lesiones puede no estar presente, tal como podría ser el caso de la enfermedad de Crohn de ubicación en íleon terminal. De existir sangrado, puede no ser en todas las evacuaciones, pero sí existe en la mayoría de ellas.

Es frecuente que este episodio inicialmente sea interpretado como una gastroenteritis que tarda en curarse más de lo esperado o que recurre rápidamente. Otro diagnóstico que se confunde en estos casos, es el de hemorroides y así algunas veces el tiempo de diagnóstico va prolongándose más de lo requerido. En este escenario, es muy frecuente, que la persona ingiera algún alimento e inmediatamente corra hacia el baño a evacuar. Es habitual entonces, que se culpe a ese último alimento como el causante, llevando a restricciones innecesarias. Lo que en realidad ocurre es que hay una activación o exageración en un reflejo que normalmente todos tenemos, llamado Gastro-Cólico y este reflejo produce estimulación de los movimientos intestinales y defecación, estando sobreactivado en la EII.



URGENCIA DEFECATORIA IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON EII.

Trabajo realizado por nuestro equipo.

En el año 2015 deseamos conocer cual era el impacto que la urgencia defecatoria producía en la calidad de vida de las personas con EII.

Es así, como formulamos una encuesta con 12 preguntas relacionadas a este tema.

En nuestra página web se dejó a disposición la encuesta y se difundió además en nuestra redes sociales y entre los pacientes de la

Fundación. A continuación acercamos las conclusiones que arrojó este trabajo y que fueron determinantes objetivas al momento de impulsar la LEY NO PUEDO ESPERAR.



CONCLUSIONES:

- El 80 % de las personas busca un baño al llegar a lugares públicos.
- Cuando se inician los síntomas, el 88% de las personas decide quedarse en su casa por miedo a “no poder esperar”.
- El 91% de quienes conviven con EII, debieron retirarse en forma brusca de un lugar público donde efectuaban un trámite o dejaron compras ya realizadas por no poder esperar en la fila de la caja de pago.
- De las personas que se animaron a salir de sus casas, más de la mitad tuvo algún episodio de incontinencia y ensuciamiento en vía pública.
- El miedo a la urgencia afectó a la totalidad de las personas, ya sea en el aspecto laboral pareja, estudios, amigos, deportes; afectando en el 95% más de 3 aspectos de su vida.
- La totalidad de las personas solicitaron que se ayude a defender su derecho al NO PODER ESPERAR
- Solo la mitad de los médicos preguntaron por este tema y de esos, el 41 % tuvo una escucha inactiva.

Aunque los resultados demostraron el alto impacto en la calidad de vida de las personas con EII por esta problemática, podríamos inferir que estas variables en población sin contención por equipos multidisciplinarios con grupos de apoyo podrían ser aún más alarmantes. La muestra de este estudio puede presentar sesgos de selección, ya que la participación requería una actitud activa por parte del paciente, el manejo de ciertos conocimientos informáticos y acceso a la Internet, como así también el reclutamiento fue de personas pertenecientes a la red de apoyo hacia pacientes de Fundeccu Argentina. Este trabajo permitió dar soporte objetivo y fundamentar el proyecto NO PUEDO ESPERAR. Estos datos han sido valiosos para expresar con sustento real lo que vive diariamente una persona con EII. Pudimos, a través del impulso de esta legislación proporcionar beneficios para las personas con EII de nuestra región en el año 2014, haciendo sus días más fáciles. A la fecha existe en Argentina la **Ley 3004** en la provincia de Neuquén, que brinda: 1. Acceso a baños sin necesidad de consumir en gastronómicos o ser clientes en comercios. 2. Acceso a prioridad en cajas de pagos o trámites. 3. Acceso a uso de asiento de prioridad en transportes públicos.

Esta ley provincial marcó un precedente en nuestro país y ya se encuentra en el Senado de la Nación Argentina en espera de ser tratada y aprobada.



Conceptos básicos para comprender la Enfermedad de Crohn Perineal.

DRA. FABIANA MIELE

Médica Gastroenteróloga
Clínica Pasteur
Presidente y Coordinadora del Equipo
Interdisciplinario EII Fundeccu Argentina.
Neuquén, Argentina.

Introducción:

La Enfermedad Perianal o Perineal (EPA), es una presentación especial dentro de la Enfermedad de Crohn y significa un subtipo con entidad propia. Para comprenderla correctamente, en este apartado comentaremos bases anatómicas y definiciones que hagan más comprensible el relato posterior de la Dra. Karina Colliá, que con excelencia se zambulle en el tema.

Bases anatómica de la región perineal.

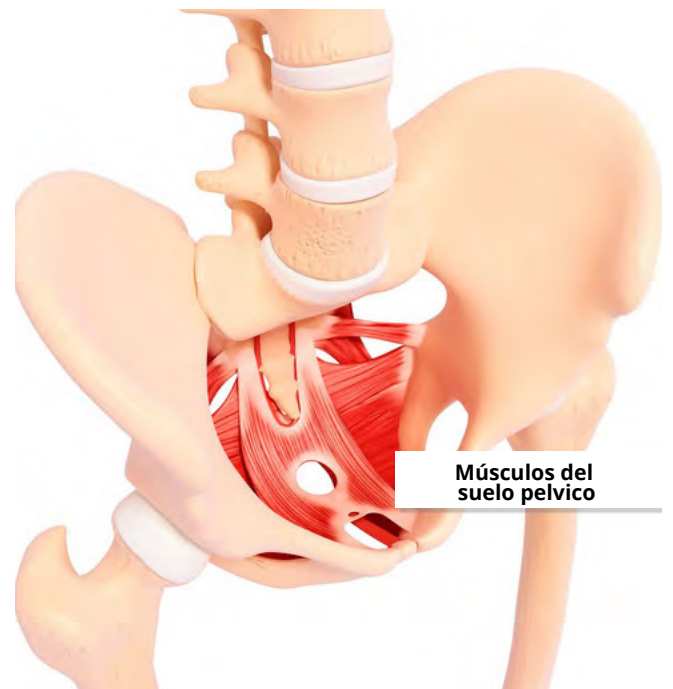
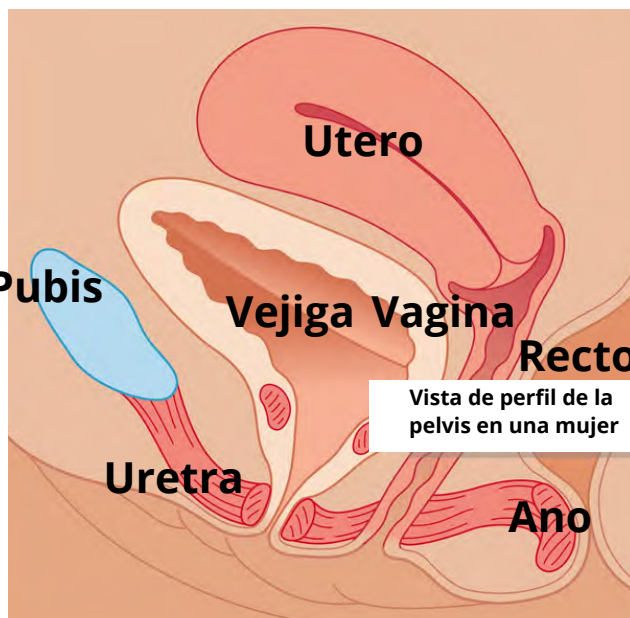
Para comenzar a comprender esta región, es práctico iniciar con la descripción de la estructura ósea que le da soporte, como son el hueso sacro (final de la columna) y a sus lados dos huesos ilíacos o de la pelvis que se unen por delante en el pubis. Esa armazón, que me gusta comparar como una "canasta", necesita ser revestida en su fondo, ya que en ese espacio conviven múltiples órganos y no pueden caerse al vacío.

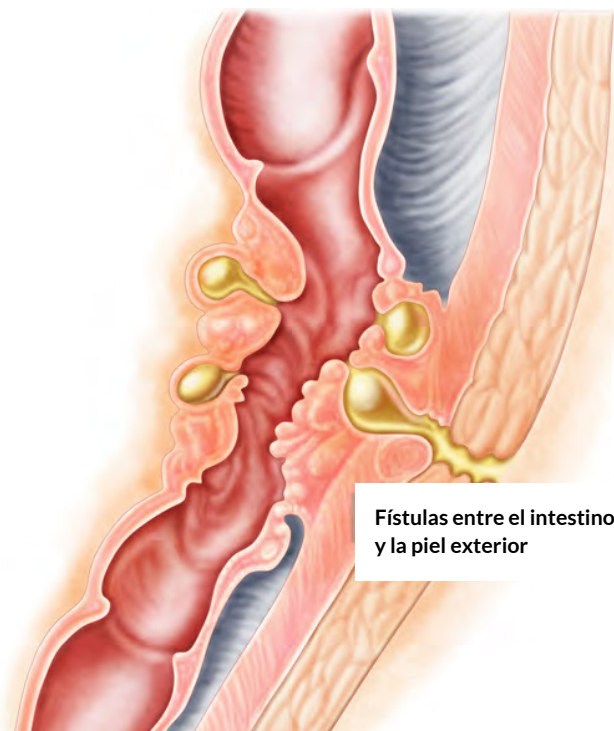
¿Qué órganos conviven? En la pelvis se encuentran los órganos genitales (útero, ovario, vagina en la mujer - próstata en hombre), órganos urinarios (vejiga, uretra), órganos digestivos (ano, recto, colon sigmoides y parte del intestino delgado móvil puede mantener contacto cercano).



¿Qué es el suelo o piso pélvico?

La estructura que conforman los huesos forman el marco de la región pélvica, pero no tiene fondo, tal como mencioné antes. Para sostener y contener todos los órganos pélvicos, existe un componente muscular y ligamentoso que forman una base de sostén llamado suelo o piso pélvico.



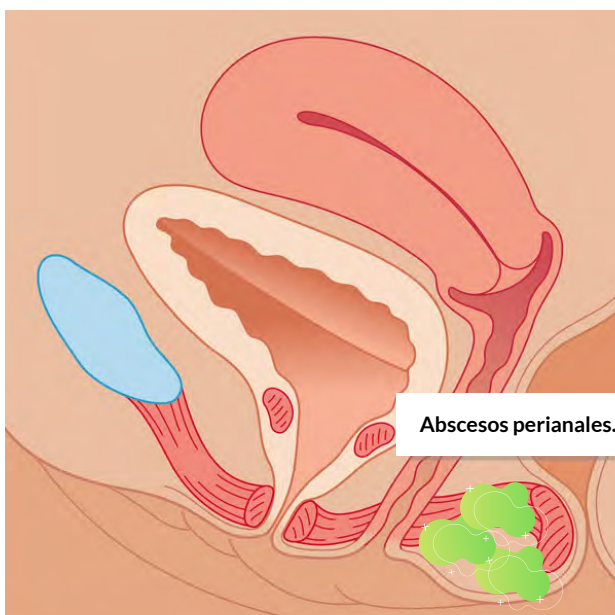
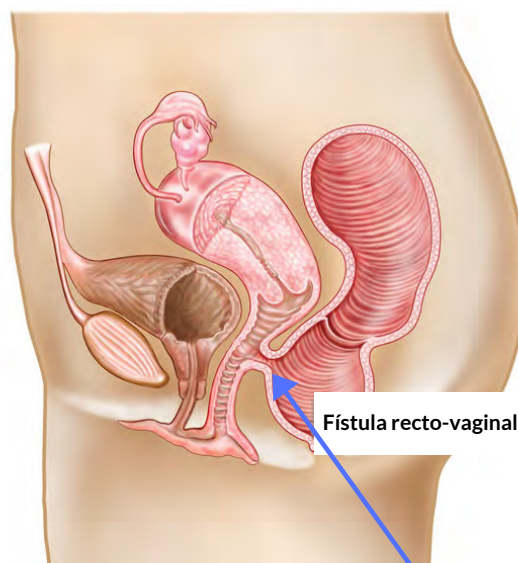


Definiciones útiles:

¿Qué es una fístula?

Una fístula es un túnel que comunica dos órganos que normalmente no están comunicados, como por ejemplo:

- *vagina-recto: fístula recto-vaginal.*
- *ano-piel perianal: fístula perianal.*
- *intestino delgado-intestino delgado: fístula entero-entérica.*
- *intestino grueso-intestino delgado: fístula colo-entérica.*
- *intestino delgado-piel externa: fístula entero-cutánea.*

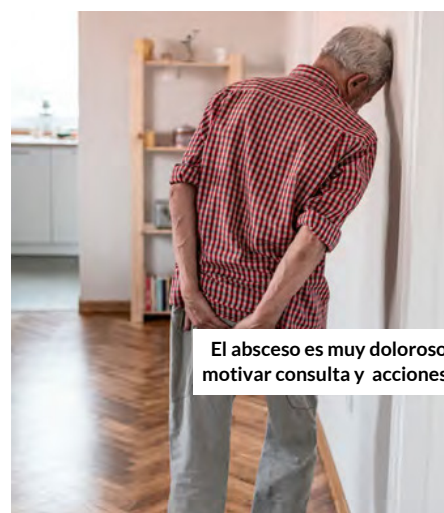


¿Qué es un absceso?

Un absceso es una colección de pus que puede en algún momento tener un drenaje espontáneo (explota y se abre) y libera el contenido hacia el lugar en donde está anatómicamente relacionado. En otros casos será necesario realizar el drenaje por vía quirúrgica, para eliminar su contenido, como más adelante detallaremos.

La EPA es un subtipo especial dentro de la Enfermedad de Crohn. Conduce a síntomas muy molestos y afecta en forma considerable la calidad de vida de las personas con EII. El trabajo en equipo entre el médico gastroenterólogo y cirujano coloproctólogo es esencial para alcanzar resultados rápidos y favorables.

Concurrir de manera rápida a la consulta ante dolor anal, gases o materia fecal por vagina, bultos perineales permite hacer el diagnóstico en forma precoz y aliviar los síntomas tan perturbadores que provoca.



Enfermedades de Crohn Perineal.

DRA. KARINA COLLIA AVILA

Médica Cirujana Coloproctóloga
Hospital Bonorino Udaondo
Centro Privado de Cirugía y Coloproctología
Buenos Aires, Argentina.

¿Qué es la enfermedad de Crohn perineal?

Es una de las formas de presentación de la enfermedad de Crohn más agresiva, que afecta a la región perineal la cual contiene al ano, los genitales externos femeninos y masculinos y la piel circundante. Puede ocurrir en un 3.8 al 80% de los pacientes.

¿El Crohn perineal aparece solo o se asocia a otra localización?

Si bien el Crohn perineal puede presentarse en forma aislada, la mayoría de las veces se asocia a otra localización:

- la forma ileal única se asocia con alrededor de un 12% de afectación perianal.
- la enfermedad ileocólica (íleon terminal y colon derecho) en un 15%.
- la colónica en un 41% .
- la rectal en alrededor del 92%.

Por ello es importante que si sospechamos que estamos frente a una enfermedad de Crohn perineal, se estudie todo el tubo digestivo en busca de otras localizaciones.

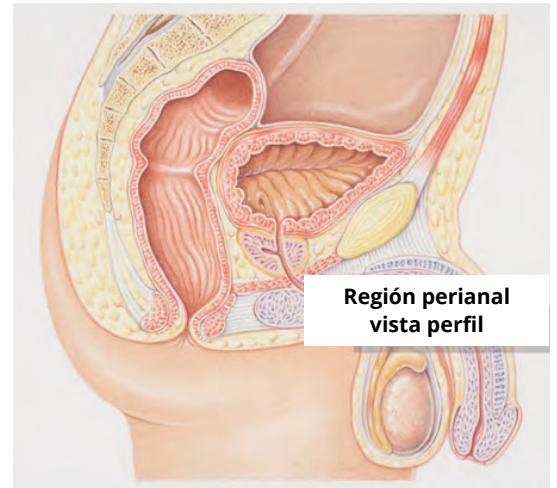
Qué lesiones puedo tener?

Varias lesiones pueden aparecer solas o más comúnmente asociadas una a otras. Entre las que podremos encontrar:

- Plicomas: pliegues engrosados que aparecen alrededor del orificio anal.
- Fisuras: heridas lineales en el conducto anal.
- Ulceras
- Estenosis: achicamiento de la luz del ano o del recto.
- Abscesos: colección (acumulación) de pus.
- Fistulas: conexión entre el ano y la piel, la vagina o el intestino.

¿Cuáles son los síntomas más frecuentes?

Los más frecuentes son: dolor, ardor, sangrado, secreción purulenta, incontinencia de materia fecal.



¿Y si le pregunto al Dr?

Doctor tengo Crohn y hace un tiempo me duele y arde el ano y tengo como pieles duras y cortadas.

¿Qué puedo tener?

En general son plicomas, como pliegues engrosados que pican, duelen y se hinchan, especialmente durante las crisis de alteración del ritmo evacuatorio hacia la diarrea. Suelen mejorar con el tratamiento de la enfermedad intestinal y con la medicación local.

¿Me los puedo operar?

Lo ideal es realizar tratamiento conservador ya que la cirugía consiste en sacar los plicomas, operación que en los pacientes con enfermedad de Crohn se asocia a un retardo de la cicatrización.

¿Qué pasa si el médico me dijo que tengo una fisura anal?

En primer lugar debo tratar la enfermedad en el intestino y realizar tratamiento médico de la fisura ya sea con cremas cicatrizantes o con relajantes del músculo liso (esfínter del ano). Si con el tratamiento médico no mejora pero el paciente no tiene enfermedad en el recto, la cirugía de la fisura es una excelente opción.

Doctor ¿qué pasa con las úlceras o las estenosis?

Aquí nuevamente el tratamiento, comienza por el de la enfermedad intestinal asociado a tratamiento local de las úlceras y en las estenosis la opción es la dilatación ya sea en forma digital (con el dedo), con balones o con bujías.

Doctor tengo un dolor anal terrible, con un bulto caliente. Me siento afiebrado. ¿Qué puede ser?

Es importante en la enfermedad de Crohn, especialmente cuando existe enfermedad perineal que se realice seguimiento conjunto entre gastroenterólogos y coloproctólogos ya que las manifestaciones más frecuentes son los abscesos y fistulas, ambas entidades infecciosas que de no controlarse pueden tener una evolución tórpida, sobre todo en aquellos



pacientes que se encuentran inmunosuprimidos por el tratamiento médico. El dolor anal importante asociado a un bulto caliente, rojo e inflamado con alteración del estado general suele ser un absceso. Existen casos en que solo hay dolor anal intenso con alteración del estado general con fiebre y aumento de los glóbulos blancos, aquí en el contexto de una enfermedad de Crohn se debe sospechar un absceso oculto.

¿Qué se debe hacer si me diagnostican un absceso?

Una vez realizado el diagnóstico de absceso, se debe drenar y asociar antibióticos (ciprofloxacina y metronidazol)

Doctor ¿qué analgésicos puedo tomar luego del drenaje?

Es importante recordar que si tenemos una enfermedad inflamatoria no debo tomar antiinflamatorios no esteroideos (diclofenac, ibuprofeno, aspirina, ketorolak, etc). En caso de dolor poco importante la opción es el paracetamol, si el dolor es importante una opción es el tramadol.

Doctor tengo uno o varios orificios en la cola, a veces me duelen, se hinchan, a veces sale pus, otras veces caca o a veces nada. ¿Qué puede ser?

La presencia de uno o múltiples orificios asociados a la salida de pus si tengo una enfermedad de Crohn me debe llevar a consultar con el coloproctólogo porque lo más probable es que tenga una o varias fistulas.

Doctor me sale "caca" por vagina. ¿Es normal?

La salida de gases o materia fecal por vagina, suele deberse a fistulas (conexiones) entre el recto y la vagina. Además del examen que me hace el coloproctólogo, ¿me tengo que hacer algún estudio más? Lo ideal es que el coloproctólogo realice un examen bajo anestesia asociado a un estudio por imágenes, que puede ser una ecografía endorrectal o una resonancia magnética.

Doctor que me sugiere ¿me opero de las fístulas?

En caso de que las fistulas sean de fácil resolución porque son únicas, no involucran mucha cantidad de esfínter y se asocian a un recto sano, la cirugía es una excelente opción con buenos resultados. Si en cambio el paciente presenta recto afectado por enfermedad de Crohn y o estamos ante una fistula compleja el tratamiento de elección es el combinado, asociando agentes biológicos al drenaje de las fistulas con sedales.

Doctor me pusieron un sedal y me están haciendo tratamiento con infliximab o adalimumab ¿qué cuidados tengo que tener?

Es importante que estos pacientes estén alertados y que el seguimiento se realice en forma conjunta entre gastroenterólogos y cirujanos para descartar el riesgo de un absceso o colección no drenada.

Doctor ¿cuándo me sacan el sedal?

La mayoría de los médicos sugieren entre 3 semanas y 3 meses, estandarizándolo entre la segunda y la tercera infusión de infliximab, considerando que este paso es seguro y efectivo cuando se realiza 1 mes después de iniciar el tratamiento. Aunque en algunos casos se puede mantener el sedal por alrededor de 1 año o más.

Doctor ¿qué pasa cuando todo falla, tengo fistulas que no curan, con dolor, incontinencia, abscesos a repetición y mi recto está enfermo?

Si el tratamiento combinado falla y el paciente es francamente sintomático la conducta a seguir es la cirugía que consiste en sacar el recto y el ano, dejando una ostomía de por vida.

Doctor tengo fistulas perianales y enfermedad de Crohn pero no me duelen, ni me doy cuenta. ¿Me tengo que operar?

Si la fístula es un hallazgo durante el examen realizado por el proctólogo y el paciente no tiene síntomas la cirugía no es necesaria.



Manifestaciones Extraintestinales de la Enfermedad Intestinal Inflamatoria - Parte 1

DRA. IRENE GONZALEZ PARTIDA
DR. YAGO GONZALEZ-LAMA

Médicos Gastroenterólogos de la
Unidad de Enfermedad
Inflamatoria Intestinal.
Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda.
Madrid. España

¿Qué son las Manifestaciones Extraintestinales (MEI)? ¿Por qué se producen?

Las MEI se describen como procesos inflamatorios que afectan a otros órganos diferentes del intestino en el seno de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).

Los mecanismos por los que se producen las MEI no están claros, la teoría más aceptada es que la patología inflamatoria que ocurre en los pacientes con EII fuera del intestino, esta mediada por el mismo mecanismo inmunológico que la inflamación intestinal.

¿Con qué frecuencia aparecen las MEI en pacientes con EII?

Se considera que hasta un 50% de los pacientes con EII van a presentar algún tipo de MEI durante el curso de su enfermedad. En general, son más frecuentes en los pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) que con Colitis Ulcerosa (CU).

¿Siguen el mismo curso evolutivo que la afectación intestinal?

En general, la mayoría de las MEI se diagnostican tras el diagnóstico de la EII.

Sin embargo en algunos casos, la aparición de las MEI puede preceder al diagnóstico de la EII. En cuanto al curso evolutivo, podríamos diferenciar tres tipos de MEI; las directamente relacionadas con la enfermedad intestinal y con un curso paralelo a ella, aquellas que se desarrollan y progresan de forma independiente, y las que guardan una relación incierta con la inflamación intestinal.



¿Qué tipos de MEI existen?

1. Manifestaciones musculo-esqueléticas:

Las espondiloartritis son las MEI más frecuentes y aparecen entre 20-30% de los pacientes con EII y se diferencian según sea afectación periférica (articulaciones que excluyen a la columna vertebral) o axial (relacionada a la columna vertebral).

Aparece generalmente en pacientes entre 25 y 45 años. Clásicamente se distinguen dos tipos: la afectación periférica (las articulaciones de brazos, manos, piernas, etc) y la afectación axial (la columna y el sacro). La primera se suele relacionar con la actividad de la enfermedad intestinal, mientras que la segunda sigue un curso independiente. Pueden coexistir ambas en el mismo paciente también ocurrir también otro tipo de trastornos musculo-esqueléticos derivados del déficit de minerales (calcio, fósforo, magnesio, etc.) y vitaminas (vitamina D y K) a consecuencia de disminución de la ingesta, malabsorción intestinal, incremento de las pérdidas digestivas (diarreas), aumento del requerimiento energético (debido a la intensa actividad inflamatoria) o de la interacción de nutrientes con determinados fármacos (corticoides).

RELACIONADAS CON LA EII

Artritis periférica:

Tipo 1 (pauciarticular)

Tipo 2 (poliarticular)

Artritis axial:

Sacroileítis

Espondilitis anquilosante

Otras manifestaciones:

Artralgias

Entesitis

Tendinitis

CONSECUENCIA DE COMPLICACIONES o TRATAMIENTO DE LA EII

Osteopatía metabólica

Osteoporosis

Osteomalacia

COMPROMISO ARTICULAR:

La MEI más frecuente es la de las articulaciones. Pueden ser afectadas articulaciones grandes y pequeñas, periféricas o del eje axial (columna y articulaciones sacro-ilíacas).

Espondiloartritis Periférica:

Es la MEI más frecuente, puede aparecer antes pero habitualmente se desarrolla durante o después de la EII. Es más frecuente en pacientes con EC colónica o CU extensa. Las articulaciones más afectadas suelen ser rodillas, los tobillos, los codos, las muñecas y las pequeñas articulaciones de manos y pies. La afectación suele ser asimétrica (no afecta por igual a ambos lados del cuerpo) e iniciarse de manera súbita o repentina, con sensación de calor y dolor en las zonas afectadas, eritema y derrame articular (hinchazón de articulaciones por acumulo de líquidos); existe con menos frecuencia una forma progresiva de presentación y pacientes que presentan sólo dolores articulares con escasos signos inflamatorios.



Las artropatías periféricas se dividen en dos grupos:

- **Tipo 1 o pauciarticular:** suele ser aguda y limitada a menos de 5 articulaciones. Afecta a principalmente a articulaciones grandes provocando hinchazón y edema. Existe poca o ninguna destrucción articular. Los brotes son autolimitados y se correlacionan con la enfermedad.
- **Tipo 2 o poliarticular:** es crónica y normalmente bilateral y simétrica. Suele afectar a más de 5 articulaciones pequeñas. Cursa en brotes independientes de la actividad intestinal. El diagnóstico es clínico y de exclusión de otro tipo de artropatía, asociado a una imagen radiológica sin erosiones ni deformidades.

En cuanto al tratamiento, en la tipo 1 se basa en control de la enfermedad y suele responder en 8-10 semanas tras control del brote. El uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) debe hacerse con cautela, ya que puede provocar o impedir el control de un brote de la EII. En paciente con artropatía y EII se recomienda el uso de inhibidores selectivos de la ciclo-oxigenasa (COX)-2, que ayudan a controlar los síntomas en un 60% de los casos. Aunque si el paciente presenta recaída clínica de la EII lo razonable sería suspenderlos.

En el tipo 2, la sulfasalazina es el primer escalón terapéutico. Metotrexato asociado a ácido fólico para disminuir el riesgo de efectos adversos, puede usarse en casos refractarios a sulfasalazina.

TIPO 1 - PAUCIARTICULAR

- Articulaciones grandes (tobillo, rodilla, etc)
- Menos de 5 articulaciones
- Aguda, asociado a la enfermedad
- Hinchazón, edema
- Se asocia a otras MEI (eritema nodoso, úlceras orales, uveítis)

TIPO 2 - POLIARTICULAR

- Articulaciones pequeñas, simétricas
- Más de 5 articulaciones
- Crónica e independiente a la enfermedad
- No hay deformación
- Solo se asocia a uveítis



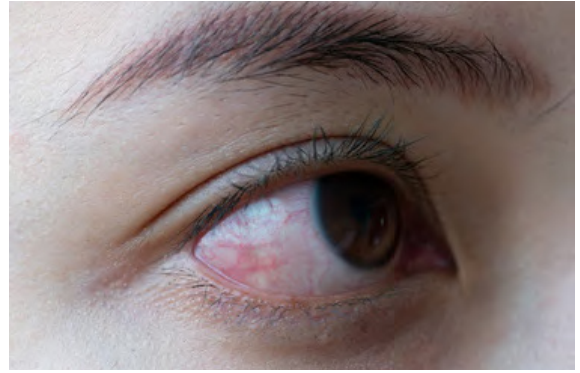
Espondiloartritis axial:

En cuanto a la afectación axial incluye Espondilitis Anquilosante (EA) y Sacroileítis que no son paralelas a la enfermedad. Entre un 25-75% de los pacientes con EA son HLA-B27 positivo. El curso clínico es progresivo con dolor de espalda intenso que asocia rigidez, generalmente tras la inactividad y mejora con el ejercicio, por lo que es típicamente matinal y a veces incluso despierta al paciente en la segunda mitad de la noche.

En la exploración física destaca limitación de movilidad espinal y reducción de la expansión torácica, en casos avanzados aparece vértebras cuadrangulares, proliferación ósea y anquilosis, clásicamente conocida como columna en “caña de bambú”. La resonancia magnética es el “gold standard” para el diagnóstico. El tratamiento se basa en ejercicio físico, para preservar la movilidad espinal.

Los analgésicos tipo AINES pueden ayudar al control de los síntomas, aunque en general no se pueden recomendar en el seno de la EII, al menos de forma prolongada. En general la sulfasalazina, el metotrexate y la azatioprina no son eficaces en el tratamiento de la EA. Los tratamientos biológicos anti-TNF son de elección en la mayor parte de los casos en los que se dan EII y espondiloartritis axial. Estos parecen reducir la proliferación ósea y casos tempranos la progresión radiológica.

Además puede existir inflamación a nivel de la inserción de los tendones en el hueso provocando erosión y proliferación ósea, denominado entesitis. El 2-4% de los pacientes con EA asocian dactilitis o “dedo en salchicha”.



Osteoporosis:

No se considera una verdadera MEI sino más bien una complicación derivada de la enfermedad o del tratamiento de la misma y puede aparecer hasta en el 50% de los pacientes con EII.

Se trata de una pérdida disminución de la masa ósea y una alteración de la calidad del hueso que condicionan un aumento de la fragilidad ósea y el consiguiente riesgo de fracturas. La fractura por fragilidad u osteoporótica es el principal síntoma y es aquella ocasionada por un traumatismo de bajo impacto, incluyendo las caídas que se producen estando de pie a nivel del suelo o estando sentado.

Las localizaciones más características son la región proximal del fémur (fracturas de cadera), el tercio distal del antebrazo (fracturas de muñeca) y las vértebras. La fractura vertebral es la manifestación clínica más común y a menudo pasa desapercibida.

Aproximadamente un tercio son sintomáticas, produciendo un dolor agudo intenso, que mejora con reposo y cede en semanas o meses.

Los principales factores de riesgo son: uso prolongado de corticoides, actividad de la enfermedad, afectación extensa de intestino delgado, hospitalización, tabaco y déficits nutricionales. Tanto como para el tratamiento como para la prevención se recomienda ejercicio físico regular, evitar el tabaco y suplementos de calcio y vitamina D, sobre todo mientras se encuentre en tratamiento con corticoides.

(ver Capítulo de Osteoporosis).

2. Manifestaciones dermatológicas:

El **eritema nodoso** aparece en 4,2 - 7,5% de los pacientes, siendo más prevalente en la EC que en CU. Se describe como nódulos inflamatorios de 1-5 cm en zonas anteriores o extensoras, generalmente de miembros inferiores, pero también pueden aparecer en tronco y cara. La evolución suele ir paralela a la actividad de la EII y responder al tratamiento de la misma.

Pioderma gangrenoso es una MEI más asociada a CU que a EC, alrededor de un 0,6-2,1% de los pacientes con CU desarrollan PG. La lesión inicial son pústulas estériles que evolucionan a ulceraciones más profundas. Aparecen en pacientes con enfermedad grave o afectación colónica. El diagnóstico es clínico (generalmente basta con verlo, pero una biopsia puede ayudar). El tratamiento incluye corticoides sistémicos, anti-TNF o inhibidores de la calcineurina orales o tópicos. Anteriormente el tratamiento se basaba en el uso de corticoides asociado a ciclosporina oral o tacrolimus intravenoso en casos refractarios. Ahora el uso de infliximab (IFX) en pacientes refractarios a corticoides es la norma, con buenos resultados.

Las **aftas orales** ocurren en el 10% de los pacientes con CU y hasta el 30% de los pacientes con EC. Suelen resolverse de forma rápida tras control de la EII. Clínicamente es útil el uso de lidocaína viscosa al 2% asociada a triamcinolona al 0,1%.

La **psoriasis** es una enfermedad de la piel que afecta al 1-2% de la población, aumentando la incidencia en pacientes con EII hasta el 7%, especialmente en EC. Son lesiones eritematosas (coloradas) cubiertas de escamas blanquecinas de tamaño variable.

Las localizaciones más frecuente es en codos, rodillas y cuero cabelludo. Existen lesiones menos frecuente, tipo pústula (lesiones de pequeño tamaño, inflamadas y llenas de pus) localizadas en palmas de manos y plantas de los pies. El uso de tratamientos como anti-TNF puede desencadenar brote de psoriasis, aún en pacientes sin antecedentes de esta enfermedad. El tratamiento debe ser indicado por un dermatólogo y por lo general las lesiones más leves pueden tratarse con corticoides u otros tratamientos tópicos.

3. Manifestaciones oculares:

La inflamación ocular (epiescleritis y escleritis) e intraocular (uveítis) relacionada con la EII se asocia con la activación y la infiltración de células que corresponden al sistema inmune innato y adaptativo dentro del tejido ocular. A veces no es fácil de identificar, pero es importante el diagnóstico precoz de las uveítis por que pueden ser causa de ceguera.

Epiescleritis se define como enrojecimiento indoloro de la conjuntiva y esclera sin déficit visual asociado. Suele aparecer en mujeres de forma uni o bilateral. La afectación es paralela a la enfermedad y responden a tratamiento antiinflamatorio. La epiescleritis y la uveítis anterior son las MEI oculares más frecuentes en la EII. La primera suele ser paralela a la actividad intestinal, mientras que la uveítis puede ser independiente.

La **uveítis** es una afectación dolorosa asociada a visión borrosa, fotofobia y cefalea.

La **escleritis** al igual que la uveítis suele ser dolorosa. Es una afectación crónica caracterizada por edema e infiltración celular de la esclera, lo que provoca alteraciones visuales.

El tratamiento de la escleritis y de la uveítis deber ser referido a un oftalmólogo, e incluye corticoides sistémicos, inmunosupresores y anti-TNF.

4. Otras MEI menos frecuentes:

Existen otro tipo de MEI muchos menos frecuentes, entre las que se encuentran la colangitis esclerosante primaria, en la que se produce una inflamación y destrucción del sistema biliar con la consecuente alteración del perfil hepático pudiendo aparecer ictericia, prurito, astenia y dolor abdominal en los casos avanzados.

Además, algunos pacientes pueden presentar también manifestaciones pulmonares y renales.

Manifestaciones extraintestinales de la EII.

Consejos prácticos - Parte 2

DR. ROQUE SAENZ FUENZALIDA

Médico Gastroenterólogo
Profesor de Medicina. Facultad de Medicina Clínica
Alemana de Santiago Universidad del desarrollo.
Consultor Clínica Alemana
Santiago, Chile.

Introducción.

Luego del brillante capítulo de nuestros colegas españoles sobre el tema, es de interés poder aportar algunos consejos prácticos para las personas con EII, esos que ayudan en el día a día.

Enfermedad Inflamatoria intestinal (EII) están en aumento y en el trabajo clínico en general y en el gastroenterológico en particular, existen múltiples aristas de manifestaciones clínicas que comprometen a otros órganos y sistemas, que involucran a otras especialidades clínicas. Las más frecuentes comprometen a las articulaciones, piel, ojos y menos frecuentemente, hígado, pulmones o páncreas.

Las EII, deben ser consideradas patologías multi-sistémicas por esta razón y no solamente intestinales.

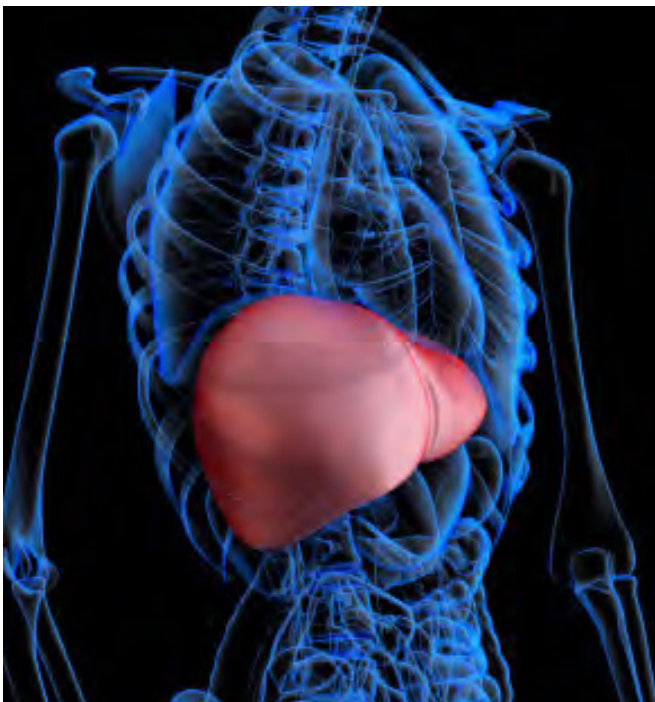
Estas pueden aparecer antes, durante o después de la fase de actividad clínica activa. Pueden encontrarse además patologías autoinmunes asociadas como Tiroiditis, Psoriasis y Enfermedad Celíaca.

Como ya se ha mencionado, estas manifestaciones son variables en su expresión y en su gravedad. Pueden sin embargo, no presentarse en la evolución de la enfermedad, que es lo más frecuente, también pueden presentarse aisladas o asociadas, en formas leves y rara vez complicadas, transformándose en el evento principal de la enfermedad, afectando la calidad de vida. A los 30 años de la evolución de la enfermedad la mitad de los pacientes ha presentado al menos alguna de las MEI.

Los médicos de otras especialidades (reumatólogos, oftalmólogos, dermatólogos, hepatólogos, entre otros) relacionadas con estas manifestaciones, deben estar también alertas a su presentación y significado clínico y asociarse con el gastroenterólogo en su enfrentamiento conjunto.

Para cumplir nuestro propósito de dejar consejos prácticos a partir de un síntoma, daremos recomendaciones y alertas que deberían motivar cómo, donde y cuando realizar una consulta.





DOLOR ARTICULAR: Artralgia.

El **dolor** articular se llama artralgia, y se acompaña además de un aumento de volumen (hinchazón), y enrojecimiento, provocando dificultades para mover esa parte afectada con imposibilidad de realizar las tareas cotidianas, actividad física y artes manuales.

Se denominan articulaciones periféricas a aquellas que no conforman la columna vertebral.

Ante esta situación que hacer?

Una conducta que espontáneamente se piensa, es consultar al traumatólogo, pensando que es un tema de esa especialidad. Es así, como entonces y sin relacionarlo con la EII, no se le comenta a ese médico que la padecen. Sin este dato, el diagnóstico en el que ese médico pensará rápidamente será una infección en la articulación, llamado esto Artritis Séptica. Por lo cual, le seguirá una punción para extraer líquido destinado al análisis buscando al germen infeccioso. Pero estas afecciones no son infecciosas, es decir: no hay germen. Con esta conducta solo se conseguirá poner en riesgo una articulación limpia con una punción innecesaria, práctica que puede generar una infección donde no la había.

Consejo:

- **Ante una artralgia, hinchazón y/o enrojecimiento consulta a tu médico EII.**
- **Esto expresa actividad de la EII y se resolverá con el tratamiento del brote.**
- **No permitas nunca una punción de una articulación sin que tu médico EII lo sepa.**
- **Siempre avisa de tu condición EII a cualquier médico que no sea del equipo de Unidad de Enfermedades Inflamatorias.**
- **Las manifestaciones extraintestinales más frecuentes son las articulares.**
- **El síntoma que las acompaña es el DOLOR, llamada ARTRALGIA.**
- **El compromiso puede acompañar al brote de la EII y otras veces tienen un curso independiente.**
- **La afectación puede ser de articulaciones periféricas (que no compromete la columna y otra axial (que si la compromete)).**

COMPROMISO EN LA PIEL:

El **Eritema Nodoso** y el **Pioderma Gangrenoso** aparecen como lesiones que comienzan siendo enrojecidas, que duelen y/o pican y se va transformando en un nódulo. En el caso del pioderma, se comienzan a úlceras y toman una coloración negro-violácea. Es por ésto que son confundidas inicialmente como *picaduras de insectos* o *alergias*.

Consejo:

- **Ante una lesión en la piel, sea cual fuere debes consultar a tu médico EII.**
- **Esto expresa actividad de la EII y se resolverá con el tratamiento del brote.**
- **Siempre avisa de tu condición EII a cualquier médico que no sea del equipo de Unidad de Enfermedades Inflamatorias.**



COMPROMISO EN OJOS:

Epi escleritis: Es la inflamación de la capa mas externa del ojo (esclera). El compromiso ocular en la EII se manifiesta con el "ojo rojo", es decir que la parte blanca del ojo aparecerá irritada, roja parecida a la conocida conjuntivitis pero a diferencia de ésta, no es infecciosa, sino autoinmune.

La **Uveítis** consisten en la inflamación de la segunda capa del ojo. Se produce en forma independiente de la actividad de la EII y se caracteriza por ser de instalación lenta y duradera, bilateral, dolorosa, producir ojo rojo, visión borrosa e intolerancia para ver la luz. No hay clara relación con la actividad de su enfermedad, y puede presentarse antes del diagnóstico de EII. El diagnóstico lo debe realizar el oftalmólogo y debe ser tratado localmente o por vía general, con esteroides para evitar complicaciones.

Consejo:

- **Ante la aparición de "ojo rojo" debes consultar a tu médico EII y solicitar simultáneamente una consulta con el oftalmólogo.**
- **Si además aparece dolor ocular, visión borrosa y sensibilidad a la luz debes saber que es una urgencia que requiere rápida atención y deberás consultar rápidamente.**
- **Siempre avisa de tu condición EII a cualquier médico que no sea del equipo de Unidad de Enfermedades Inflamatorias.**

Palabras finales: Las MEI, pueden ser complejas, debiendo estar siempre atentos en identificarlas, tratar precozmente y seguir su evolución ya que suelen mejorar con el tratamiento de la enfermedad de base o terapias específicas. Se requiere de un enfoque multidisciplinario.

Enfermedades Asociadas a la Enfermedad Intestinal Inflamatoria: *Enfermedad Celíaca.*

DRA. MARIA LAURA MORENO

Médica Gastroenteróloga
Unidad de Intestino Delgado
Hospital Bonorino Udaondo
Buenos Aires, Argentina.

Derribando mitos:

Cuando de la Enfermedad Celíaca se trata siempre me gusta empezar derribando mitos.

Los mitos más importantes alrededor de esta enfermedad son: 1) “que es una enfermedad rara” 2) “que se presenta en niños” 3) “que se manifiesta siempre con diarrea y pérdida de peso.”

Comencemos...

Mito 1.

La Enfermedad Celíaca (EC) es una enfermedad muy frecuente en nuestro país y en muchos países de Europa, Asia y en todo el mundo. Afecta aproximadamente al 1% de la población general. Es decir que cada 100 personas una de ellas es celíaca. Hay pocos estudios epidemiológicos en Argentina para determinar la prevalencia de las enfermedades. Un estudio realizado en la ciudad de La Plata, en Buenos Aires, a cargo del Dr. Juan Carlos Gómez mostró una prevalencia de 0,7% de EC en estudios realizados en análisis prenupciales.

Se puede decir que la EC en las últimas décadas ha sufrido un aumento considerable en su prevalencia y muchas son las teorías acerca de este cambio. Es cierto que los médicos hemos aprendido más acerca del genio de la enfermedad, como sospecharla y también mejoraron las herramientas para el diagnóstico. ¡Una buena! Por otro lado, existen algunas hipótesis que intentan explicar el cambio epidemiológico: existe en el mundo un consumo aumentado de trigo aún en países donde antes se consumía más arroz o maíz, y además el trigo que consumimos está genéticamente modificado y por lo tanto se ha vuelto más “tóxico” o con mayor capacidad para despertar a nuestro sistema de defensa (sistema inmune)

Primer mensaje: La Enfermedad celíaca es muy frecuente.

Mito 2.

La enfermedad celíaca compromete tanto a niños como adultos, mujeres y varones y puede manifestarse a cualquier edad de la vida. Muchas veces vemos en la práctica clínica que se pone de manifiesto luego de un embarazo o una situación de estrés. Muchas veces el diagnóstico se retrasa a pesar de que los pacientes sufren durante años síntomas.

Mito 3.

Esta enfermedad afecta el intestino delgado, allí donde se produce la digestión y absorción de los alimentos, y de donde obtenemos nutrientes, vitaminas y minerales. Cuando se produce la enfermedad, el intestino delgado pierde su capacidad habitual de digerir y absorber los nutrientes y de ese modo pueden aparecer síntomas digestivos tales como diarrea, dolor e hinchazón abdominal y



pérdida de peso. Estos son los síntomas considerados como “clásicos” aunque no son la forma de presentación más frecuente de la enfermedad. **Los síntomas** más frecuentes en los niños son: diarrea crónica o recurrente, distensión abdominal, fallas en el crecimiento, baja talla, pérdida del apetito, vómitos, constipación e irritabilidad.

La Enfermedad Celíaca es considerada una enfermedad autoinmune con repercusión a nivel de todo el organismo por lo que se considera sistémica. Clásicamente puede presentarse como una anemia crónica por déficit de hierro, en la mayoría de los casos, o también por déficit de ácido fólico y vitamina B 12 en menor frecuencia. Puede manifestarse en la piel y mucosas: como Dermatitis Herpetiforme, alopecia o caída del cabello, aftas a repetición en la cavidad oral, asociación con Vitiligo (enfermedad en la piel caracterizada por placas sin pigmentación), defectos en el esmalte dental. Puede afectar el hueso y generar alteraciones en el metabolismo del mismo generando disminución de la densidad mineral ósea expresada como osteopenia u osteoporosis y riesgo aumentado de fracturas óseas. Alteraciones gineco-obstétricas tales como una primera menstruación o “menarca” a edades tardías; menopausia a edades tempranas, infertilidad relativa, abortos a repetición, recién nacidos de bajo peso. Trastornos neurológicos: tales como cefalea, convulsiones y calcificaciones cerebrales (occipitales), irritabilidad en los niños, ansiedad y depresión, polineuropatías, ataxia y aún autismo. Trastornos hepáticos como aumento de enzimas hepáticas (transaminasas) en el laboratorio, hígado graso, enfermedades autoinmunes hepáticas asociadas tales como Hepatitis Autoinmune y Cirrosis Biliar Primaria.

La clásica presentación clínica con diarrea se ve en menos del 50% de los pacientes y en las últimas décadas se han reconocido estas formas subclínicas de presentación no tan clásicas, pero sí más frecuentes. Muchas veces el diagnóstico se hace como hallazgo durante un estudio digestivo por endoscopía en pacientes con síntomas de reflujo (acidez o ardor por detrás del esternón) Muchos pacientes pueden tener diagnóstico previo de “síndrome de intestino irritable” por sus síntomas digestivos. En los últimos años se ha encontrado la enfermedad en pacientes con constipación y obesidad. Se conoce su asociación con patologías como Diabetes tipo I, Síndrome de Down y enfermedad Tiroidea u otras enfermedades autoinmunes, por lo que se reconocen estas entidades como asociadas y se recomienda descartar la Enfermedad Celíaca en estos grupos de mayor riesgo. La prevalencia de la enfermedad en familiares de primer orden (padres, hermanos e hijos) es aproximadamente del 10% y se aconseja estudiar a los familiares con análisis de anticuerpos para descartar la EC (pesquisa familiar).

¿De qué se trata? ¿Por qué se desarrolla la enfermedad?

Se conoce que la enfermedad es desencadenada por la intolerancia del sistema inmune a proteínas derivadas del “Gluten” contenido en alimentos con trigo, avena, cebada y centeno. El gluten carece de valor nutricional, pero es el responsable de la elasticidad de la masa de harina que le da esa consistencia esponjosa a los panes y masas horneados. Esta proteína es rica en aminoácidos llamados glutamina y prolina y es digerida parcialmente en el tracto gastrointestinal humano.



Estas moléculas no digeridas, resistentes a la digestión por las enzimas gástricas, pancreáticas e intestinales, permanecen en la luz intestinal y atraviesan la barrera intestinal interactuando con células propias del sistema de defensa (Sistema Inmune). Así se desencadena una serie de eventos que llevan a la reacción inflamatoria, caracterizada por la llegada a los tejidos de células de inflamación crónica y como consecuencia destrucción y “atrofia de las vellosidades” intestinales. De este modo pierden su capacidad de absorber mientras el gluten siga presente en la dieta.

Hagamos un buen diagnóstico: PASO A PASO.

El diagnóstico comienza con la sospecha clínica en relación a los síntomas por los que consulta el paciente o por el hallazgo de alteraciones en análisis de laboratorio de rutina. Muchas veces los pacientes que vienen a la consulta refieren que mejoran sus síntomas o disconfort abdominal al realizar dieta “sin harinas” o “sin gluten”, otras veces ellos comenzaron por su cuenta una dieta sin gluten o por indicación del médico de atención primaria. Este es el primer obstáculo que encontramos para avanzar en el proceso de diagnóstico. Si existe la sospecha de que el paciente puede ser celíaco la primera conducta será solicitarle análisis específicos mientras el paciente se encuentra consumiendo gluten para no confundir la interpretación de los resultados.

“Mejoran los síntomas al excluir las harinas”

Esta premisa tiene un valor diagnóstico muy bajo (menor del 30%) para la EC. Dejar de comer harinas y sentirse mejor es un aspecto que comparten pacientes con síndrome de colon irritable, intolerantes a carbohidratos, celíacos y aquellos que padecen sensibilidad al gluten no celiaca. Por qué utilizar ese método diagnóstico de tan baja sensibilidad y especificidad cuando existen marcadores en sangre (anticuerpos) que nos ofrecen una seguridad diagnóstica casi cercana al 100% para la Enfermedad celíaca?



Primer paso:

Solicitar análisis de anticuerpos específicos en sangre.

Las personas celíacas generan anticuerpos específicamente dirigidos contra el gluten: (**anticuerpos anti- péptidos deaminados de gliadina o DGP, de tipo Inmunoglobulina A y tipo G**) y otro contra una enzima intestinal llamada **Transglutaminasa tisular (anti transglutaminasa)**, ambos pueden ser cuantificados en un análisis de sangre. Estos análisis específicos tienen en la mayoría de los casos gran certeza para el diagnóstico, los que llamaremos anticuerpos o serología específica. No se solicitan en un análisis de sangre de rutina, de modo que el médico debe sospechar la enfermedad y solicitarlos particularmente. Los anticuerpos antigliadina (AGA IgA o AGA IgG) de primera generación que usábamos anteriormente ya no se utilizan en el diagnóstico por su bajo grado de capacidad para diagnosticar. El anticuerpo de elección es la anti transglutaminasa tisular.

Segundo paso:

Realizar biopsias intestinales.

Cuando estos anticuerpos se encuentran aumentados en sangre, sumado a la sospecha clínica, nos vemos en la necesidad de avanzar en el proceso de diagnóstico hacia el siguiente escalón que consiste en la confirmación a través de una biopsia intestinal. Este estudio se realiza con una endoscopia digestiva del tracto gastrointestinal alto que nos permite



acceder al duodeno, primera porción del intestino delgado, para realizar la toma de muestras intestinales. Estas serán evaluadas por un patólogo para el diagnóstico definitivo. Existe acuerdo acerca de que la enfermedad puede tener una afectación “en parches”, es decir que algunos sectores pueden no estar afectados o estarlo en distinto grado. Es por eso que se demostró que un número adecuado de muestras (seis) mejora la probabilidad diagnóstica.

¿Es muy frecuente escuchar a los pacientes celíacos preguntar “Qué grado de celíaco soy?”

Es importante aclarar que los médicos utilizamos múltiples clasificaciones. Una de ellas tiene que ver con lo que encontramos en la biopsia y el grado de atrofia de las vellosidades según sea leve, moderada o severa. Esta clasificación no tiene valor pronóstico ni tampoco determina un requerimiento distinto con respecto al grado de adherencia al tratamiento con la dieta libre de gluten. De modo que sólo sirve para el diagnóstico. Dado que las pruebas de anticuerpos en sangre tienen una seguridad diagnóstica muy alta (cerca al 96% en poblaciones con alta sospecha de la enfermedad) se ha planteado muchas veces cuál es la necesidad de someter a los pacientes a un estudio endoscópico e invasivo.

Existe cierto grado de acuerdo entre los médicos pediatras que atienden a niños, que bajo ciertas condiciones podrá no ser necesario realizar biopsias. Y esto tiene que ver con criterios clínicos y de laboratorio

establecidos en guías de práctica clínica. Estos criterios incluyen valores de anticuerpos anti-transglutaminasa altos, por encima de 10 veces el valor normal, anticuerpo antiendomio positivo en una muestra de sangre diferente, estudio genético positivo (HLA DQ2/DQ8).

En la población adulta todavía no hay acuerdo y la biopsia sigue siendo necesaria para el diagnóstico.

¿Hablemos un poco de genética?

La genética juega su rol en el desarrollo de la enfermedad ya que se conocen algunos genes asociados a la EC (HLA-DQ2 y HLA-DQ8) Sin embargo, existen en la población general muchas personas que son portadoras de estos genes y no tienen ni tendrán la enfermedad, es decir que la presencia de los genes es necesaria pero no suficiente para desarrollar la enfermedad. **Las determinaciones de estos genes no son de utilidad en el diagnóstico inicial de la enfermedad y solo se deben solicitar en casos particulares donde existe duda diagnóstica o para identificar familiares de pacientes celíacos con mayor riesgo que deban recibir un seguimiento particular.**

Cuáles son los consejos prácticos para el tratamiento:

No existe hasta ahora ningún tratamiento con remedios o fármacos para tratar la EC. El tratamiento de la enfermedad consiste en una dieta sin gluten que debe ser estricta y para toda la vida, es decir que no existen permisos ni días libres. La dieta estricta es la única que permite la recuperación de las características normales del intestino y sus vellosidades y así la restitución de sus funciones. Ser celíaco es una condición permanente que no se cura, pero sí se trata. Se ha demostrado que la dieta libre de gluten controlada por una nutricionista experta, de modo que sea balanceada, rica en vitaminas y minerales, será saludable y eficaz para mejorar el estado de salud de los pacientes con síntomas e igual de necesaria en pacientes asintomáticos. Los pacientes celíacos que cumplen la dieta reconocen la mejoría en su calidad de vida en



forma general y de los síntomas digestivos en particular. Recuperan la energía que habían perdido. Es cierto que no es fácil hacer una dieta toda la vida, pero es el único tratamiento efectivo que existe hasta la actualidad para la enfermedad y requiere un proceso de aprendizaje, ensayo y error y el primer paso es aceptar la enfermedad, conocer los efectos que produce en el organismo y defenderse de ellos haciendo una dieta segura. La exclusión del gluten de la dieta generalmente lleva a una mejoría clínica en días o semanas, y mejora en la calidad de vida de los pacientes. La recuperación de la atrofia de las vellosidades es mucho más lenta y puede llevar meses o años especialmente en adultos. La dieta debe ser monitoreada por una nutricionista experta y no es auto gestionable.

Los pacientes con Enfermedad celíaca pueden consumir todo lo que es de origen natural como carne vacuna, pollo, pescado, verduras y frutas frescas y estos alimentos deben ser incluidos en la dieta para que sea variada y más nutritiva.

Si bien el trigo, avena, cebada y centeno deben ser excluidos de la dieta existen otros cereales permitidos como arroz, maíz, amaranto, quinoa, mandioca, legumbres (lentejas, garbanzos, porotos, soja), frutos secos (almendras, nueces, castañas, avellanas), semillas (de girasol, lino y zapallo). Se podrán consumir granos de arroz y de maíz de cualquier marca envasados; harinas de mandioca, de papa, de soja y sus derivados envasadas y de marcas permitidas, como así también premezclas elaboradas con harinas permitidas. Existe una dieta de iniciación adaptada a las condiciones del intestino que será baja en hidratos, con lácteos sin lactosa, y baja en fibras para contribuir a la mejoría clínica. Esta dieta será transitoria y a medida que el intestino se recupera se pueden introducir otros alimentos.

Debe existir un equipo de salud al cuidado del paciente integrado por médicos gastroenterólogos, nutricionistas, psicólogos y asistentes sociales que monitoreen la dieta y el grado de adherencia a la misma y las dificultades que puedan surgir para cumplir con ello.

Existen asociaciones para ayuda a los pacientes celíacos que editan libros con las marcas aptas y permitidas de los productos a los que es necesario consultar. La dieta sin gluten generalmente es cara haciendo el tratamiento problemático para algunos pacientes con recursos económicos limitados. En los distintos distritos existen formas de apoyo gubernamental que si bien es escaso algo nos ayudan.

Mensajes importantes:

1) “no eliminar el gluten de la dieta antes de finalizar el proceso de diagnóstico”

La ingestión de pequeñas cantidades de gluten o lo que llamamos “trazas” puede ser capaz de producir lesión de las vellosidades intestinales aun sin la aparición de síntomas clínicos. No existe forma de evaluar la sensibilidad individual a partir de la cual cada persona es capaz de sufrir lesión dependiente del gluten por lo que el consejo médico es cumplir la dieta en forma estricta.

Hacer una dieta sin gluten segura requiere un aprendizaje y un monitoreo frecuente con el médico y la nutricionista experta que ayudara a implementar tips adecuados a la edad y actividad diaria de cada paciente particular.

2) el seguimiento con la nutricionista experta nos permitirá corregir el consumo de gluten oculto, la contaminación cruzada por ejemplo en el uso de utensillos o transgresiones menores a la dieta.

3) se debe tener cuidado especial cuando se come afuera de la casa ya que la manipulación de alimentos en bares y restaurantes o comedores colectivos puede no ser segura y sufrir contaminación. Es frecuente el uso del mismo aceite para freír productos con gluten y sin gluten como para citar un ejemplo.

“ante la duda...abstente”

4) ante la duda si un producto pueda contener gluten la mejor opción seria no consumirlo siguiendo el tratamiento en forma responsable.

5) como regla general deben evitarse consumir alimentos de venta en la calle, productos artesanales o sueltos que no sean de marcas reconocidas como libres de gluten y permitidas.

6) no será suficiente la elección de productos para consumo guiándose solamente por la presencia del logo de “apto celiaco” o “sin TACC”, sino que se recomienda tener listados actualizados de productos aptos y marcas seguras generalmente provistos por asociaciones celiacas o por internet del ANMAT. (www.anmat.gov.ar/alimentos/alimentos.asp) opción listado de alimentos libres de gluten)

Una dieta libre de gluten puede ser la elección de una dieta saludable para cualquier persona que por distintos motivos elija seguirla, ya sea por salud, para bajar de peso, para mejorar la distensión abdominal o el rendimiento deportivo o porque está de moda. Pero en lo que a la Enfermedad Celíaca se refiere, es fundamental primero descartar o confirmar el diagnóstico antes de empezar una dieta sin gluten y realizar los estudios de sangre y biopsia duodenal mientras el paciente se encuentra realizando una dieta conteniendo gluten. Empezar la diet sin completar el proceso de diagnostico “embarra la cancha” y vuelve los resultados confusos y mas dificiles de interpretar.

Enfermedad Intestinal Inflamatoria en niños y adolescentes.

DR. ALEJANDRO COSTAGUTA
DRA. MONICA CONTRERAS

*Médico Gastroenterólogo.
Jefa del Servicio de Clínica Médica y Coordinadora
de la Clínica Interdisciplinaria de EII.
Hospital Garrahan.
Buenos Aires, Argentina.
**Médico Pediatra Gastroenterólogo.
Sanatorio de Niños de Rosario
Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal
Hospital Provincial Centenario.
Santa Fé, Argentina

Introducción:

Aproximadamente entre el 5 y el 10% de los pacientes con EII se diagnostica antes de los 18 años de edad. Esto significa un reto especial dado que, a diferencia del adulto, el niño o adolescente afectado recibe el impacto de una enfermedad crónica en una etapa en la que debe crecer, madurar y desarrollarse. Este es el motivo por el cual es conveniente que sean atendidos por especialistas pediátricos.

Aunque todavía no disponemos de una “curación”, los tratamientos actuales permiten mantener la enfermedad bien controlada (sin síntomas) en la mayoría de los pacientes, durante la mayor parte del tiempo. Para ello, sin embargo, es importante cumplir con los controles y tratamientos pautados con el equipo médico.

A continuación, repasaremos algunos aspectos destacados del diagnóstico, control y tratamiento de la EII en los niños y adolescentes, enfocándonos particularmente en las características que hacen especiales a estos pacientes.

¿En qué se diferencia la enfermedad inflamatoria de los niños respecto a la de los adultos?

La enfermedad es la misma en adultos que en niños, aunque en ocasiones decimos que “un niño no es un adulto pequeño” y que “estas enfermedades tienen particularidades que la hacen diferente”.

En general, la EII en la infancia es más severa, más extensa y más compleja si la comparamos con la población adulta. Dado que el niño es un individuo en desarrollo, cualquier enfermedad crónica que ocurra en este período de la vida puede alterar el curso de su maduración, especialmente en el crecimiento y en el desarrollo sexual, siendo esta una de las manifestaciones más distintivas.

Los síntomas generales (diarrea crónica, deposiciones con moco y sangre, pujos, tenesmo, pérdida de peso, dolor abdominal, enfermedad perianal) asociados o no a enfermedades extra-intestinales como articulares, dermatológicas, hepato-biliares, etc, también pueden presentarse en pediatría, incluso estas últimas pueden preceder en años a las manifestaciones clásicas de las EII.

Otra diferencia fundamental está dada porque al ser enfermedades crónicas que aparecen precozmente en la vida, tienen una evolución muy larga, tanto cuanto dure la vida del paciente y, por ello es más probable el desarrollo de complicaciones a largo plazo.

Señalaremos la más importante:





Afectación de la talla:

A diferencia de lo que ocurre en la población adulta, la afectación del crecimiento es específica de esta edad y mucho más cuando se retrasa el diagnóstico, fundamentalmente en la Enfermedad de Crohn (EC).

Las razones son varias:

- el niño come menos porque tiene poco apetito (anorexia)
- el niño come menos para evitar el dolor abdominal y la diarrea que a menudo aparecen tras las comidas.
- por la inflamación y ulceración de la mucosa del intestino, se pierden a través de las heces parte de los nutrientes
- durante la fase activa de la enfermedad inflamatoria el organismo consume más calorías de lo habitual.

Por lo tanto se produce un balance negativo que se traduce en pérdida de peso y así en el crecimiento y maduración sexual. En la colitis ulcerosa (CU) la alteración del crecimiento es excepcional al momento del diagnóstico, aunque un pequeño grupo de niños con esta enfermedad verán afectado su desarrollo a medida que la enfermedad no está controlada.

Dificultades en el diagnóstico:

En ciertas ocasiones, alrededor del 10 % de los pacientes con EII, y en mayor porcentaje cuando la EII se presenta en edades muy tempranas (< 5 años) es posible que con los métodos actuales (endoscopia, imágenes) disponibles no podamos establecer un diagnóstico de certeza en cuanto a que entidad (CU o EC) se trata. Es así que los médicos hablamos de Enfermedad Inflamatoria aun no clasificada (EII NC). Probablemente con el tiempo se establezca el diagnóstico definitivo. Esta situación muchas veces crea incertidumbre y posiblemente nos encontremos ante pacientes o su familia que nos cuestionen:

"Mi médico no me dice si mi hijo tiene una enfermedad de Crohn o una Colitis Ulcerosa!"

No piense que su médico especialista no entiende bien su enfermedad, ya que el más avezado profesional puede estar frente a esta situación. Si no tiene confianza, puede buscar una segunda opinión, pero debe saber que esto puede ocurrir.

ALGUNAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA EII QUE ES IMPORTANTE CONOCER.

Cuando nos enfrentamos al diagnóstico de una enfermedad crónica experimentamos temor y cuando la enfermedad además es

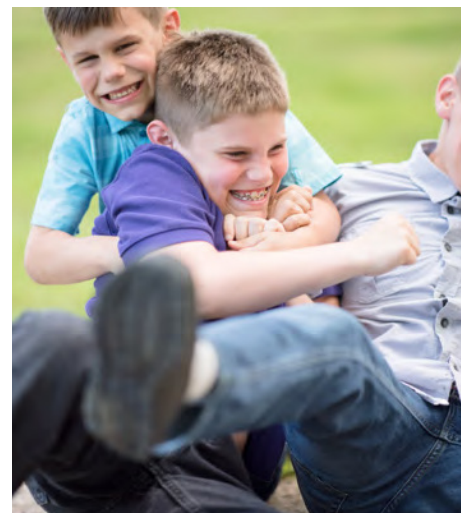
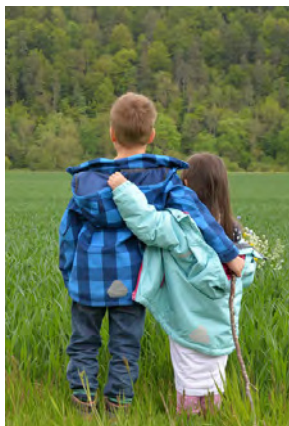
conocida, el temor que se produce es mayor.

Por ese motivo, uno de los primeros

"remedios" que recomendamos a nuestro pacientes es conocer el problema lo mejor posible. Conocer otorga dominio sobre

situación, generando alivio y confianza. Conocer es importante, pero también implica

buscar información en fuentes confiables.





A continuación, repasaremos algunas de las dudas más frecuentes que suelen plantearse en las primeras consultas:

¿Los problemas psicológicos pueden desencadenar una EII?

Así como los alimentos, los problemas psicológicos (situaciones de stress) pueden tener el mismo efecto, empeorando los síntomas, pero no capaces por sí mismos de provocar la enfermedad.

¿La EII puede causar la muerte?

Esta es una pregunta que pocas veces nos atrevemos a plantear en forma abierta, pero está latente desde el primer día. La respuesta más simple es: NO, la EII es crónica y, a veces, de difícil manejo, pero no afecta la expectativa de vida de quienes la padecen.

¿Es contagiosa?

No. La EII no puede pasar de una persona a otra, por lo que no es necesario tomar ninguna precaución especial entre los convivientes o compañeros de actividades. Esto también significa que no la hemos contraído de nadie con que tuviéramos contacto.

¿Tiene cura?

La EII no tiene cura, aún. De todos modos, es posible mantenerla “en remisión” (sin síntomas) la mayor parte del tiempo en la mayoría de los pacientes, siempre que cumplamos con los controles y tratamientos necesarios.



¿Qué tratamiento debo seguir?

El tratamiento está destinado a controlar la inflamación, a evitar las recaídas, y actualmente el objetivo prioritario es tratar de revertir el curso de la enfermedad. Debe adaptarse a cada caso en particular, pero en líneas generales comprende la utilización de medicamentos que se administran por vía oral (se toman “por boca”).

En ocasiones, puede requerirse la utilización de medicamentos inyectables durante algún período, y en casos que no responden a esas medidas puede ser necesario recurrir a la cirugía.

Se calcula que alrededor del 25% de pacientes con Colitis Ulcerosa y 75% de pacientes con Enfermedad de Crohn van a necesitar alguna cirugía a lo largo de su vida. Sin embargo, es importante reconocer que estas cifras deberían mejorar significativamente, gracias a los nuevos tratamientos disponibles en los últimos años y a nuevos tratamientos en el futuro.

El tratamiento es el mismo que para los pacientes adultos. Sin embargo, a los objetivos habituales del tratamiento de estas enfermedades hay que añadir otro de importancia decisiva como es asegurar un crecimiento y desarrollo óptimo.

En este sentido la nutrición de estos niños debe ser cuidadosamente vigilada así como el uso de fármacos que potencialmente afectan el crecimiento.



Alimentación:

Asegurar una buena nutrición es esencial. En el caso de brotes severos con necesidad de internación hospitalaria por deterioro nutricional es necesario administrarle los alimentos a través de una vena (es lo que conocemos como nutrición parenteral). Esto permite obviar la intolerancia digestiva y mejorar la nutrición del niño mientras se logra que la enfermedad remita con el tratamiento. En otras ocasiones, es necesario administrar la comida por una sonda que introducida por la nariz o directamente a través de un pequeño orificio en el abdomen que comunica con el estómago, y a través del mismo puede darse toda la dieta diaria con preparados especiales. Esto permite la infusión continua por la noche mientras el niño duerme, por una bomba a través de la sonda. Sin embargo, en la mayoría de los casos no es necesario recurrir a estas técnicas sofisticadas de alimentación y una dieta equilibrada ajustada a las necesidades de estos niños es suficiente. En los últimos años se ha utilizado, en niños con EC la alimentación enteral exclusiva durante 6 a 8 semanas con determinados preparados líquidos que llevan todos los alimentos necesarios para una dieta completa.



Esta forma de alimentación no solo consigue controlar el brote de actividad de la enfermedad sino que además tiene un efecto muy beneficioso sobre el crecimiento y maduración sexual en los niños y adolescentes que la padecen.



Medicaciones:

Los fármacos utilizados son los mismos que en los adultos.

¿Cuándo es necesaria una cirugía?

En ciertas ocasiones, cuando no hay respuesta al tratamiento con medicamentos en CU, o se han producido algunas complicaciones, como abscesos (infección localizada), fístulas (comunicaciones anormales entre dos órganos), o estenosis (estrechamiento de la luz del intestino) en EC, la cirugía es el único modo de resolver el problema.

La cirugía es entonces necesaria en los niños con EC cuando la medicación ya no controla los síntomas. En la mayoría de los casos hay que hacer una resección (retirar una porción) del intestino que está enfermo con anastomosis (unir los 2 extremos sanos). Aunque con este tratamiento pueden estar sin síntomas durante años, no se considera que es curativo porque la enfermedad puede reaparecer posteriormente. Algunas veces, esto pone fin a la enfermedad, y en otras ocasiones, es necesario continuar tomando medicación después de la operación ya que se ha resuelto una complicación, pero no la enfermedad. Si bien siempre es difícil aceptar la cirugía como tratamiento, la mejoría inmediata que suele experimentar el paciente, justifica la decisión. Por otra parte, las técnicas actuales de cirugía mini invasiva permiten mejores resultados y una restitución inmediata del niño a la vida normal.

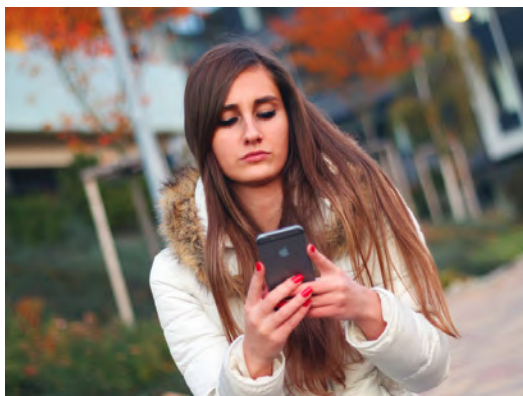
Algunos pacientes con CU necesitan cirugía durante la edad infantil. Cuando se quita el colon entero la cirugía resulta curativa. Con las técnicas quirúrgicas actuales la mayoría de estos niños al cabo de un año tiene un buen control de las deposiciones aunque generalmente hacen varias al día.

EL ADOLESCENTE CON EII.



La adolescencia es una etapa de la vida particularmente sensible a impacto de una enfermedad crónica. La progresiva integración social, la madurez física y sexual, y la normal transición a la vida “adulta”, pueden verse afectados por la EII.

Por lo tanto el adolescente con EII es un paciente especialmente vulnerable. Sin embargo, los tratamientos actuales logran que la gran mayoría mantenga controlada la enfermedad permitiéndole desarrollar una vida a la par de sus compañeros. Para ello, es imprescindible mantener la adherencia al tratamiento indicado por el médico, concurriendo a las consultas y realizando los controles necesarios. Es muy frecuente que los adolescentes nos pregunten acerca de situaciones cotidianas, de su futuro, relaciones con amigos, de pareja, embarazo y de las consecuencias de estas enfermedades, pero en ciertos casos cuando están reacios, introspectivos, y pensamos que la relación médico adolescente se hace difícil debemos adelantarnos hablando lo justo y necesario, dando “consejos” o tips que seguramente serán de ayuda.



¿Voy a poder seguir con mi vida social como antes? ¿Me van a aceptar?

La EII particularmente cuando se encuentra en un brote de actividad, supone la presencia de síntomas molestos (dolores cólicos, diarrea, necesidad urgente de evacuar), que dificultan las relaciones sociales y provocan muchas veces vergüenza en el adolescente que la sufre.

Compartir los problemas con amigos es una característica de esta etapa de la vida, y no debería ser diferente en el caso de la EII. Hablar del problema produce alivio y ayuda a superar las dificultades. Sin embargo, es importante que la persona afectada comparta sólo la información que crea necesaria, hasta donde se sienta cómodo, respondiendo a las preguntas que puedan surgir en su entorno de modo simple, facilitando así la construcción de vínculos sólidos y evitando las ideas fantasiosas que derivan del desconocimiento de una enfermedad “rara”.

Compartir experiencias con otros adolescentes afectados (grupos de apoyo) es una manera eficaz de ayudarse. Para ello, existen grupos de pacientes con los que intercambiar información a través de diversos sitios web de fácil acceso, tanto de nuestro país como del extranjero.

Comer fuera de casa:

La actividad diaria del adolescente está caracterizada por largos períodos fuera del hogar, como así también por la participación cada vez más frecuente en reuniones sociales (“salidas con amigos”). Esto no debería ser un problema para el adolescente con EII, aunque, especialmente en períodos de actividad puede ser necesario tomar algunas precauciones.

Como dijimos antes, si bien los alimentos no producen la enfermedad, pueden empeorar sus manifestaciones, por ello es conveniente:

- comer algo antes de salir de casa (evitar ir “con hambre” a la reunión)
- Evitar alimentos con salsas y muy condimentados
- Evitar bebidas gaseosas, especialmente con alto contenido de cafeína
- Evitar alimentos que pueden generar gases, como legumbres, semillas, pochoclo, verduras y frutas crudas.
- Preferir alimentos hervidos, a la parrilla, al horno o al vapor
- Evitar frituras y alimentos con mucha grasa
- Tener siempre a mano una botella con agua o bebida deportiva (reemplaza el impulso de comer algo indebido y mantiene la hidratación)

Las recomendaciones dietéticas deben ser individualizadas para que resulten cómodas y efectivas, por lo que la presencia del especialista en nutrición es una parte fundamental del equipo de trabajo.

La escuela:

Es importante contar de antemano con la colaboración de las autoridades de la escuela, explicando brevemente las características de la enfermedad, a fin de promover un ambiente amigable para el paciente con EII. Esto se refleja en algunos puntos prácticos como:

- Autorización para abandonar el aula en forma inmediata, de modo simple. Para ello puede ser necesario que el alumno tenga su ubicación habitual cerca de la puerta de salida, y convenir una seña discreta que garantice el permiso cuando necesite utilizar el baño
- Disponibilidad de instalaciones sanitarias cómodas y con suficiente privacidad (por ejemplo, el baño de los profesores u otra instalación similar)
- Flexibilidad para retomar la tarea de clase, cuando debió interrumpir la actividad para utilizar los sanitarios cumplamos con los controles y tratamientos necesarios.





Es muy conveniente que el adolescente lleve consigo un kit de emergencia que consiste en:

- Ropa limpia (interior y pantalón)
- Toallas húmedas (toallitas de bebé)
- Manoplas (guantes) impermeables
- Papel higiénico
- Bolsa plástica con cierre (para guardar la ropa sucia)

Estos materiales pueden ser transportados en la mochila, y son de mucha utilidad en caso de incontinencia accidental, cuando se está fuera de casa.

Los viajes: No existe ningún impedimento para emprender viajes, pero tomar algunas precauciones ayuda a disfrutar mejor el paseo. Por ejemplo, contar con el kit de emergencias detallado más arriba es de mucha importancia. Asimismo, si se viaja en transporte público, es conveniente elegir las ubicaciones más cercanas a los baños. También es aconsejable llevar una lista escrita de la medicación que recibe (con sus dosis y horarios), y un teléfono de contacto en caso de necesidad. Recordar que algunas vacunas que puedan ser requeridas a los viajeros no pueden ser administradas a personas que están recibiendo medicamentos que disminuyen las defensas (inmunomoduladores), como puede ser el caso de algunos pacientes con EII. Es necesario, en este caso seguir las instrucciones del equipo médico tratante.

Los deportes: En general, y salvo situaciones muy especiales, el adolescente con EII puede desarrollar una actividad deportiva normal. De hecho, existen numerosos ejemplos de pacientes exitosos en competencias deportivas de alto rendimiento. Para ello, es imprescindible mantener el tratamiento y los controles de acuerdo al esquema pactado con el médico. Sin embargo, es conveniente evitar la competencia deportiva de una intensidad tal que pueda provocar tensión emocional excesiva y perjudicial para el paciente.

En resumen:

El adolescente con EII es un paciente especialmente vulnerable por las características especiales de la edad en que se presenta el problema. Sin embargo, los tratamientos actuales logran que la gran mayoría mantenga controlada la enfermedad permitiéndole desarrollar una vida a la par de sus compañeros. Para ello, es imprescindible mantener la adherencia al tratamiento indicado por el médico, concurriendo a las consultas y realizando los controles necesarios.

EL NIÑO CON EII.

El niño con EII representa otro grupo especial de pacientes, no sólo por algunas características especiales de la enfermedad a esta edad (mayor tendencia a enfermedad colónica extensa, mayor severidad de presentación), sino también por el rol central que ocupan los padres en esta etapa de la vida.

Al igual que en el caso de los adolescentes, el niño se encuentra en un período de desarrollo y maduración que se ve afectado por la enfermedad y sus tratamientos. Por ello es necesario establecer una relación de mutua confianza entre los padres y el equipo médico tratante, que va a acompañar al niño a transcurrir por diversas etapas, hasta convertirse en un adulto plenamente insertado en la sociedad.

Las recomendaciones con respecto a la vida escolar, la relación con amigos, y la participación en actividades adicionales como viajes y deportes que hemos descrito anteriormente, se adaptan perfectamente al manejo de la EII en el niño. El punto distintivo, en este caso lo constituye la participación de los padres. Es necesario que, en el transcurso por las diferentes edades del niño, aquéllos promuevan una creciente autonomía del niño/pre-adolescente, acorde con la maduración que cada uno va exhibiendo. En líneas generales, y a modo de orientación, lo esperado es la siguiente progresión:

- Entre 10 y 14 años de edad: el niño conoce el nombre de la enfermedad y los medicamentos que recibe para tratarla.
- Entre los 14 y los 16 años: conoce los integrantes del equipo médico tratante, las dosis de los diferentes medicamentos que recibe, y los controles necesarios que debe realizar.
- A partir de los 17 años: es capaz de concurrir solo a la entrevista, solicitar turnos y renovar las prescripciones de la medicación.

Durante todo este proceso, los padres deben ser capaces de “acompañar sin sobreproteger”. Mantener este equilibrio es difícil, y en ocasiones requiere el auxilio de profesionales

especializados en salud mental. Este tipo de ayuda es especialmente útil cuando se observa que el niño presenta dificultades escolares o problemas de integración con sus compañeros. Es importante destacar que estos problemas deben ser pesquisados también en los hermanos del paciente, que suelen sentirse relegados por la atención preferencial de los padres hacia el niño enfermo.



UNA REFLEXIÓN FINAL

La EII representa un desafío formidable para el paciente y su familia, especialmente cuando se presenta en los primeros años de vida.

Sin embargo, los progresos que a diario producen las investigaciones que se desarrollan activamente en todo el mundo, permiten mantener una mirada optimista en el futuro, previendo una calidad de vida en continua mejoría para nuestros niños y adolescentes, a fin de desarrollarse como adultos plenos e independientes.

- "Seño me ayudas?" es un libro de utilidad para los niños y adolescentes con EII y sus familias.
- Acerca información y estrategias de ayuda para colaborar en su paso por las escuelas primarias, secundarias y universidad.
- Que este material llegue a los equipos docentes es fundamental, para que comprendan como ser parte de la construcción de un escenario fértil para los alumnos y evitar que sufran secuelas psicológicas por el restos de sus vidas, potenciando al máximo su aprendizaje y desarrollo social.
- Traducido al inglés y portugués.
- Cuenta con una versión de audiolibro en inglés y español.

CUANDO EN LA MOCHILA TU ALUMNO TAMBIEN TRAE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA, SIN CURA, POCO FRECUENTE Y QUE ES INVISIBLE A LOS OJOS.. AHI ESTAS TU. INFORMATE Y CAMBIA SUS DIAS.

SEÑO ME AYUDAS?

El alumno con Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa
MANUAL PARA DOCENTES



DESCARGA GRATUITA EN NUESTRA WEB



www.fundeccu.com.ar



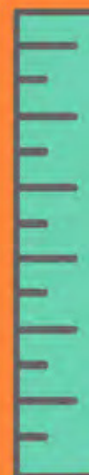
info@fundeccu.com.ar



@fundeccu



Fundacion Crohn Cu Neuquen Argentina



Hola DOCENTE!
Conoce la Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa.

Quizás sea uno sólo entre muchos alumnos, pero para él y su familia tu ayuda cambia su presente y futuro.



¿Es la Enfermedad Intestinal Inflamatoria una enfermedad psicosomática?

DRA. FABIANA MIELE

Médica Gastroenteróloga
Clínica Pasteur
Presidente y Coordinadora del
Equipo Interdisciplinario EII Fundeccu Argentina.
Neuquén, Argentina.

Introducción.

El ser humano no está preparado para perder la salud.

Recibir el diagnóstico de una enfermedad no curable, es un impacto a gran escala en la psiquis de una persona.

Una vez que nosotros los médicos damos "la noticia", se inician mecanismos adaptativos en la mente de esa persona y de su círculo familiar, dando paso así, a la elaboración del *duelo*, duelo a perder la salud.

Mientras esto ocurre y la persona hace uso de su resiliencia, la sociedad muchas veces juzga lo que no conoce y aplica juicios y prejuicios a quienes están intentando aceptar una nueva condición en su vida.

A continuación transcribo algunas de las frases que nos acercan los pacientes aún hoy en Argentina, en donde algunos médicos aplican estos comentarios a sus pacientes EII:

- "Tienes que ir al psicólogo, sino el tratamiento no va a funcionar."
- "Estás en brote nuevamente! Eso es por no ir al psicólogo!"
- "Hasta que no vayas al psicólogo no vuelvas!"
- "Estás en brote porque eres nervioso/a, ansioso/a, porque tu personalidad es exigente...etc."

¿Y por qué ocurre esto aún?

Porque existe el mito de que la EII es una enfermedad psicosomática y nada está más lejos a la verdad que este concepto.

La Eii no es una enfermedad psicosomática.

Ocurre, que durante muchos años, poco se sabía de esta enfermedad, el avance vertiginoso aportó luz a muchos misterios e incertezas que por años hacían de la EII una enfermedad desconocida.



Pero existen muchos otros motivos por los cuales se asoció a la EII con las enfermedades psicosomáticas.

En el camino hacia la aceptación todo tipo de ***estados de ánimo y sensaciones*** pueden invadir a la persona, como por ejemplo: enojo, ansiedad, miedo, desconfianza, irritabilidad, intolerancia, tristeza, etc. Esto parece lógico de ocurrir cuando un diagnóstico de enfermedad incurable nos confronta, y lo es mucho más cuando conocemos que una gran mayoría son jóvenes. Por todo esto debería ser considerado parte del proceso de aceptación sentir todo esto, y que sea considerado como la consecuencia y no la causa. Jamás los médicos deberían olvidar que al dar este diagnóstico estamos diciéndole a una persona que:

-Tiene una enfermedad compleja y no curable hasta el momento.

-Que la enfermedad tiene un curso impredecible y no se aseguran resultados o pronósticos a largo plazo en la mayoría de los casos.

-Qué su vida cambiará en mayor o menor grado en forma permanente.

Y le agregamos los miedos...



Pero además debemos agregarle...

- Que se lo decimos a personas jóvenes en su mayoría, quienes están en tu máxima plenitud de desarrollo emocional, social, laboral, sexual y educativo.
- Que las personas vienen muchas veces con retrasos en sus diagnósticos o tratamientos no especializados, lo cual implica un desgaste emocional agregado.
- Que las personas traen y/o podrán tener secuelas físicas secundarias a los tratamientos.

... y mucho mas...

La EII es una enfermedad que vulnera lo más íntimo de un ser humano como es el acto de defecar. Es una enfermedad "fea", que toca un tema tabú, porque socialmente pareciera que nadie va al baño y no se habla este tema, hay un acuerdo social de mutismo al respecto; un secreto comunitario que se perpetúa de generación en generación.

Cómo ya hemos confirmado antes, el impacto de la urgencia defecatoria en el día a día de la vida de las personas con EII es elevado, muy elevado! Cada día se planifica según los deseos evacuatorios, todo se organiza según la presencia de los baños cuidadosamente estudiados de los itinerarios a realizar. Lo primero que una persona con EII hace al llegar a un lugar, es buscar el baño más cercano, en un intento de obtener seguridad por si algún evento se avecina.

- A no poder esperar y ensuciarse.
- A que las demás personas puedan sentir mal olor.
- Miedo a la "bolsa", necesitar una ostomía.
- Miedo al cáncer de colon.
- A no poder tener hijos o que ellos hereden la EII.

... y la sociedad presupone sobre aquello que no comprende...y dice: "SEGURO SON LOS NERVIOS!"

- Es por todo esto, que los médicos debemos ser los últimos en generar *CULPA* en las personas con EII.
- Cargar de responsabilidad a las personas que ya tienen en sus hombros innumerable cantidad de acciones de adaptación a la vida diaria, que atraviesan el duelo de perder la salud y que buscan como continuar sus proyectos, sus sueños y reencontrarse en una nueva condición, es un acto que los médicos no debemos hacer nunca!
- Ir al psicólogo debería ser una elección y no una condición.
- Podemos recomendar, pero no exigir.
- Es obligación de los médicos actualizarse de distintas opciones de soporte emocional, porque para cada persona hay una preferencia y una disciplina específica que puede ser de utilidad.





¿Por qué se pensó que la Eii era psicósomática?

- Porque se conocía muy poco de ella.
- Porque en épocas de exámenes, exceso de trabajo o sobrecarga emocional se precipitan los brotes.
- Porque el control de esas sobrecargas favorecen la calma de la enfermedad.
- Porque la EII, como toda enfermedad crónica, puede producir ansiedad, depresión o cambios en el humor.
- Esta causalidad motivó a pensar en que la EII era un Enfermedad Psicósomática.

Factores desencadenantes y agravantes de brotes:

- Hay ciertos factores que en general, pero no a todas las personas, pueden favorecer un brote, agravarlo o perpetuarlo. Son individuales y definitivamente no son la causa. Ellos son:
 - **Stress.**
 - **Mala calidad o tiempo de sueño.**
 - **Situaciones de ansiedad: exámenes, fallecimiento de familiares, disfunciones de pareja, problemas laborales, mudanzas, propio de la enfermedad.**
 - **Determinados alimentos.**
 - **Cambios de clima o estación.**
 - **Menstruación.**
 - **Infecciones intestinales.**
 - **Operaciones o enfermedades intercurrentes.**
 - **Uso de antibióticos orales o analgésicos.**

¿Cómo ayudar a romper este mito?

El primer paso como paciente es estar informado respecto de la propia enfermedad, de ese modo el poder "**decirlo**" es una acción concreta para desarticular cualquier juicio por parte de quienes no saben que es la EII.

Si el propio paciente y su familia conocen exactamente qué es la EII, cómo se produce y porque se instaló esta falsa hipótesis, podrán responder a otros y evitar la culpa.

A cuidarse!

- Identificar los factores agravantes particulares y evitarlos.
- Tener un hábito de sueño, alimentación y actividad física saludable.
- No fumar.
- No realizar entre episodios dietas restrictivas innecesarias.
- Evitar el uso inadecuado de medicinas, sólo tomarlas bajo prescripción médica.
- Evitar el pluriempleo.
- No autoexigirse.
- Escapar a situaciones evitables de stress o ansiedad.

Evitar estos factores ayuda pero no garantiza la remisión.



El Síndrome de Intestino Irritable.

DRA. MARIA LAURA MORENO

Médica Gastroenteróloga
Unidad de Intestino Delgado
Hospital Bonorino Udaondo
Buenos Aires, Argentina.

Introducción.

Muchos síntomas en enfermedades digestivas son compartidos entre varias entidades, es decir que el dolor abdominal, diarrea o constipación, gases, urgencias para ir al baño e hinchazón abdominal pueden producirse por múltiples enfermedades. Debido a que el Síndrome de Intestino Irritable es muy frecuente en la población general, muchas veces las personas con EII pueden tenerlo también. Esta superposición es posible.

¿Qué es?

El llamado Síndrome de Intestino Irritable, al que desde ahora nos referiremos con las siglas “SII” es un desorden gastrointestinal **funcional** que afecta aproximadamente al 10 a 20% de la población adulta en Europa y América.

Se caracteriza por dolor abdominal y cambios en el hábito evacuatorio. Su origen es múltiple, distintos factores intervienen en su desarrollo: la flora intestinal o “microbiota”, inflamación de bajo grado a nivel de la mucosa intestinal, cambios en la motilidad y la función secretora intestinal y alteración a nivel del llamado “Eje cerebro-intestinal”.

El síntoma principal referido por el paciente es el dolor abdominal que se repite en asociación con cambios en la forma y frecuencia de evacuar el intestino, hinchazón o distensión abdominal y/ o mayor producción de gases abdominales. No existe una causa orgánica definida y el diagnóstico depende de la reunión de criterios clínicos relacionados con la frecuencia de aparición de los síntomas y el tiempo de evolución de los mismos.

No hay un estudio o un análisis de sangre para el diagnóstico de SII, se basa en criterios clínicos.



Puede presentarse con constipación, es decir, dificultad para evacuar o deposiciones poco frecuentes, duras en su consistencia, con esfuerzo al defecar y sensación de evacuación incompleta. También puede manifestarse con diarrea, heces de menor consistencia o deposiciones frecuentes, siendo algunas veces la necesidad de evacuar en forma urgente (urgencia defecatoria) y la salida de moco con las deposiciones. **El SII jamás produce sangrado.**

La mitad de los pacientes afectados describen que sus síntomas empeoran después de comer ciertos alimentos, frente a situaciones de estrés o en relación al ciclo menstrual en el caso de las mujeres. Factores psicológicos como ansiedad y/o depresión son frecuentes en el SII. Debido a esta exagerada respuesta al estrés muchos pacientes han comentado evitar eventos sociales por exacerbación de los síntomas y además por miedo a no encontrar un baño cerca, lo que los lleva al aislamiento social y la alteración de su calidad de vida. En muchos pacientes la presencia y severidad de los síntomas fluctúa, variando en etapas de calmas o crisis.

Muchos pacientes experimentan recaídas y aparentes periodos de remisión que varían en duración y que a menudo reflejan cambios en sus circunstancias personales, profesionales o laborales o en relación a otros estados de salud (infección intestinal, depresión, etc) En una minoría de pacientes los síntomas son persistentes y progresivos.

Se lo ha clasificado según la forma de expresión clínica en distintos subgrupos identificados como:

- 1) SII con predominio de constipación.
- 2) SII con predominio de diarrea.
- 3) SII mixto o con ritmo alternante entre constipación y diarrea.
- 4) SII indeterminado.

El retraso en el diagnóstico del SII, por no identificarlo, podría llevar a cirugías abdominales innecesarias tales como histerectomía (resección uterina), colecistectomías (resección de vesícula biliar), laparoscopías diagnósticas, resección de ovarios, apendicectomía, etc. Esto es debido a que los dolores pueden ser muy intensos por lo que la persona al consultar en las guardias de emergencia, según la ubicación predominante del dolor se confundirá con apendicitis o quistes de ovario si esta del lado inferior derecho del abdomen o infecciones de vesícula si duele mayormente cerca de la ubicación anatómica de la misma por ejemplo. Factores psicológicos son considerados importantes en la génesis del SII, si bien la aparición de los síntomas luego de ciertas circunstancias como luego de una diarrea aguda infecciosa sugiere que otros mecanismos son importantes en ausencia de disparadores psicológicos. La disfunción neuromotora ha sido propuesta como un mecanismo de generación de los síntomas.

Es fundamental en primera instancia, descartar causas orgánicas que sean las causantes de los síntomas del paciente a través de una correcta historia clínica y examen físico, existencia o no de antecedentes personales y familiares. Así se podrá poner al SII como primer sospecha diagnóstica o por el contrario obligan al médico a continuar con estudios para descartar otras enfermedades.

Existen para los médicos lo que llamamos “banderas rojas” o “signos de alarma”: son datos de los antecedentes personales o familiares del estado de salud de los pacientes (Ejemplo: antecedentes de cáncer de colon en algún familiar), la presencia de sangre en las heces, la pérdida de peso del paciente, fiebre recurrente, análisis de laboratorio alterados principalmente anemia (valores bajos de glóbulos rojos) que obliga a estudiar en profundidad a los pacientes, realizar estudios endoscópicos como una colonoscopia, etc.

A qué llamamos “Eje cerebro intestinal”?

Creo que para poder hablar de SII debemos hablar un poco del llamado “Eje cerebro intestinal” o “Eje microbiota-Intestino-cerebro”. Seguramente han escuchado decir que el intestino es el “segundo cerebro” y esta frase se refiere al conocimiento de que el aparato digestivo cuenta con su propio sistema nervioso llamado Sistema Nervioso Entérico (SNE), formado por millones de neuronas. En los últimos años muchos son los esfuerzos dirigidos a conocer cómo se comunican las células nerviosas del SNE con las neuronas del cerebro a través del «eje intestino-cerebro»



Las últimas investigaciones en la materia muestran que lo que sucede en el medio intestinal, así como las actividades de las bacterias que lo habitan, influye en las acciones de las neuronas del SNE.

El eje microbiota-cerebro-intestinal se refiere a una red de comunicación bidireccional entre el intestino y el cerebro. Por un lado el intestino recibe información del cerebro, y por otro lado el intestino envía mensajes al cerebro. Esta comunicación del intestino con el cerebro se produce tanto por vía nerviosa como por vía sanguínea a través de sustancias químicas llamadas neurotransmisores y hormonas. Ejemplos típicos de este circuito bidireccional sería el aumento del peristaltismo intestinal (retortijones y diarrea) cuando nuestro cerebro percibe un peligro o en el sentido contrario, la sensación de saciedad que percibe nuestro cerebro cuando hemos ingerido una cantidad determinada de alimento.

El intestino, además de poseer un sistema nervioso propio, también alberga un ecosistema propio, la “flora intestinal” o “microbiota”. Son un conjunto de microorganismos, bacterias y hongos alojados en el intestino, que intervienen en el normal funcionamiento del mismo. Se han identificado miles de especies diferentes. Tienen diversas funciones, como protegernos de microbios patógenos, participar en la digestión, absorción e incorporación de los nutrientes, síntesis de vitaminas y eliminación de sustancias tóxicas o cancerígenas.

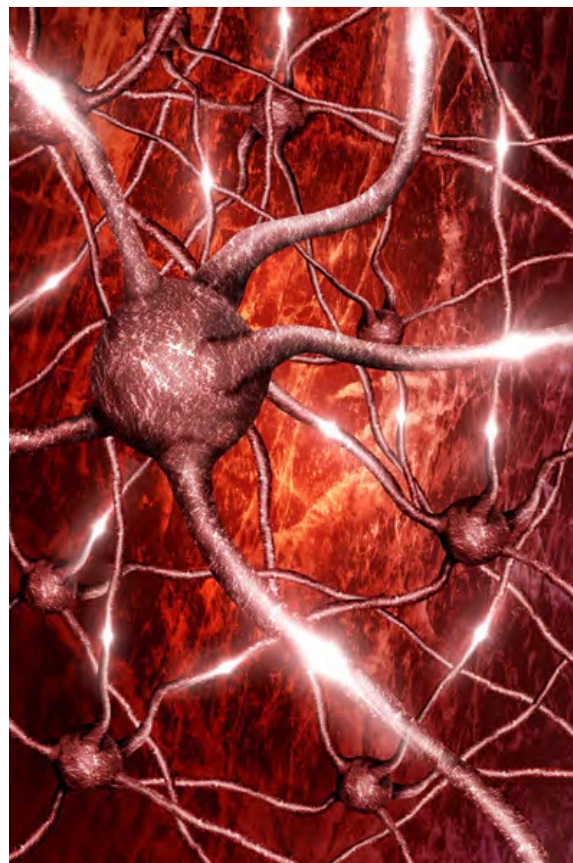
También la flora interviene en la comunicación entre el intestino y cerebro.

Además de los cambios propios de la edad, también existen otros factores que pueden modificar la flora intestinal, como la nutrición, los hábitos de vida, los antibióticos y el estrés. La microbiota intestinal regula el desarrollo de comunicaciones nerviosas, la respuesta al estrés, ansiedad, apetito y ritmos circadianos. El estrés, que se define como una amenaza grave al equilibrio, tiene efectos tanto a corto como a largo plazo sobre las funciones del aparato

digestivo, como alteraciones en la motilidad gastrointestinal, aumento en la percepción o sensibilidad visceral lo que convierte a los pacientes con SII en “hipersensibles” o disminuye el umbral al dolor frente a estímulos habituales como la presencia de gases a nivel intestinal. También produce cambios en la secreción gastrointestinal, efectos negativos sobre el flujo sanguíneo a nivel de la mucosa.

Existen células especializadas llamadas “mastocitos” que son importantes efectores del eje cerebro-intestino, ya que traducen las señales de estrés en la liberación de una amplia variedad de neurotransmisores y sustancias promotoras de inflamación, que podrían afectar profundamente el comportamiento digestivo.

Existen evidencias científicas que sugieren que la microbiota intestinal podría modular el eje cerebro intestinal a través de muchas vías con potencial para influir en las funciones cerebrales y el comportamiento de percepción del dolor. Además, distintas sustancias participan en los cambios de las funciones gastrointestinales como corticoides, serotonina y opiáceos.



La alteración en el equilibrio de la microbiota llamada también “disbiosis” tiene un impacto en la función inmune, altera la permeabilidad de la barrera intestinal, afecta la absorción y metabolismo de nutrientes y en consecuencia el Sistema Nervioso central y gastrointestinal.

La alteración en la permeabilidad de la barrera intestinal permite el ingreso de antígenos bacterianos y otras proteínas de la dieta que pueden estimular la respuesta inmune a nivel de la mucosa. De igual modo el cerebro también puede modular la función inmune.

Muchos son los neurotransmisores que participan en la comunicación de señales:

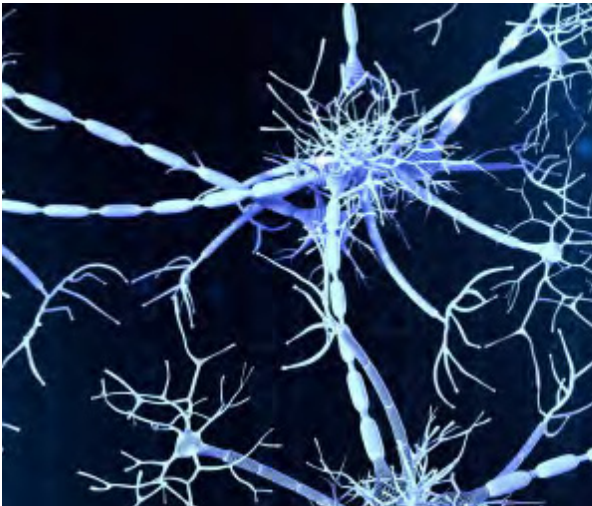
serotonina, ácido gamaaminobutírico (GABA), noradrenalina (NA), acetilcolina (Ach) entre otros.

La serotonina parece tener un rol principal. Regula tanto la motilidad como la secreción y la sensorialidad (percepción dolor/discomfort).

Tratamiento:

El médico debe proveer una adecuada explicación acerca del origen de los síntomas y el paciente debe ser “re asegurado” de que su problema no compromete su vida.

Deben ser tenidos en cuenta los miedos y dudas de los pacientes. No existe un tratamiento universal sino que cada tratamiento debe adaptarse a la persona en particular y a sus síntomas.



Es necesario aprender a identificar factores que influyen a los síntomas. La persona debe saber que debe volver a la consulta si presenta pérdida de peso involuntaria, incontinencia fecal, sangre en las deposiciones. Hay muchos fármacos dirigidos a controlar el desorden de neurotransmisores, y estos tratamientos son artesanales, paciente a paciente variando en la misma persona con el tiempo.

El Síndrome de Intestino Irritable es una alteración muy frecuente y puede superponerse en una persona con EII. Por ello es importante poder hacer este diagnóstico y diferenciar los síntomas en cada caso.

Un médico especializado en EII podrá hacer esta distinción y ayudarte a llevar adelante estas condiciones.

RESUMEN CAPITULO 2

Dra. Fabiana Miele



Tipos de Eii y Manifestaciones clínicas:

- La Colitis Ulcerosa y la Enfermedad de Crohn tienen grandes similitudes y diferencias sustanciales. Pese a sus grandes diferencias no siempre es posible establecer de cual de ellas se trata, generando angustia y ansiedad en los pacientes que desean, necesitan y demandan esta información. Para los médicos, el abordaje de inicio será el mismo en ambas entidades, aunque se seguirán agotando todas las herramientas disponibles para arribar a la mayor precisión posible.
- Los síntomas más característicos de la EII son: dolor abdominal, diarrea con sangre (menos frecuente en E. Crohn), adelgazamiento, fiebre, cansancio. En niños el retraso de crecimiento es frecuente.
- La EPA (Enf. Perianal) es una presentación especial en Enf. de Crohn.
- La Eii por autoinmunidad puede comprometer otros órganos, siendo articulaciones, piel y ojos los más frecuentes por orden de presentación. También hígado entre otros.

Asociaciones de la Eii con otras Enfermedades:

- La Eii, por ser una enfermedad autoinmune, genética y en donde la microbiota tiene un rol importante, puede asociarse con otras entidades que comparten estos factores, como es la Enfermedad Celíaca. Otras enfermedades autoinmunes pueden coexistir como el hipotiroidismo, la psoriasis, artritis reumatoidea, hepatopatías autoinmunes, entre otras.
- El SII, por ser una enfermedad de digestiva muy frecuente puede asociarse, o incluso ser una enfermedad anterior en la persona con Eii.
- El SII es un trastorno motor funcional del aparato digestivo, benigno, aunque molesto y que puede afectar la calidad de vida de las personas.
- Se llama **trastorno funcional** a aquellas enfermedades en donde los estudios son normales, siendo la motilidad en el aparato digestivo la acción primaria que permite que cumpla su función. Se llama **trastorno orgánico** a aquellos en donde hay lesiones específicas en el órgano en cuestión.



La Eii no es una enfermedad psicosomática:

- En algunos lugares, aún hoy en día seguimos escuchando incluso de médicos, que la Eii es una Enfermedad Psicosomática. Esto ocurre por desconocimiento, por mitos transmitidos en el tiempo y por su relación con el stress o sobrecarga emocional.
- Hay factores desencadenantes o agravantes de brotes: stress, mal hábito del sueño, pluriempleo, infecciones, antibióticos, ansiedad, tabaco en E. Crohn, etc.
- Neutralizar estos factores puede favorecer la remisión, aunque no la garantiza.
- Un paso importante para derribar este "mito social", es poder acercar información a quienes por desconocimiento emiten estos comentarios.
- Un paciente informado, educado en su enfermedad podrá tener una conducta activa y podrá generar cambios en el pequeño mundo que lo rodea.



CAPITULO 3

Situaciones especiales en EII.



Fertilidad, embarazo y lactancia en EII.

DR. JAVIER OMODEO *
DRA. MARIANA OMODEO **

*Médico Gastroenterólogo.
Jefe del Servicio de Gastroenterología
Sanatorio 9 de Julio, Tucumán, Argentina.

**Médica Gastroenteróloga.
Integrante Unidad EII - Sanatorio 9 de Julio.
Tucumán, Argentina

Entre las consultas frecuentes vinculadas a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), surgen preguntas referidas a la fertilidad, tanto masculina como femenina, al embarazo y a los riesgos relativos a la lactancia.

Un sinfín de preguntas son habituales en nuestros consultorios y trataremos de responderlas aquí con la evidencia que hay disponible al momento actual.

FERTILIDAD:

La fertilidad sigue siendo un tema de preocupación entre muchos pacientes.

Las pacientes cuya EII está bajo control y que no se han sometido previamente a cirugía pélvica tienen tasas de fertilidad comparables con las de mujeres de la misma edad que no tienen EII.

Respecto a la injerencia de la enfermedad en la concreción del embarazo, la colitis ulcerosa (CU) no impide la gestación, sin embargo la enfermedad de Crohn (EC) y particularmente su forma fistulizante, con las consecuencias en la anatomía pelviana han demostrado tasas más bajas de fertilidad.

En pacientes sometidos a cirugías de colectomía con reservorio ileoanal llamado pouch, (ver apartado de Cirugía en EII), la fertilidad se reduce en hasta un 70% en la cirugía convencional y en hasta un 30% en su variante laparoscópica, dato muy importante a tener en cuenta en situaciones de necesidad de cirugía en mujeres en edad fértil. En los hombres sometidos a dicha cirugía (pouch) puede provocar disfunción eréctil y eyaculatoria. Sin embargo, al eliminar la inflamación, la cirugía a menudo conduce a una función sexual normal o incluso mejorada.

En cuanto a las drogas utilizadas en la EII, lo que sabemos al momento es que en los hombres no



¿Se verá afectada mi fertilidad por la medicación?

¿La enfermedad reducirá mi fertilidad?

¿Empeorará mi enfermedad al quedar embarazada?

¿Mi bebé tendrá mayores riesgos por el tratamiento?

¿Hay riesgos de malformaciones para mi bebé?

¿Podré amamantar a mi hijo?

¿Qué riesgos tiene mi hijo de padecer la enfermedad?

En cuanto a las drogas utilizadas en la EII, lo que sabemos al momento es que en los hombres no hay datos que sugieran menor tasa de fertilidad en la EII. Sólo se ha demostrado que el uso de Sulfasalazina reduce el número de espermatozoides en el semen pero de manera transitoria. Suspender la droga logra revertir la situación. El metotrexate causa oligospermia reversible y está contraindicado en pacientes varones que desean concebir un hijo.



Ninguna de las otras drogas (mesalazina, corticoides, 6 mercaptopurina, azatioprina o biológicos) utilizadas para el tratamiento de las EII afectan las tasas de fertilidad tanto en el hombre como en la mujer.

Sin duda alguna, la remisión completa de la actividad de la enfermedad es un objetivo fundamental en la preparación para un futuro embarazo y por ello el uso de los tratamientos disponibles se aconseja con firmeza.



RECOMENDACIONES:

Hombre:

Suspender sulfasalazina y metotrexate.

Todos:

Remisión completa.

Suspender metotrexate.

Cirugía laparoscópica.

EMBARAZO:

En las EII es fundamental la planificación del embarazo.

Obtener la remisión antes del embarazo se asocia con mejor evolución tanto para la madre como para el feto.

El agravamiento de la enfermedad, con recaídas en ocasiones graves, son más frecuentes en madres que comienzan su embarazo con la EII activa. Por ello es mandatorio la discusión, en toda paciente en edad fértil, de estas cuestiones desde la primera visita al especialista.

De la misma manera, el riesgo de abortos espontáneos, retardo de crecimiento, bajo peso o



partos prematuros se incrementa en pacientes que no han conseguido la remisión durante el embarazo. Respecto a las drogas habitualmente utilizadas, haremos un detalle de cada una de ellas y los riesgos durante el embarazo.

Es necesario entender que durante el embarazo no es posible realizar trabajos de investigación de alta calidad científica (prospectivos, randomizados, doble ciego y con grupo control) ya que para ello sería necesario el consentimiento del participante, que en este caso no se limita a la madre sino también al feto a quien no podemos consultar. Por ello, la evidencia es siempre retrospectiva, es decir en virtud de un análisis "hacia atrás" en el tiempo.

Aminosalicilatos (mesalazina y sulfasalazina): son bien toleradas y seguras durante el embarazo, por lo que han sido clasificadas como seguras por las autoridades sanitarias, tanto en su presentación oral como supositorios. La sulfasalazina debe administrarse siempre con ácido fólico durante el embarazo.

Corticoides: Los corticoides son también fármacos seguros y pueden usarse en caso de brote de la enfermedad. Hay algunos estudios que mostraron un riesgo aumentado de paladar hendido y labio leporino con la utilización de los mismos durante el primer trimestre de embarazo. Pero este riesgo no fue confirmado por otros autores.

6 MP y Azatioprina: Son las drogas que generaron mayor controversia en el tratamiento de las pacientes embarazadas con EI.



Algunos estudios mostraron mayor riesgo de prematurez, abortos espontáneos y bajo peso al nacer. Por el contrario, otros estudios no demostraron mayor riesgo en aquellos que tomaron la medicación, incluso demostraron que el riesgo se debía a la actividad de la enfermedad y no a la medicación en sí misma. Por lo que en la actualidad los datos disponibles sugieren el uso de inmunomoduladores antes o durante el embarazo por considerarse seguros y no se recomiendan la suspensión de la droga durante el embarazo.

Metotrexato: El metotrexato es teratógeno, es decir, produce malformaciones en el niño, por lo que debe suspenderse, tanto en las madres como en los padres, 6 meses antes de la concepción.

Anti TNFs: (incluye: Infliximab, Adalimumab, golimumab y certolizumab) Los medicamentos conocidos como biológicos han sido poco estudiados, aunque de momento no parecen perjudiciales para el niño, por lo que han sido clasificados como seguros. Estas fármacos atraviesan la placenta en el tercer trimestre de la gestación por lo que, en algunos casos, el médico puede aconsejar su suspensión durante el mismo, aunque esto es un tema controversial, con excepción del certolizumab que no atravesaría la placenta.

Vedolizumab: Los datos son muy limitados para sacar conclusiones y se deberá esperar los resultados de los futuros estudios clínicos.

Otros: **Ciclosporina:** La ciclosporina atraviesa la placenta y puede llegar al feto; no obstante, no se han descrito complicaciones por este medicamento en el recién nacido. En la madre puede asociarse a algunos efectos secundarios como hipertensión arterial. Sin embargo, debido a que la ciclosporina se administra para evitar la extirpación del colon en el caso de la colitis ulcerosa grave que no mejora con el tratamiento con corticoides, el beneficio de usar este tratamiento puede superar los potenciales riesgos que puedan aparecer.



Drogas seguras: Mesalazina, Sulfazalazina, Corticoides, Azatioprina, 6 Mercaptopurina.

Drogas probablemente seguras: Agentes Biológicos y Cilosporina.

Drogas contraindicadas: Metotrexate.

LACTANCIA:

Las mujeres con EII son tan propensas como la población general a amamantar, y la lactancia no se asocia con mayor riesgo de exacerbación de la enfermedad.

Los aminosalicilatos se han usado durante años y existen pruebas fehacientes de su seguridad durante la lactancia, con niveles mínimos de mesalazina en la leche materna. Los corticosteroides pasan a la leche materna solo en pequeñas cantidades por lo que se sugiere un retraso de 4 h entre la medicación y la lactancia materna, si es posible. Hay pocos datos con respecto a la budesonida y la lactancia, pero dada su mala absorción debe ser considerado como una opción razonable. Las tiopurinas se excretan en la leche materna en pequeños volúmenes y se consideran seguras. Los anti-TNF son razonables durante la lactancia, pero hasta el momento no existen datos a largo plazo.

Debido a la falta de datos, se recomienda evitar el metronidazol y la ciprofloxacina durante la lactancia. Los efectos nocivos del metotrexato, la ciclosporina y la talidomida a través de la lactancia están bien documentados, y estos medicamentos están contraindicados.

VACUNACIÓN:

Es necesario considerar el uso de vacunas en el recién nacido, ya que alguno de los medicamentos utilizados en la madre y que llegan al bebé a través de la placenta, circularán en el niño y pondrán a este en situación de vulnerabilidad. No deben utilizarse vacunas a virus vivos en caso de uso de biológicos en la madre durante un período de 6 meses a 1 año.

Drogas seguras: Mesalazina, Sulfazalazina, Corticoides (4 hs de retraso).

Drogas probablemente seguras: Agentes Biológicos, azatioprina, Mercaptopurina y Tacrolimus.

Drogas contraindicadas: Metotrexate, ciclosporina, Talidomida.

Drogas con desconocimiento de seguridad: Ciprofloxacina y Metronidazol.



Anemia en Enfermedad Intestinal Inflamatoria.

DR. PABLO RAÑA

Médico Especialista en Hematología
y Medicina Transfusional
Director Médico Clínica Roberto Raña
Jefe de Hematología, Subjefe de Unidad de Trasplante
Clínica Conciencia
Neuquén, Argentina

La Anemia es una complicación frecuente en personas con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) que se presenta en aproximadamente 70% de los niños y 35% de adultos con esta enfermedad.

El diagnóstico de anemia implica el descenso del nivel de hemoglobina por debajo de 12 g/dl en la mujer y 13g/dl en el hombre. En la práctica médica diaria “medimos” la anemia con el análisis de sangre. La parte del mismo que determina los componentes de la sangre se llama **Hemograma**, y el diagnóstico de anemia lo haremos con el valor del **Hematocrito** y **Hemoglobina**.

Los valores mencionados para el diagnóstico de anemia no son estrictos y pueden darse situaciones especiales donde el nivel normal pueda tomarse por debajo de estos valores.

La Hemoglobina es la proteína que se encuentra en el Glóbulo Rojo, cuya función es la de transportar oxígenos a todos los tejidos del organismo. Al descender la hemoglobina disminuye la capacidad de transporte de oxígeno, lo cual se traduce en menor tolerancia a esfuerzos o ejercicio, por ejemplo. A medida que desciende su valor los síntomas de agitación o falta de aire aparecen a esfuerzos mínimos. En condiciones normales los glóbulos rojos viven dentro de nuestro organismo por 120 días, al cabo de los cuales son destruidos. El hierro contenido en esos glóbulos rojos destruidos re-circula para ser utilizado en la producción de nuevos glóbulos rojos.

Hay muchas situaciones que pueden llevarnos a disminuir la concentración de hemoglobina en sangre (anemia). Esto puede ser provocado principalmente por:

- destrucción de Glóbulos Rojos por distintos motivos
- freno en la producción de glóbulos rojos
- pérdida de sangre.

En el caso de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal las causas pueden ser múltiples y coexistir y las comentaremos en forma detallada en este relato. En EII se superponen situaciones propias de la enfermedad y pueden sumarse otras ajenas a la misma.



Anemia: es el descenso de glóbulos rojos o hemoglobina de la sangre: (disminuye el hematocrito y la hemoglobina).

- Hemoglobina; menor a 12 g/dl en la Mujer
menor a 13 g/dl en el Hombre
(Estos valores varían según según las cifras individuales habituales de cada persona)
- Se determina en el análisis de sangre: **Hemograma** en donde se puede medir la Hemoglobina y el Hematocrito.
- La hemoglobina es una proteína dentro de los glóbulos rojos que se encarga de transportar oxígeno.



En EII las causas más frecuentes son:

- falta de producción de glóbulos rojos por déficit de los nutrientes necesarios (hierro, ácido fólico-folatos-, vitamina B12)
- pérdida de sangre (glóbulos rojos).

En condiciones normales todos estos nutrientes necesarios son incorporados por la dieta, salvo situaciones especiales en las que necesitamos un refuerzo de hierro (niños hasta los dos años de edad y mujeres embarazadas).

Al perder glóbulos rojos necesitamos recuperar de alguna manera el hierro contenido en estos. En la población general la pérdida de sangre puede producirse por lesiones en intestino (pólipos, angiomas -malformaciones vasculares- o lesiones malignas). En mujeres las pérdidas ginecológicas (menstruales o de otro origen) también pueden ser motivos de déficit de hierro si son abundantes y/o se asocian a un déficit de aporte o absorción.

En el caso de personas con EII a las enumeradas se suman las lesiones del intestino. Si bien la pérdida de sangre suele ser la principal causa de déficit de hierro, puede haber dificultad en la absorción de los nutrientes (hierro, ácido fólico o vitamina B12).

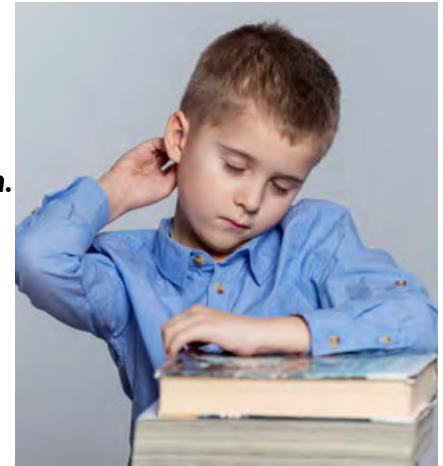
Cada uno de estos nutrientes es absorbido a distintos niveles de nuestro tubo digestivo, por lo cual el sitio de inflamación intestinal puede condicionarnos el déficit de uno u otro. Por ejemplo lesiones en íleon terminal pueden ocasionar déficit de vitamina B12, mientras que inflamaciones de intestino delgado proximal son más propensas a déficit de hierro y calcio.

La dieta de personas con enfermedad inflamatoria intestinal generalmente contiene proporciones insuficientes de ácido fólico. Sumado a eso, el tratamiento con sulfasalazina puede exacerbar el déficit de folatos al impedir su correcta absorción. El tratamiento con Metotrexato (antagonista de ácido fólico) también puede provocar su déficit. Además de anemia el déficit de folatos puede ocasionar descenso de glóbulos blancos y plaquetas. Déficit de vitamina B12 no es infrecuente en personas con EII. Los principales factores que pueden provocar deficiencia de B12 son enfermedad a nivel de íleon terminal o resección de esta porción de intestino, gastritis o sobrecrecimiento de bacterias normales de la flora intestinal. Su carencia también puede ocasionar deficiencia de glóbulos blancos o plaquetas.



Síntomas de anemia.

- Dolor de cabeza, desmayo.
- Sensación de embotamiento .
- Falta o dificultad de concentración.
- Cansancio y Fatiga.
- Sueño excesivo .
- Falta de rendimiento laboral escolar o físico.
- Taquicardia o falta de aire ante esfuerzos físicos .
- caída de cabello y uñas débiles.



Los síntomas de la anemia varían según la rapidez con la que esta ocurra. Si se produce en forma brusca los síntomas ocurren en forma rápida e intensa. Pero cuando se van produciendo en forma lenta pero continua, el cuerpo irá poniendo en marcha mecanismos de compensación que harán que la persona se acostumbre de a poco a convivir con anemia sin casi darse cuenta, pero al profundizarse se comenzará advertir los síntomas.

Un gran porcentaje de personas con EII tienen deficiencia de hierro, siendo la principal causa de anemia en esta población.

El déficit de hierro tiene un impacto negativo en la calidad de vida ya que además de descenso del nivel de hemoglobina suele ocasionar otras alteraciones como cansancio, abulia (no tener ánimo), falta de concentración, fragilidad de uñas, caída de cabello, irritabilidad. A nivel del sueño el déficit de hierro puede ocasionar cansancio pero al mismo tiempo alteración para conseguir un buen descanso (sueño con sobresaltos). Estudios han demostrado mejoría en la calidad de vida con el suplemento de hierro en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Más adelante hablaremos de distintas formas de suplementarlo.

Puede suceder que el nivel de hemoglobina sea normal pero los niveles de hierro estén por debajo de valores normales. En estos casos estarán presentes los síntomas mencionados por déficit de hierro. No habiendo deficiencia de ninguno de los nutrientes mencionados y presencia de anemia deben investigarse otras causas. La más frecuente es la llamada anemia de procesos crónicos cuyo diagnóstico requiere intervención de especialista en anemia (hematólogo).

Algunos medicamentos inmunosupresores utilizados en EII (metotrexate, mecaptopurina, azatioprina) pueden ocasionar freno de la producción medular. Por lo general esto se traduce en descenso de todas las células producidas por la médula ósea (glóbulos rojos, blancos y plaquetas).

Estudios diagnósticos:

El estudio de la anemia se realiza con análisis de sangre. Los estudios incluyen hemograma, dentro del cual se informa el recuento de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. En este estudio también se aportan detalles de los glóbulos rojos que aportan valiosa información para determinar el origen de la anemia. Estos son principalmente:

- **Tamaño promedio e los glóbulos rojos**
(*Volumen Corpuscular Medio o VCM*)
- **Cantidad de hemoglobina contenida en cada glóbulo rojo**
(*Hemoglobina Corpuscular Media o HCM*)

El VCM es muy orientativo para identificar el origen de la anemia ya que en la gran mayoría de los casos cuando su valor es inferior a 80 se correlaciona con déficit de hierro y cuando es superior a 95 con déficit de vitamina B12 y/o ácido fólico.

Tener presente que en medicina estas situaciones no son matemáticas y pueden darse estos valores de VCM por otro motivo.

Además del hemograma se debe solicitar el **recuento de reticulocitos**.

Los reticulocitos son glóbulos rojos “nuevos”. Este parámetro nos permite saber si nuestro organismo está o no fabricando glóbulos rojos. En caso de tener anemia este valor siempre debe ser elevado (superior a 2% del total de glóbulos rojos). Si tenemos anemia y nuestro organismo no produce más glóbulos rojos de lo normal tenemos que pensar en que algo no está permitiendo a la médula ósea funcionar correctamente. Esto puede ser carencia de alguno de los nutrientes necesarios (hierro, ácido fólico o vitamina B12) o alguna otra situación a investigar.

Debemos hablar ahora de lo que llamamos **reactantes de fase aguda**. Son sustancias que aparecen durante infecciones o activación de procesos autoinmunes por ejemplo, y que pueden medirse en los análisis de sangre. Estas determinaciones ayudan a orientar situaciones especiales. Estos son:

- **PCR** (*Proteína C Reactiva*)
- **Eritrosedimentación** (*Eritro o Velocidad de Sedimentación Globular ó VSG*).

Dentro de los estudios diagnósticos se investiga siempre:

- **Ferremia o sideremia** (valor de hierro circulante en sangre).
- **Transferrina** (proteína transportadora de hierro).
- **Saturación de Transferrina** (cantidad de transferrina que posee hierro unido).
- **Ferritina** (mide el hierro de los depósitos y su valor se complementa con lo anteriores).

También deben ser medidos ácido fólico y Vitamina B 12.

Tratamiento:

El tratamiento requiere una combinación de reposición de déficit y corrección de la pérdida al mismo tiempo, cuando corresponde. De esta manera es imprescindible un buen control de la actividad de la enfermedad en simultáneo con la reposición de los nutrientes necesarios. La suplementación en general requiere una individualización para cada paciente dependiendo de sus antecedentes y características particulares de su EII (actividad de la enfermedad, sitio intestinal de compromiso, respuesta a distintas formas de tratamientos previos, etc).



Ferropenia o deficiencia de hierro:

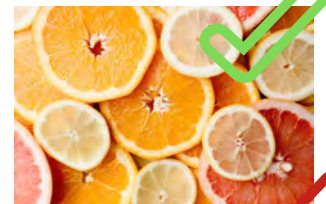
En personas con anemia por déficit de hierro y sin antecedentes de intolerancia a hierro vía oral, esta debe ser el primer tratamiento a indicar (hierro por Vía Oral). Dosis altas pueden exacerbar los síntomas colaterales por lo cual se recomienda utilizar dosis bajas inicialmente.

El objetivo de tratamiento de anemia ferropénica debe ser mantener niveles de Hemoglobina y Ferritina dentro de límites normales.

El hierro endovenoso puede ser de mucha utilidad en pacientes con anemia por déficit de hierro en caso de ausencia de respuesta a hierro por vía oral, aunque cuando la anemia es muy profunda puede utilizarse como primera opción, consiguiendo por lo general rápida mejoría de los síntomas.

Recomendación para el uso de hierro oral:

- Ingerir lejos de las comidas.
- Su absorción mejora con cítricos.
- El té disminuye su absorción, es conveniente alejarlo de la toma del hierro.



Pacientes con EII deben controlarse cada 3 meses durante el primer año posterior a corrección de anemia ferropénica y cada 6 - 12 meses en forma posterior. En quienes debieron requerir hierro endovenoso, luego de corregir el déficit se recomienda mantener niveles de sideremia superiores a 100 mg/dl para evitar recurrencia de la anemia. En caso de déficit de ácido fólico o vitamina B12 se sugiere realizar la reposición por vía oral y si no hay respuesta se recurre a la intramuscular.

Transfusión:

La transfusión repone los glóbulos rojos y se utiliza cuando la anemia es severa. Por lo general hemoglobina menor a 7 g/dl y en pacientes con enfermedades cardíacas por ejemplo es diferente por que niveles de Hemoglobina superiores a 9g/dl. La transfusión se utiliza cuando no se puede demorar su recuperación en espera de la respuesta por vía oral o que propio organismo regenere sus propios glóbulos rojos. También se utiliza la transfusión en personas cuya médula ósea no funciona correctamente y no esperamos que regenere glóbulos rojos a pesar de reponer el déficit que presente.

¿Puedo donar sangre?

Cada país tiene legislación propia.

Los criterios de selección de donantes en Argentina serán comentados a continuación.

Recomendamos que cada personas verifique las recomendamos vigentes en su país.



Argentina: Puedes consultar en este link de la página oficial del Ministerio de Salud.

www.argentina.gob.ar/salud/donarsangre

Criterios para la selección de donantes de sangre RM 797/13 -1507/15 PLAN NACIONAL DE SANGRE

Colitis ulcerosa: Exclusión definitiva.

Crohn: Exclusión definitiva.

Ostomías: Si el motivo de la colostomía no es en sí mismo razón para la exclusión definitiva, puede ser aceptado. Exclusión definitiva en caso de neoplasia o de enfermedad intestinal inflamatoria crónica como enfermedad de base.



Alteraciones de la coagulación en Enfermedad Intestinal Inflamatoria.

DRA. GRACIELA DIAZ

Médica Hematóloga
Jefa de Servicio de Hematología del
Hospital Castro Rendón.
Neuquén, Argentina.

Cuando hablamos de coagulación, estamos hablando del proceso natural que se inicia y finaliza con la formación de un coágulo para cohibir un sangrado.

En este proceso participan las células que se llaman plaquetas y factores de la coagulación, que son proteínas que circulan en la sangre y que van a activarse para poder junto con la adhesión y agregación de las plaquetas formar el coágulo.

El desequilibrio o alteración de estos dos elementos determinaran nuestro estado de coagulación, de modo que si tenemos un déficit de alguno de estos elementos: plaquetas o factores, estaremos propensos a tener sangrados o hemorragias, o por el contrario, un estado de *hipercoagulabilidad* (estado que favorece a la formación de coágulos o también llamados trombos).

Este proceso complejo está en perfecto equilibrio, contando nuestro organismo con factores naturales que participan regulando el proceso de coagulación para que solo se active en situaciones que se necesite para detener cualquier tipo de sangrado.

En la enfermedad inflamatoria intestinal se produce por ese estado inflamatorio, una alteración con aumento de estas células llamadas plaquetas (Hiperplaquetosis) y de factores de la coagulación (factor V, factor VIII, fibrinogeno), disminución de un inhibidor natural que tenemos la llamada antitrombina III, favoreciendo la activación del proceso, con la formación del trombo o coágulo dentro de los vasos sanguíneos, por ello en EII puede aparecer una complicación llamada **trombosis** debido a cambios que se producen en el sistema de coagulación de la sangre.

Cuando se produce una trombosis, esos vasos sanguíneos se obstruyen e impiden o disminuyen la oxigenación y los nutrientes a los distintos tejidos y órganos en donde se produce. La circulación estará alterada afectando la zona donde esta ocluida por la trombosis.

Los sitios más frecuentes de formación de trombos en los vasos venosos se dan en la circulación de los miembros inferiores, llamados trombosis venosas profundas y en el sistema venoso del pulmón (tromboembolismo pulmonar) y en los vasos arteriales, en la irrigación, circulación cerebral (ACV).

Estos cuadros son más frecuentes durante los brotes de la enfermedad. Sumado a esto, algunos pacientes, pueden tener otros factores que pueden incidir en tener aumentada esta predisposición, como lo es, el tabaco, el uso de anticonceptivos hormonales, la deshidratación, las internaciones prolongadas, cirugías, factores hereditarios, sedentarismo, entre otros .



En este cuadro de inflamación activa de la enfermedad, pueden aparecer otras proteínas, llamadas **anticuerpos antifosfolípidicos** que dañan la pared de los vasos sanguíneos favoreciendo mas aun la formación de la trombosis. Cada paciente será aconsejado por su médico, teniendo en cuenta sus hábitos personales y la existencia de otros factores que puedan aumentar la posibilidad de tener una trombosis.

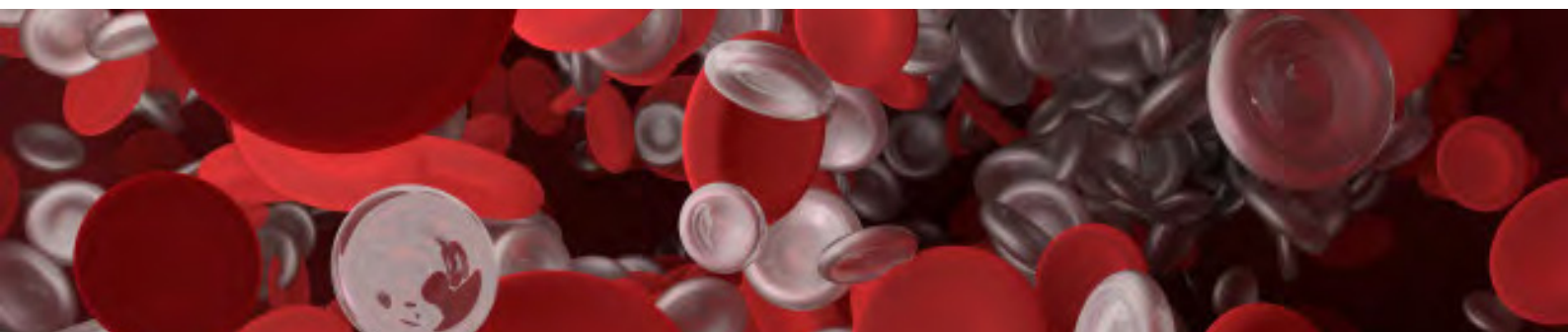
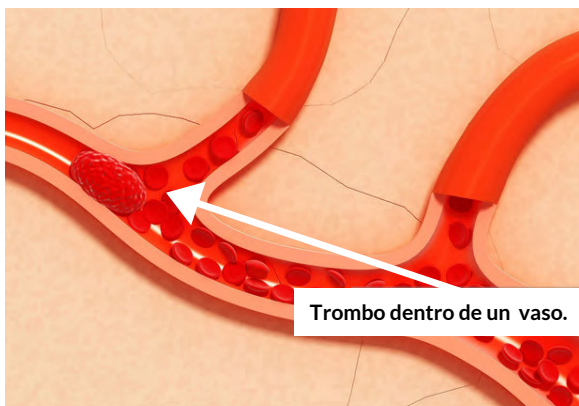
Para prevenir la trombosis, existen factores modificables como la suspensión del tabaquismo, la mantener la hidratación y el peso adecuado, realizar actividad física, entre otros. Hay factores que no podemos modificar como la presencia de otras enfermedades o una cirugía, por ejemplo que no tienen que ver con un habito o conducta de la persona . Para la prevención en estos casos debemos utilizar tratamiento con medicamentos como los antiagregantes plaquetarios, la aspirineta y/o el anticoagulante llamado heparina.

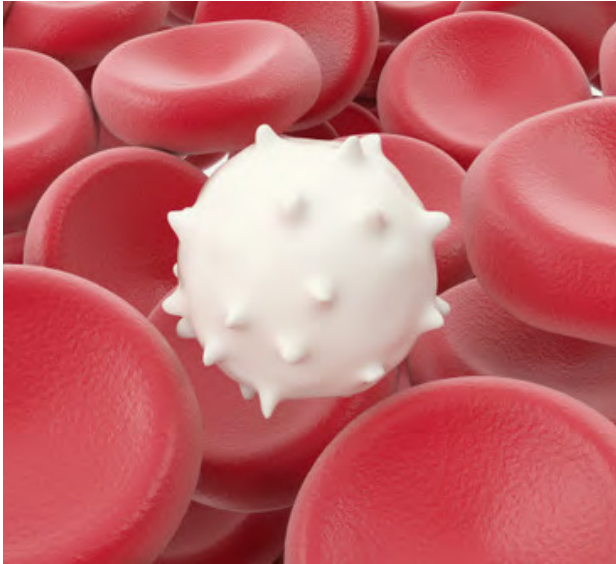
La indicación de un u otro tratamiento será determinada por el tipo de riesgo que presente caca persona. En algunos casos puede que solo necesitemos inhibir la unión y agregación de las plaquetas, indicando aspirinetas, en otros casos, como por ejemplo, internaciones prolongadas con reposo absoluto, cirugías, etc, la prevención se realiza con fármacos que actúan sobre los factores de la coagulación, esta droga puede ser utilizada por vía endovenosa o subcutánea.

Cuando se ha diagnosticado la formación del trombo que ocluye la luz de un vaso sanguíneo venoso o arterial, hablamos de trombosis. En estos casos se procederá al tratamiento anticoagulante, esto es, tratar de disolver el trombo que ocluye la luz y a su vez evitar que viaje por el torrente sanguíneo y ocluya otros vasos complicando más la situación de salud.

Dependiendo de la localización de la trombosis, la circulación sanguínea se verá afectada produciendo un daño al tejido que debía ser irrigado normalmente. Por esto, la anticoagulación debe ser inmediata y el tratamiento será acorde a la gravedad del cuadro, al sitio donde ocurrió y la extensión de la zona afectada. Estos factores determinarán la duración del tratamiento anticoagulante el cual varia en meses. En ese caso durante se indicará un tratamiento anticoagulante por vía oral con drogas llamadas dicumarinicos, warfarinas, inhibidores orales de la coagulación.

Todos los tratamientos antes descriptos serán indicados por el médico tratante viendo que no existan contraindicaciones para recibirlos.





La enfermedad inflamatoria intestinal puede tener como complicación a lo largo de su curso una complicación trombótica.

El médico conoce esta posibilidad, por lo cual tomara los recaudos necesarios para prevenirlo.

Por su parte, los pacientes al conocer esta predisposición también están preparados para poner en marcha las pautas de alarma, la corrección de factores modificables y en caso de cursar esta complicación conocer la importancia del tratamiento inmediato, respetar las indicaciones médicas y realizar la consulta y estrictos controles para disminuir el riesgo de mayores complicaciones.

PREVENCIÓN DE TROMBOSIS:

- *Realizar actividad física regular.*
- *Usar ropa y medias holgadas.*
- *Usar medias especiales (llamadas medias de compresión), si su médico las receta.*
- *Moderar el consumo de sal.*
- *Evitar golpes o lastimarse las piernas, evitar cruzarlas por tiempo prolongado.*
- *Elevar la parte de los pies de la cama entre 10 y 15 cm.*
- *Tomar todos los medicamentos indicados por su médico.*
- *Manténgase en un peso saludable.*
- *No fumar.*
- *Evite estar sentado, de pie o acostado por largos períodos sin mover las piernas y los pies.*
- **VIAJES LARGOS:**
 - *Automóvil: haga paradas frecuentes para salir y caminar un poco.*
 - *Tren, avión u ómnibus, levántese y camine siempre que pueda.*

Si no puede ponerse de pie, mueva los dedos de los pies y tense las pantorrillas para hacer que su sangre se mueva, como muestran las imágenes de abajo.

Salud Bucal en EII.

DRA. JORGELINA CONTINI

Odontóloga
Jefa de Servicio de Odontología
Hospital Horario Heller.
Miembro Equipo Interdisciplinario EII
Fundeccu Argentina.
Neuquén, Argentina.

INTRODUCCION:

Uno de los principales conceptos a tener en cuenta cuando hablamos de salud bucal, es no perder de vista que la SALUD BUCAL, no es solamente hablar de "los dientes". Deseamos transmitir una mirada integradora, que nos permite ver a la boca como un SISTEMA, formado por varios componentes con funciones propias, trabajando de manera interrelacionada formando un todo.

El equilibrio de este sistema, depende de que cada una de las partes que lo conforma funcione correctamente: dientes, labios, lengua, mejillas, glándulas, músculos, etc. y que, en relación con cráneo y cuello trabajen para que las funciones fisiológicas se cumplan. Además debemos considerar que todas las personas también requerimos cubrir otras necesidades que tienen que ver con el aspecto social y emocional. La boca esta implicada en innumerables acciones como sonreír, besar o cantar por ejemplo.

Componentes de la boca:

Una distinción ciertamente obvia pero útil es diferenciar en la boca 2 tipos de superficies, las duras y las blandas. Las duras incluyen superficies dentarias naturales, restauraciones odontológicas, prótesis ya sean fijas o removibles y en personas jóvenes es cada vez es mas frecuente encontrar piercing.

Las superficies blandas es una una fina capa de piel llamada mucosa, que debe estar lubricada por la saliva. Ambas superficies tienen comportamientos diferentes. La mucosa, al igual que la piel, va perdiendo de manera imperceptible las células que la componen en



un proceso natural que se denomina descamación, fenómeno que no ocurre con las superficies duras, que al contrario permiten la adhesión y acumulación de sustancias, restos alimenticios. En la boca habitan microorganismos que pertenecen a la flora normal del individuo, como ocurre en la piel y en el intestino por ejemplo, y el organismo tiene mecanismos para mantener su equilibrio, uno de ellos es la descamación que a medida que va ocurriendo va eliminando todas aquellas bacterias que ya no necesita.

Por lo tanto, una maniobra de PREVENCIÓN BÁSICA como es el CEPILLADO DENTAL NO DEBE SER REALIZADO EN LAS SUPERFICIES BLANDAS DE LA BOCA. Dicho de otro modo, la lengua, los carrillos, las encías no se cepillan, porque descaman y son sensibles al trauma pudiendo reaccionar al mismo de formas diversas.

Ahora bien, el cepillado dental y de superficies duras de la boca, tiene como principal objetivo: desorganizar y remover la placa bacteriana que se adhiere, coloniza y madura sobre las mismas y se transforma en un agresor que puede causar enfermedades, las mas conocidas CARIES Y ENFERMEDAD PERIODONTAL, pero sin alterar el resto de las bacterias que son de la flora normal.

Sobre el cepillado de los dientes vamos a ver primero que características de son necesarias tener en cuenta en el cepillo:

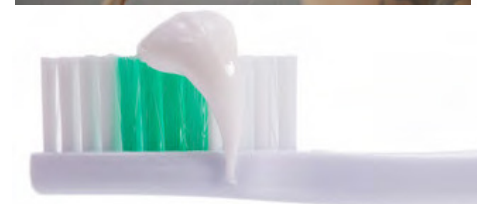
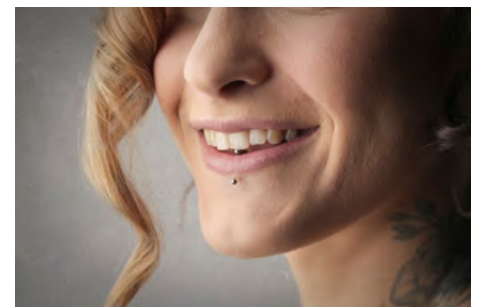
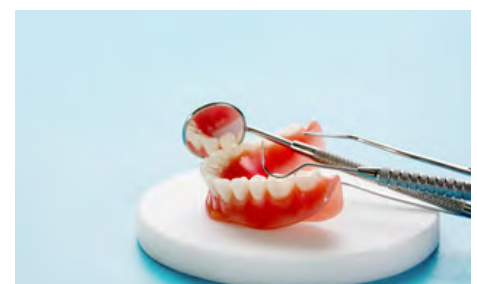
- *Cerdas de nylon, blandas y redondeadas.*
- *Mango recto*
- *Cabezal pequeño*

Con respecto a la técnica, si bien hay numerosas descripciones, la clínica y la experiencia, indican que el cepillado de la boca es aquel que realice el paciente dejando limpio y sin dañar otras estructuras. Por lo tanto mas allá de la información es necesario que sea una practica enseñada y verificada por el Odontólogo, quien podrá evaluar la psicomotricidad del paciente, la forma de tomar el cepillo, de colocarlo, la fuerza que realiza, la posición dentaria, la ausencia de piezas dentarias, etc, y la posibilidad, sobre todo si el paciente es adulto de sostenerla en el tiempo, ya que los cambios de hábitos deben ser reforzados numerosas veces hasta poder ser incorporados. Por lo tanto otra maniobra de prevención básica es concurrir a la consulta odontológica con el cepillo dental. Lo mismo ocurre cuando nos referimos al uso de otros implementos de higiene como por ejemplo el hilo dental, palillos o cepillos interproximales, que tienen una indicación específica.

En el caso de las prótesis removibles su higiene merece un cuidado especial, debe realizarse después de cada comida, **CON CEPILLO DE UNAS O ESPECIALES PARA PROTESIS Y SIN PASTA** ya que contienen abrasivos que rayan el acrílico permitiendo la colonización microbiana. Se puede acompañar de un jabón neutro o la utilización de pastillas efervescentes para tal fin. El mismo debe ser realizado con cuidado y sobre una superficie segura ya que si se cae la prótesis se rompe.

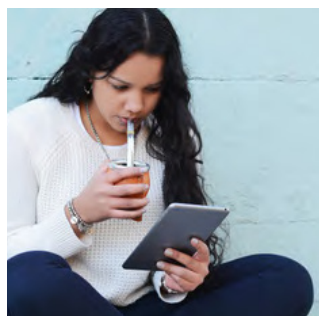
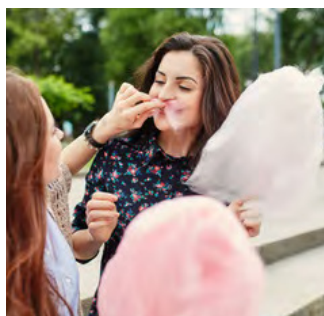
Según lo mencionado entendemos que se realiza cepillado sobre los dientes para la remoción de placa sobre superficies duras, higiene de prótesis si hubiere, sin desordenar el resto de la flora bucal normal, por lo tanto el uso de colutorios

bucales de manera sistemática no sería adecuado ya que en su composición la mayoría tienen alcoholes que son irritantes para la mucosa, su sabor fresco nos enmascara síntomas y una higiene incorrectamente realizada, si tienen en su composición antisépticos van actuar sobre todos los microorganismos generando su desequilibrio y permitiendo por ejemplo la proliferación de hongos. Por lo tanto el uso de colutorios debe estar indicado por el ODONTOLOGO, de acuerdo a la situación particular de cada paciente, y si además ese paciente presenta alguna enfermedad sistémica con mas razón debe ser el odontólogo quien defina el abordaje de la higiene y tratamiento tópico local por reunir los criterios necesarios de la relación que tienen los elementos dentarios en contacto con la mucosa bucal y su estrecho vinculo funcional.



La caries, es la enfermedad de origen microbiano mas frecuente que afecta a un alto porcentaje de la población, es multifactorial y básicamente es una cavidad que se forma por disolución de los tejidos duros del diente debido al ataque ácido producido por las bacterias que se depositan en la superficie del mismo durante un tiempo prolongado. Al tener varias causas, para su prevención además de la higiene hay que tener en cuenta otros aspectos como por ejemplo:

- **La dieta:** ya sabemos que el azúcar refinado es el principal nutriente de las bacterias quienes lo procesan dando lugar a deshechos ácidos, por lo tanto es necesario controlar no solo su cantidad y sino los momentos. No olvidar las bebidas gaseosas como la cola que contienen grandes cantidades de azúcar. La saliva tiene capacidad de neutralizar dicha acidez siempre y cuando no sea sobrepasada. Se permiten 4 momentos de azúcares diarios que coinciden con el desayuno, almuerzo, merienda y cena, que aportan la energía que requerimos para nuestras funciones diarias. Si se sigue incorporando azúcar la saliva no podrá neutralizar y el proceso de caries continuara su desarrollo. Por lo tanto una dieta saludable, constituye una medida preventiva básica, y me gustaría agregar una reflexión sobre el mate dulce, ya que es una costumbre Argentina y de otros países de latinoamérica tan arraigada, que ni siquiera pensamos en ella al hacer una historia de dieta, cuantas veces en el día, cuanto tiempo y cuanta cantidad de azúcar colocamos.
- **Defectos del diente:** la caries comienza en un defecto del diente e inicialmente es a nivel químico, asintomático, hasta que esos cambios se hacen visibles o perceptibles por el paciente, o detectables con métodos diagnósticos auxiliares el proceso tiene cierto grado de avance. Es común escuchar en la consulta frases como “comiendo algo blando se me quebró el diente”. Por eso se aconsejan visitas periódicas al odontólogo porque es posible que al momento de la inspección estén presentes caries iniciadas que no puedan ser detectadas.
- **Otras medidas preventivas:** tienen que ver con el refuerzo de las estructuras dentarias mediante la aplicación de flúor, selladores, etc. que deberá ser evaluada por el profesional y utilizada según cada paciente.



El cuidado dentario conlleva si o si el cuidado de la encía que lo rodea y su aparato de sostén para poder asegurarnos su permanencia en la boca, ya que los microbios depositados en el diente comienzan un proceso de irritación y activan mecanismos de defensa que parten de un estado inflamatorio y que darán lugar a una gingivitis que con el tiempo (años) se cronifica y evoluciona a una periodontitis que terminara por expulsar al elemento dentario del organismo.

Uno de los síntomas que indica el comienzo de estos cambios es el sangrado de las encías, por lo tanto el concepto que se debe recordar es LA ENCIA NORMAL NO SANGRA, si ocurre debo consultar al odontólogo, y debo chequear deficiencias en el cepillado dentario.



Entonces concluimos que la caries y enfermedad periodontal sino son tratadas, evolucionan hacia la pérdida de las piezas dentarias. Cada diente tiene una forma específica y por lo tanto una función que le es propia, su pérdida implica una progresión de cambios que alteran al delicado funcionamiento de bucal, permite una sobre-erupción del diente antagonista lo que genera un contacto prematuro en estrecha relación con el bruxismo, volcamiento de las piezas vecinas, empaquetamiento de alimento, que la lengua trate de ocupar ese lugar vacío, pérdida de masa ósea en el sitio donde esa pieza dentaria. Todo esto va deteriorando la salud bucal en las personas.

Muchos de estos procesos se acompañan de dolor y los mecanismos de producción del dolor son complejos. La boca está cercana a otras estructuras importantes, como los senos paranasales, oído, músculos y nervios y no toda situación dolorosa es de origen infeccioso. Ante el dolor, es frecuente que aparezca la automedicación con antibióticos. Esta situación, no

solo porque un antibiótico mal suministrado aumenta la resistencia bacteriana sino que además enmascara los síntomas dificultando el correcto diagnóstico. Además, desde el concepto de considerar a la boca como parte integral de nuestro organismo, no debemos olvidar que muchas manifestaciones de enfermedades sistémicas presentan síntomas a nivel bucal, como sucede en las enfermedades autoinmunes como lo es la EII.

En este contexto, se deben tener cuidados especiales en la salud bucal debido a las repercusiones que puede tener una infección bucal, a la presencia de múltiples medicaciones incluso con varias que disminuyen las defensas o uso de anticoagulantes.

Otro aspecto que no podemos dejar de mencionar por su importancia es el cáncer bucal, ya que no es conocido por todos y su diagnóstico en general es tardío.

La EII no aumenta el riesgo de cáncer bucal pero la prevención es siempre importante. La detección precoz es fundamental, y una ventaja que tenemos es que se puede hacer con la inspección clínica minuciosa y la utilización de métodos auxiliares de diagnóstico.

Es importante tener en cuenta que inicialmente no duele, no da síntomas, que puede iniciarse con pequeños cambios como una mancha roja o blanca, alguna lastimadura que no cicatriza.

Los principales factores de riesgo están en relación al tabaco, al alcohol y al microtrauma crónico que ejercen las superficies duras sobre la mucosa cuando no están en buen estado, el virus del papiloma se relaciona cada vez mas con el cáncer bucal.

Para concluir:

- **la boca es parte del sistema estomatognático que integra al individuo y su disfunción altera la calidad de vida de las personas.**
- **las medidas de prevención aplicadas nos permiten en general una vida saludable y además nos ayudan a prevenir otras enfermedades.**
- **destacamos la importancia del trabajo interdisciplinario en el cuidado de la salud entendiendo que el conocimiento es tan amplio que no puede ser aplicado solo por un solo miembro del grupo, y entendiendo también que el paciente es parte activa del mismo del mismo.**



Medidas preventivas para la salud bucal:

- *Controles periódicos odontológicos.*
- *Adecuada higiene.*
- *Alimentación equilibrada con inclusión de verduras y frutas.*
- *Disminuir el consumo de azúcares.*
- *No fumar.*
- *Consumo moderado de alcohol.*
- *Mantener prótesis adecuadamente y cambiarlas cada 5 años o cuando sea necesario (no son para toda la vida)*
- *No utilizar piercing.*

Osteopenia y Osteoporosis en EII.

DRA. LILEN SALVATORI*
DRA. SOLEDAD BIANCUCCI**

*Médica Clínica
Hospital Horario Heller.
Miembro Equipo Interdisciplinario
EII Fundeccu Argentina.

**Médica Clínica
Hospital Plottier
Miembros del Equipo
Interdisciplinario EII Fundeccu Argentina
Neuquén, Argentina.

INTRODUCCION:

La EII presenta síntomas digestivos, extradigestivo y también alcanza a comprometer otros órganos de manera secundaria como los huesos, como se comentará en este capítulo.

La **osteoporosis** es la pérdida de masa ósea y disminución de la cantidad de calcio en los huesos mientras que la **osteopenia** es este mismo proceso de disminución de la densidad mineral ósea pero en un grado menor. Esta condición conduce a riesgo de fracturas.

Los trastornos del metabolismo óseo en la EII están aumentados, con cifras que varían en la literatura según la población con EII estudiada (ya sea por sus características clínicas como la edad, raza, años de enfermedad, región geográfica, entre otros), pero definitivamente es mayor a la población general.

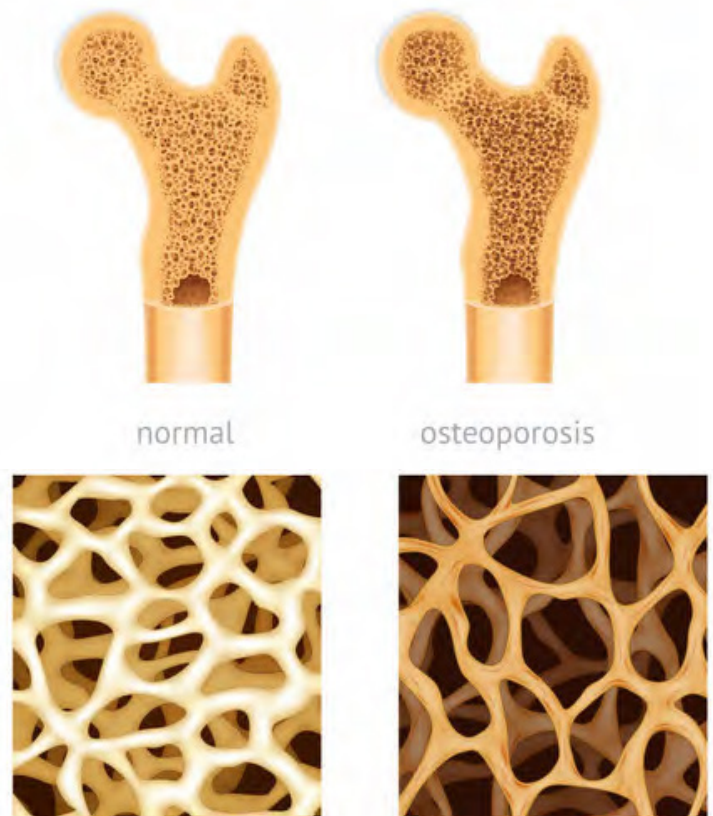
La osteoporosis y osteopenia ocasionan fragilidad a los huesos y predisposición a sufrir fracturas ante mínimos traumatismos y no produce síntomas, es decir es asintomática, hasta que una fractura se produzca.

Esto significa que *no duelen los huesos* por osteoporosis.

Las fracturas que se producen se llaman *fracturas por fragilidad* o *fractura osteoporótica*, las cuales se denominan así por producirse sin existir un traumatismo suficiente que justifique la rotura en un hueso previamente sano.

¿Por qué en EII hay más riesgo de Osteopenia y Osteoporosis?

Las causas que conducen a esta situación en la EII son múltiples y se detallan Factores de riesgos generales (comunes a todas las personas) y Factores de riesgo específicos (en personas con EII).



Factores de Riesgo Generales:

- bajo peso
- malnutrición
- antecedentes familiares
- edad
- sexo femenino
- menopausia
- tabaquismo
- sedentarismo

Factores de Riesgo Específicos:

- la deficiencia de vitamina D
- tratamientos con corticoides,
- alteraciones hormonales
- el proceso inflamatorio en sí mismo
- resecciones intestinales

Detallaremos detenidamente los factores de riesgo específicos:

- **El proceso inflamatorio en sí mismo:**

Como ya se ha comentado, la EII es un trastorno inflamatorio crónico y existen numerosos mecanismos a través de los cuales la inflamación sistémica puede afectar negativamente el metabolismo óseo.

Varios estudios sugieren que la propia actividad inflamatoria de la enfermedad podría ser el factor más influyente e implicado en el desarrollo de osteopenia y osteoporosis en esta enfermedad, ya que se ha objetivado una estrecha relación entre el grado de actividad de la enfermedad y la disminución de la masa ósea. Ésto estaría mediado a través de la liberación de moléculas mediadoras de la inflamación las cuales se han involucrado en la activación de unas células que se encuentran en el hueso llamadas **osteoclastos**. Los osteoclastos tiene por función reabsorber hueso, situación necesaria normalmente, pero en la EII ellos estarían activados en demasía.

- **Alteración de ingesta y absorción de nutrientes.**

Las personas con EII tienden a tener menor ingesta de alimentos ricos en calcio y vitamina D por diferentes motivos.

En el caso de la enfermedad de Crohn, dependiendo de la ubicación de las lesiones, se puede afectar su absorción también, ya sea por inflamación activa o fibrosis crónica en el íleon terminal. La principal acción de la vitamina D es mantener las cifras de calcio y fósforo dentro del rango normal que permita el metabolismo, la transmisión neuromuscular y la mineralización ósea.

- **Uso de corticoides.**

El uso de esteroides ha demostrado reducir la densidad mineral ósea y aumentar el riesgo de fractura, inhibiendo la función de unas células llamadas **osteoblastos** que son formadores de hueso, mientras promueve la actividad de sus contrarios, los osteoclastos comentados anteriormente.

¿Cómo se hace el diagnóstico?

la Densidad Mineral Ósea (DMO), es un indicador para valorar el riesgo de fracturas, especialmente si se evalúan de forma seriada sus cambios a lo largo del tiempo, y puede medirse.

Existen diferentes métodos que permiten medir la DMO, siendo el más utilizado es la **Desitometría ósea** mediante DEXA. El resultado del estudio se expresa en base del número de desviaciones estándar (DS) en la que se diferencia de la media de una población de adultos jóvenes (T-score) o de individuos de similar edad (Z-score). En función de su valor se realiza el diagnóstico de osteopenia u osteoporosis.



A pesar de que la densitometría ósea es el medio más común para diagnosticar la osteoporosis, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha desarrollado una herramienta denominada **FRAX** (*Modelo de evaluación del riesgo de fractura*), que incluye 10 factores de riesgo. Esta herramienta resulta útil para calcular la probabilidad a los 10 años de tener fracturas osteoporóticas relevantes, destacando la importancia de los otros factores de riesgo clínicos más allá de la DMO, la cual sin dudas es un factor de riesgo importante. El mismo es utilizado en Atención Primaria para detectar grupos de alto riesgo, y así optimizar los recursos de diagnóstico y de tratamiento médico. La estimación del riesgo de fractura es más precisa si se combinan ambos factores (clínicos y DMO).

A través de este calculador, se pueden desprender algunas indicaciones de densitometría.

Prevención:

Las recomendaciones para la prevención de alteraciones óseas en población con EII, podemos mencionar cambios en el estilo de vida tales como:

- **Ingesta de calcio:** A partir de los 50 años la misma debe contener aproximadamente 1200 mg de calcio por día. Esto se aporta sobre todo con productos lácteos, preferiblemente los que están fortificados con calcio. Si la persona prefiere realizar una dieta sin lácteos, deberá consultarse al nutricionista del equipo EII para poder reemplazar por otros alimentos.
- **Desaconsejar tabaco y alcohol.**
- **Realizar actividad física:** El ejercicio genera un estímulo mecánico para la óptima adaptación de masa y estructura esquelética, y además reduce el riesgo de caídas que pueden conducir a la fractura.
- **Exposición al sol/vitamina D:** La vitamina D se forma en la piel por exposición a los rayos ultravioletas. Se encuentra en pocos alimentos y su función es favorecer la absorción de calcio en el intestino.
- **Mantener la remisión de la EII.**



La exposición solar:

- Época estival debe ser corta, entre 15 y 20 minutos (realizarlo fuera de los horarios de máxima radiación solar)
- Otoño e invierno las exposiciones deben ser en horas de mediodía.

Esta exposición debe repetirse 2 o 3 veces por semana.

TRATAMIENTO:

El tratamiento debe orientarse hacia la prevención de la pérdida ósea, controlando el nivel de actividad de la enfermedad, lograr la administración de la dosis de corticoides efectiva más baja y el menor tiempo posible, con la administración de terapia de inmunomodulación si estuviese indicada para reducir o discontinuar la terapia con corticoides, y el mantenimiento de una nutrición adecuada. En determinados casos será necesario instaurar tratamiento farmacológico con calcio y vitamina D, para lo cual es prioritario identificar a los individuos con EII con mayor riesgo de fracturas.

Conclusión:

- **La EII se asocia a una mayor prevalencia de osteopenia y osteoporosis ya desde el inicio de esta enfermedad de origen multicausal.**
- **La detección precoz y la prevención de la disminución de la DMO debe formar parte del abordaje inicial en los pacientes, evitando fracturas en el futuro.**
- **La osteopenia y osteoporosis no da síntomas y por ello pasan inadvertidas durante años si no se realiza una evaluación diagnóstica dirigida.**
- **El equipo EII será quien realice las intervenciones preventivas y de tratamiento identificando a los pacientes de riesgo.**

Cuidados de la piel en EI.

DRA. PAULA GABRIELA MARIASH

*Médica Especialista en Medicina Interna
y Dermatología
Directora Clínica de la Piel.
Neuquén, Argentina.

INTRODUCCION:

Si bien para mucha gente, y en algunas culturas, el bronceado puede ser visto como signo de belleza, salud y bienestar, y es innegable su efecto beneficioso para la síntesis de vitamina D, no podemos dejar de tener en cuenta sus efectos perjudiciales sobre la piel y conocer siendo conscientes de los cuidados que debemos tener al estar expuestos al sol.

La exposición solar, tanto a corto como a largo plazo, puede dañar la piel, provocando:

- envejecimiento prematuro (manchas y arrugas)
- aumento del riesgo de cáncer de piel.

Es por ésto, que los dermatólogos hacemos tanto énfasis en la necesidad de la fotoprevención, lo que incluye por un lado la fotoeducación y por el otro la fotoprotección.

Cada vez que la radiación UV (ultravioleta) llega a la piel, genera un daño en el material genético de las células, si bien el cuerpo tiene mecanismos de reparación, éstos no son 100% eficientes y por lo tanto ese daño solar se va acumulando progresivamente.

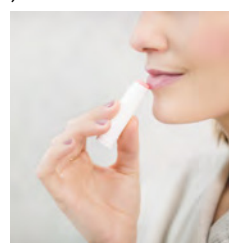
Comencemos entonces con algunos conceptos básicos:

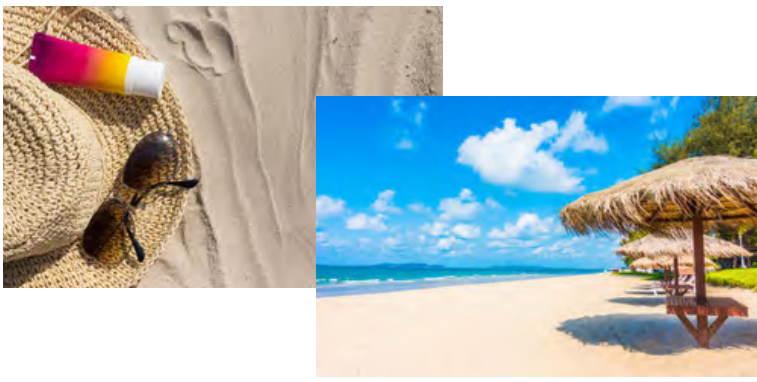
- SOL -

- En los horarios del mediodía es cuando los rayos ultravioletas caen de manera más perpendicular a la tierra, y por lo tanto con mayor intensidad. Este hecho justifica la necesidad de evitar la exposición solar entre las 11 y las 16 30 hs.
- Ley de la sombra: el horario más seguro para exponerse al sol, es cuando la sombra proyectada por nuestro propio cuerpo mide lo mismo o más que nuestra altura, o sea, cuando los rayos caen a 45°.

NO A LA CAMAS SOLARES:

Las camas solares aumentan significativamente el riesgo de cáncer de piel, mucho más aún que el sol.





- ROPA -

- Es fundamental el uso de ropa y sombreros con filtro uva y uvb. Hoy existen telas con filtros solares que nos garantizan una protección de las zonas cubiertas facilitando las actividades deportivas o al aire libre sin incremento del riesgo.

- LENTES -

- No olvidar el uso de lentes con filtro uv. Así como en la piel aumenta el riesgo de cáncer con el sol, en los ojos aumenta significativamente el riesgo de cataratas. Además, los lentes deben ser de buena calidad, para garantizar que tengan los filtros necesarios.

- PROTECTOR SOLAR -

- Nunca olvidar el uso de protectores solares, son fundamentales en la prevención del cáncer de piel.
- Al momento de elegir un protector solar, debemos buscar uno de amplio espectro, es decir que cubra tanto uvb como uva, no todos cumplen con esta característica.
- La indicación de factor de protección solar debería ser individualizada, y es el médico dermatólogo el que indicará a cada paciente lo ideal para su caso, pero, en líneas generales no debería ser menor de 30, debiendo ser aplicado 30 minutos antes de la exposición al sol, y reaplicándolo cada 2 hs. y posteriormente a los baños.
- En los protectores solares, como en cualquier otro medicamento tópico, el vehículo también es importante, éstos vienen en cremas, geles, spray, etc. La elección del vehículo ideal también depende del tipo de piel de cada paciente.

GRUPOS ESPECIALES.

Las *pieles claras*, en individuos de ojos claros, son especialmente sensibles a la radiación ultravioleta, porque la melanina clara, llamada feomelanina, es ineficiente en su efecto fotoprotector. En estos grupos, el riesgo de daño solar, con envejecimiento cutáneo y aumento de la incidencia de cáncer de piel es significativamente más alto, por lo que se deben reforzar las medidas expuestas previamente.

Inmunosupresores: algunos medicamentos usados para disminuir las respuestas inmunes exageradas, tales como la ciclosporina, azatioprina y la mercaptopurina, pueden aumentar el riesgo de cáncer de piel. Los pacientes que utilizan estos medicamentos deben extremar las medidas de cuidado. Si toma alguna medicación, debería consultar con el médico dermatólogo acerca de sus posibles efectos.

- El 80% del daño solar acumulado, se dá en los primeros 18 años de vida, esto nos convierte en responsables del cuidado de nuestros hijos. No debemos olvidarnos que los niños no toman sol, viven al sol, juegan al sol.
- En los primeros 6 meses de vida, los protectores solares pueden resultar tóxicos para el bebé, sobre todo si son usados en grandes cantidades, por lo que en ellos es fundamental evitar la exposición y mediante el uso de sombreros y ropa .

NO COMPRAR PROTECTORES SOLARES DE CATALOGOS O EN CENTROS DE COSMETOLOGÍA

Los protectores solares son medicamentos, y por eso deben ser de marcas reconocidas y controladas por los entes regulatorios (Anmat en Argentina), que nos garanticen que tienen realmente el factor de protección solar que dicen tener.

CONCLUSIONES:

Dado que el daño solar es acumulativo, no debemos esperar un diagnóstico de cáncer de piel para tomar conciencia. Somos responsables de nuestro cuidado y del cuidado de nuestros hijos, y la prevención siempre es la mejor medida. Evitar la costumbre de tomar sol sería lo óptimo, ya que el solo hecho de vivir, pasear, hacer deporte ya implica fotoexposición. Incorporar estos hábitos a la vida diaria nos ayudará a preservar la salud de nuestra piel.

CAPITULO 4

DIAGNOSTICO DE EII:

De la sospecha a la confirmación.



Diagnóstico de EII: Introducción.

DRA. FABIANA MIELE

Médica Gastroenteróloga
Clínica Pasteur
Presidente y Coordinadora del Equipo Interdisciplinario
EII Fundeccu Argentina
Neuquén, Argentina.

Y es así, como un día te levantas con la sorpresa de ver sangre en tu materia fecal.

El dolor abdominal comienza a ser un compañero con asistencia perfecta, el desgano atormenta y se profundiza. El apetito e interés por la comida se pierde e incrementa es dolor abdominal, los ruidos y la visita al baño. Las articulaciones duelen y la urgencia para llegar al baño modifica toda tu vida.

Comienzas a organizar tu rutina diaria basándola en los baños que existan en el sitio que debas ir y en los que haya en el itinerario que te conduzca a tus destinos. Te miras al espejo y no te reconoces a tí mismo allí, pues ese cuerpo adelgazado y pálido no parece ser tuyo.

Ya consultaste a varias urgencias y médicos y se repite la frase: "son hemorroides", "te dio una gastroenteritis muy fuerte", "toma estas pastillas que ya pasará". Otros te han dicho: "¿eres muy ansioso?", "tienes mucho stress, mejor descansa"... y mucho más se repite caso a caso.

En este capítulo brindaremos información sobre todo aquello que, según nuestra mirada, es importante conocer sobre el diagnóstico de la Enfermedad Intestinal Inflamatoria.

En Argentina seguimos transitando el camino de las EII sin una estadística seria y confiable, pero continúa siendo incluida entre la Enfermedades poco frecuentes (1 caso entre 2.000 personas). Anhelamos que en los próximos años podamos tener cifras reales que permitan establecer estrategias en política sanitaria. Aún no fácil el entrenamiento entre los profesionales de la salud y no siempre las personas encuentran a un profesional capacitado en EII desde el inicio. Por todo esto, pueden existir demoras en el diagnóstico. Desde Fundeccu creemos que la educación es la herramienta mas poderosa para producir transformaciones.



Es muy importante comenzar a desterrar viejas ideas, creencias y suposiciones que se transmiten de persona a persona y los detallaremos a continuación:

- 1-El diagnóstico de Eii no se realiza con una única prueba diagnóstica.
- 2-Los síntomas de Eii no son específicos ni únicos de esta enfermedad.
- 3-El diagnóstico de Eii se realiza con la combinación de los hallazgos de: manifestaciones clínicas, análisis de sangre, visión endoscópica del intestino a través de la colonoscopia, biopsias y estudios de imágenes.
- 4-Todos estos resultados son complementarios entre sí, siendo la colonoscopia el más valioso.
- 5-La biopsia por endoscopia tiene la limitación de no ser representativa de todas las capas del intestino. Solo abarca la mucosa (ver capítulo diferencias Cu - EC).

Los próximos relatos revelarán mucha información útil, realizada cuidadosamente por grandes profesionales.

Evaluación del paciente con EII.

DR. SOCRATES BAUTISTA

Médico Gastroenterólogo
Director de Radioclinic
Presidente FUNDEII
República Dominicana.

INTRODUCCION:

Siempre que como médico se va a estudiar un paciente y pretendemos hacer un diagnóstico, es importante realizar una buena historia clínica.

A esta parte de la evaluación técnicamente la llamamos *anamnesis* o interrogatorio, y para nosotros es fundamental lograr de manera eficaz, un buen diagnóstico. Además en las respuestas a este interrogatorio está el conocimiento de lo que nosotros estamos buscando, ya que la enfermedad que no se piensa es difícil de encontrar, como en este caso las Enfermedades Inflammatorias Intestinales, que en Latinoamérica son menos frecuentes y pocas veces pensadas por profesionales que no se dedican a ellas. Por ello el problema del tiempo que tardan los pacientes en ser diagnosticados. Estas reflexiones las escribo con la finalidad de orientar al paciente de cómo los médicos, y en especial los especialistas en vía digestiva, podemos hacer un diagnóstico de Colitis ulcerosa y Enfermedad de Crohn.

Interrogatorio o Anamnesis:

Tal como fue mencionado anteriormente, el primer paso es pensar e interrogar al paciente, y aquí dejamos una lista de datos que nos importa como médico saber:

- el hábito intestinal habitual.
- si tiene diarrea: (cantidad de las deposiciones, frecuencia, si tiene sangre y las características de las mismas, cantidad abundante o escasa, el tiempo, si son diurnas o nocturnas).
- si tiene urgencia de defecar o incontinencia.
- si la diarrea se acompaña de dolor.
- las características del dolor: si es de tipo cólico o si mejora con la expulsión de gases y heces.
- la ubicación del dolor: más acentuado en área del ombligo o en el centro del abdomen.



Todos estos datos, nos van a orientar y hacer pensar en un sin número de patologías.

Pero más información surge de este interrogatorio, como la pérdida de peso y en quienes estos síntomas comienzan en la niñez, se suma la pérdida pondero-estatural. Son niños o adolescentes que en ocasiones no se han desarrollado adecuadamente y en ocasiones en caso de las niñas, la menarca (o primera menstruación) llega tarde, mientras que en los varones el desarrollo de sus genitales y los cambios propios de la adolescencia tardan en llegar.

De manera que, como podrán observar, un buen interrogatorio y pensando en la enfermedad nosotros podemos ir llegando a realizar estos diagnósticos.

Exámen Físico:

En cuanto al examen físico es un poco más complejo, ya que en EII podemos encontrar personas con mucha información al revisarlos y en otras personas que aparentan estar en buen estado. Es así como el concepto previo de que si no pensamos en la EII quizás nos pase por delante es válido reforzarlo.

En ocasiones, podemos en estas patologías encontrar un paciente con pérdida de peso, y dependiendo del tiempo transcurrido, se pueden



evidenciar hasta marcados signos clínicos de desnutrición, como lo son la fragilidad en el cabello que se pierde con facilidad y la piel se torna seca y áspera. A nivel abdominal, y según se trate de patología de Crohn o Colitis ulcerosa, podremos encontrar en el caso de Crohn dolor sobre todo en el cuadrante inferior derecho y en ocasiones masa abdominal dolorosa a la palpación. Si hay compromiso perineal la presencia de fisuras y agujeros fistulosos, abscesos que se manifiestan como áreas dolorosas y enrojecidas en dicha región, podrán ser vistas en el examen físico.

Cómo hacer el diagnóstico?

Para hacer el diagnóstico de EII necesitamos algo más que un buen interrogatorio y un examen físico, necesitamos todo un equipo que trabaje con los mismos propósitos que el examinador y análisis complementarios.

Dentro de estos aliados, encontramos al laboratorio. En el mismo de forma rutinaria podremos encontrar alteraciones que serán detalladas más adelante en otro apartado.

También deben descartarse otras causas de diarrea por medio un examen parasitológico, y cultivos de heces. Una prueba que en los últimos años está ayudando a establecer un mejor diagnóstico es la calprotectina fecal de la cual otro colega se explayará en un posterior relato.

Otras pruebas:

La endoscopia alta y baja, la videocápsula para explorar el intestino y la radiología son estudios que permiten llegar al diagnóstico.

Por medio de la endoscopia podemos acceder a tomar biopsias, a realizar terapéutica con dilatación de estenosis por ejemplo.

Los estudios radiológicos, desde una radiografía simple de abdomen hasta una enterorresonancia como estudio más complejo, son de vital importancia. Aportan mucha información como por ejemplo, antes de realizar un estudio como la videocápsulas debemos saber si el paciente tiene alguna estenosis (disminución de la luz del intestino) ya que de ser realizada y encontrar un obstáculo la misma puede quedar en el intestino. Además los estudios radiológicos nos permiten ver si el paciente tiene fistulas o abscesos.

Siempre recomendamos, y así los hacen también las guías internacionales de EII, a la enterorresonancia sobre las entertomografía, ya que irradian menos al paciente y esto es importante en personas jóvenes y en edad reproductiva.



En conclusión :

- Para diagnosticar EII es fundamental pensar que estas patologías existen y que debemos ir a la pesquisa de las mismas ya que, de no hacerlo dejaríamos pasar un tiempo valioso en nuestros pacientes.
- El medico debe ser detallista en el examen físico, ya que éste nos ayudará a realizar un diagnóstico clínico de sospecha que será confirmado por los estudios complementarios.
- Debemos de trabajar en equipo conjuntamente con el personal de laboratorio, radiología, anatomía patología, endoscopistas y todo el personal de salud, para de esta forma llegar al diagnóstico certero y tener el éxito esperado en el tratamiento.

El diagnóstico diferencial de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa es muchas veces difícil. Los exámenes de laboratorio, radiológicos y endoscópicos son utilizados para auxiliar en el diagnóstico y control de las EII.

La evaluación endoscópica (Ileocolonoscopia) es el test patrón oro para las EII, ya que permite detectar las lesiones pero también cuantificar la inflamación intestinal.

Los análisis de sangre son exámenes simples, seguros y accesibles que también pueden ser muy importantes para el diagnóstico y para el monitoreo del tratamiento. Los análisis de sangre no dan el diagnóstico pero aportan mucha información, como por ejemplo poder distinguirla de otras enfermedades con síntomas parecidos. Se debe entre otras cosas, eliminar la posibilidad de HIV, TBC (tuberculosis) y también otras enfermedades como infecciones intestinales, enfermedad celíaca, entre otras (a través de estudios de sangre y fecales).

Cuando no se puede hacer el diagnóstico con endoscopia, muchas veces hay que hacer exámenes de imagen, como el US (ultrasonido) abdominal o ecografía, la RM (resonancia magnética) abdominal o la TC (tomografía computadorizada). En los sitios en donde no se disponga de estos equipamientos, se pueden hacer exámenes radiológicos con bario (tránsito intestinal y enema baritado).

Otro estudio de valor es la cápsula endoscópica, que se realiza con una cápsula que se toma por vía oral y saca cerca de 50 mil fotografías del tubo digestivo y las imágenes son transmitidas a un cinturón que se usa por 8 horas. Después este cinturón es conectado en una workstation de una computadora y transforma las imágenes en una película. Existen biomarcadores para EII, los marcadores serológicos son análisis de sangre o

materia fecal que tenemos disponibles hoy, pero no sirven para hacer el diagnóstico de EII.

En América Latina se usan más habitualmente:

- ASCA (antissaccaromyces cerevisiae) (IgA y IgG)
- pANCA (anticuerpo citoplasmático antineutrófilo)
- Proteína C Reactiva
- Eritrosedimentación (VSE).

Los dos primeros solamente para el diagnóstico diferencial entre EC/CU, aunque son muy poco específico. Los dos últimos para evaluación de actividad inflamatoria, que puede durante la inflamación aguda, aumentar mucho, hasta mil veces. La PCR parece ser el marcador serológico más sensible para el seguimiento de la EII pero, también se encuentra elevada en otras condiciones, como infecciones activas (tuberculosis, neumonía, y otras infecciones bacterianas) y en otros procesos inflamatorios (artritis reumática, lupus, pancreatitis y tumores), entre otros.

La PCR no permite diferenciar la CU de la Enfermedad de Crohn.

Hay una fuerte correlación entre la calprotectina fecal y la excreción de neutrófilos (un tipo de glóbulo blanco) marcados que soporta la hipótesis de que el aumento de calprotectina es un resultado de la migración de glóbulos blancos de la mucosa inflamada para el lumen intestinal. Excretada en las heces, tiene estabilidad hasta por una semana. No es específica para inflamación intestinal, pudiendo estar elevada cuando hay uso de analgésicos o infecciones intestinales, pero nunca en el Síndrome de Intestino Irritable. La calprotectina tiene la propiedad de predecir la recidiva de la inflamación con el tiempo. En los próximos relatos se profundizarán estos conceptos.

Los análisis de laboratorio.

DRA. FABIANA MIELE

Médica Gastroenteróloga
Clínica Pasteur
Presidente y Coordinadora del Equipo
Interdisciplinario EII Fundeccu Argentina.
Neuquén, Argentina.

Ante la sospecha de un probable diagnóstico de EII emprenderemos una secuencia de estudios para confirmar el diagnóstico y para valorar el estado y compromiso general de la persona. Estos estudios son:

- Análisis de Sangre
- Análisis de Materia Fecal
- Colonoscopia
- Estudios Adicionales

En este relato nos referiremos a los Análisis de Sangre y de materia fecal.

Es frecuente, en especial al inicio de la enfermedad, que las personas se pregunten que esperamos encontrar los médicos de estos análisis y se piensa que pueden dar el diagnóstico de EII. Entonces:

¿Los análisis de sangre nos dan el diagnóstico de EII? Categóricamente la respuesta es **NO**.

¿Qué son y para que sirven los los análisis de sangre? Los análisis de sangre son estudios que consisten en obtener una muestra de sangre y determinar sustancias existentes en la misma que revelan el funcionamiento de muchos órganos como por ejemplo hígado, riñón, médula ósea, entre otras cosas utilidades.

¿Cuáles son?

En el análisis de sangre iniciales se solicitan determinaciones básica y algunas veces otras especiales de mayor complejidad.

Determinaciones básicas o habituales:

Hemograma: Mide las células de la sangre propiamente dicha, que son los glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. Estas células circulan por un líquido llamado plasma.

Los Glóbulos Blancos son las células del sistema inmunológico, la defensa del cuerpo ante agresiones. Hay de varios tipos (Neutrófilos,

Basófilos, Linfocitos, Eosinófilos, Monocitos).

Su aumento indica inflamación y actividad de la EII, infección o uso de corticoides.

Los Glóbulos Rojos son células transportadoras de oxígeno hacia los tejidos y luego de entregarlo, extraen el dióxido de carbono llevándolo hacia los pulmones para ser oxigenados nuevamente. Su disminución implica anemia.

Las Plaquetas son células que participan de la coagulación y en el caso de EII su aumento puede indicar inflamación o actividad de la EII.



Eritrosedimentación-VSG: VSG significa Velocidad de Sedimentación Globular y mide la rapidez con que los glóbulos rojos se asientan o sedimentan en un tubo. Esta situación normalmente ocurre lentamente y su aumento puede indicar inflamación por actividad de la EII o infección. Se entiende por inflamación al fenómeno en donde los glóbulos blancos liberan sustancias inflamatorias.

La VSG puede variar en su resultado por otros motivos como por ejemplo, la cantidad de proteínas en la sangre, dando un valor no fiel para tomar decisiones en los médicos.

Proteína C reactiva, PRC: Su aumento indica infección o actividad. Es una determinación valiosa para en la toma de conductas en los gastroenterólogos dedicados a EII y permite decidir y evaluar respuestas a los tratamientos en conjunto con otros datos.

Pruebas de la Función Hepática- Hepatograma:

Las sustancias que se miden en el hepatograma permiten ver la función del mismo y de los conductos biliares.

Las pruebas son:

- Transaminasas: GOT – GPT
- Gammaglutamil Transferasa: γ GT
- BILIRRUBINA
- Fosfatasa Alcalina (FAL)

Los aumentos de las mismas, pueden deberse a la presencia de enfermedades autoinmunes hepáticas asociadas a la EII o al efecto de algunos medicamentos usados para su tratamiento.

Proteínas:

Hay muchos tipos de proteínas que se pueden medir en sangre, resultando de mayor utilidad conocer el total de ellas (Proteínas Totales) y la Albúmina. Sus disminuciones severas se producen en desnutrición, estando en relación a la inflamación, pérdida o mala absorción.

Pruebas de la Función Renal:

Urea y Creatinina: aumentan en casos de alteraciones de la función de los riñones.

Amilasa:

Es una enzima pancreática pero no exclusiva de este órgano. Su valor puede aumentar por el uso de mercaptopurina o azatioprina, por lo que cuando se inician estos medicamentos son solicitados en los controles.

Otras:

En los análisis de rutina se incluye la glucemia (azúcar en sangre), colesterol y también se buscarán deficiencias nutricionales, solicitando vitaminas y minerales.



Determinaciones especiales:

Hormonas Tiroideas y anticuerpos de Enfermedad Celíaca:

Se solicitan para determinar asociación de la EII con enfermedades tiroideas autoinmunes o enfermedad celíaca.

PRUEBAS DE ANTICUERPOS ASCA-ANCA p:

Estos son los Anticuerpo Perinuclear anti-neutrófilo (p ANCA) Anticuerpo Saccharomyces cervisiae (ASCA)

Más frecuencia en COLITIS ULCEROSA: p ANCA
CROHN: ASCA.

IMPORTANTE: No se realiza diagnóstico de Enfermedad o Crohn o Colitis Ulcerosa solo con este dato. Es solamente un elemento más, que unido al resto de los estudios apoyara uno u otro diagnóstico.

¿Para qué sirven los análisis de sangre?

Varía según sea Etapa de Brote o Etapa de Remisión.

Etapa de Brote: Permite determinar la severidad y el compromiso que le ocasiona a la persona.

Etapa de Remisión: Permite determinar el estado general y control de efectos secundarios de la medicación

¿Con que frecuencia debo hacerme un análisis de sangre?

El médico determinará los intervalos de solicitud de análisis de sangre, siendo variables de médico en médico y entre los pacientes. Pero podríamos decir que sería adecuado lo siguiente:

- Brotes leves-moderados o en inicios de tratamientos: quincenales o semanales.
- Brotes severos: Diarios o cada varios días.
- En remisión: Cada 3- 6 meses.

Debes seguir la recomendación de tu médico dedicado a EII en los intervalos de tiempo y tipo de determinaciones de tus análisis de sangre ya que varían de paciente en paciente.

Los análisis de Materia Fecal:

Los análisis de materia fecal tienen como función principal descartar infecciones intestinales. Las gastroenteritis infecciosas pueden ser confundidas con un brote y por ello deben descartarse.

Las infecciones intestinales pueden ser por virus, bacterias o parásitos, siendo muy importante dejar el concepto que en la práctica diaria común en nuestro medio, no se dispone de búsqueda sistemática de virus en materia fecal. Los estudios habituales de materia fecal son: Coprocultivo y Coproparasitológico Seriado.

COPROCULTIVO:

El **coprocultivo** se realiza con una muestra de materia fecal en donde se efectúa la búsqueda de microorganismos.

Hay varias maneras de recolectar la muestra, pero lo más importante, es saber que si ya hemos tomado antibióticos o crema de bismuto el resultado será poco confiable.

Por eso la automedicación no es recomendada y ante el inicio de síntomas deberás concurrir a tu médico de cabecera.

Modos de recolección de la muestra:

- Niños con pañal: se recomienda colocar el pañal al revés, es decir con la parte impermeable en contacto con la piel del bebe. Una vez que el niño haya tenido una deposición con un hisopo estéril tocar la materia fecal y colocar en el tubo, No es necesario llenar el tubo de materia fecal.
- Adultos y niños sin pañal: Se deberá tener una deposición en un recipiente limpio, o colocar una bolsa sobre la taza del inodoro de forma tal que se sostenga con el asiento. Luego tomar la muestra como ya se ha mencionado.

Dato de importancia:

- Al tomar la muestra no debe haber orina o restos de papel higiénico.
- Tratar de no manchar el tapón del tubo ni las paredes.



El checklist (Lista de comprobación) en EII.

D R A . F A B I A N A M I E L E

Médica Gastroenteróloga
Clínica Pasteur
Presidente y Coordinadora del
Equipo Interdisciplinario EII Fundeccu Argentina.
Neuquén, Argentina.

Introducción:

El checklist, término que proviene del Inglés, es una lista de chequeo o verificación que se utiliza en muchas actividades para disminuir las fallas o errores humanos.

Es una lista de tareas, que por medio del orden sistematizado, puede reducir las equivocaciones incluso en medicina.

UTILIDAD EN EII:

Al momento de establecer el diagnóstico de EII se debería iniciar la solicitud de todos los estudios necesarios para establecer estrategias de prevención de infecciones y para determinar cuidados particulares o contraindicaciones para implementar terapias por ejemplo.

Al momento de establecer el diagnóstico se debería dar paso al Checklist, ya que nunca sabemos cuando nuestro paciente deberá requerir corticoides u otro agente inmunosupresor. Se debe tener en cuenta que dos semanas con 20 mg. de metilprednisolona, ya posiciona a nuestro paciente en la situación de inmunodeprimido.

De modo que si no actuamos a tiempo y dejamos para "después", cuando decidamos vacunar ya no tendrá el mismo efecto de respuesta la vacuna empleada y otras ya estarán contraindicadas.

Por ello, es que es una verdadera pena y un error perder esta poderosa ventana de oportunidad. Ahora bien, veamos ahora qué incluye esta lista de estudios.

- Destinados a prevenir infecciones.
- Destinados a valorar contraindicaciones o cuidados especiales al momento de indicar fármacos EII.



• *Destinados a prevenir infecciones:*

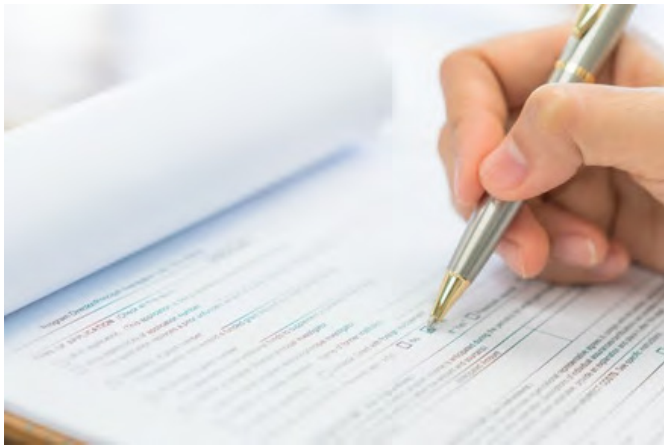
Estos estudios tienen por función determinar todas aquellas infecciones pasadas o presentes para luego, ajustar individualmente al plan de vacunación específico para EII.

Para este fin se solicitan:

- **Análisis de sangre que dan información sobre infección activa o pasada de:** sarampión, HIV, rubeola, varicela, citomegalovirus (CMV), herpes simple, toxoplasmosis, chagas, hepatitis (A,B,C).

- **PPD o Intradermoreacción de Mantoux:** También llamada reacción a la tuberculina, es una pequeña prueba dérmica que tiene por función establecer la situación inmunológica de tuberculosis.

- **Radiografía de tórax** (frente y perfil): destinada a pesquisar la tuberculosis.



Datos importantes sobre la PPD:

- *La administración y lectura de esta prueba requiere de procedimientos, capacitación, supervisión y prácticas estandarizadas.*
- *Busca lugares confiables y seguros recomendados por el equipo médico EII para realizarlos.*
- *Al menos en Argentina, es frecuente observar que algunos laboratorios de análisis clínicos lo ofrecen. Lo realizan bioquímicos no siempre capacitados en todos los aspectos.*
- *No solo es importante la inoculación propia de la tuberculina, sino que la lectura posterior requiere entrenamiento específico.*
- *Comprobé en demasiadas oportunidades, que en algunos sitios le indican al paciente que él mismo realice la medición en 48-72 hs.*

CONSEJO:

**La PPD es muy importante en EII.
Consulta a tu médico donde hacerla.**

¿Cómo se realiza? (ver foto 1)

- Se inyecta inyectando 0.1 ml de derivado proteico purificado de la tuberculina (PPD, por sus siglas en inglés) en la cara anterior del antebrazo con una jeringa de tuberculina.
- Se debe aplicar posicionando el bisel de la aguja hacia arriba.
- Es una aplicación intradérmica, por lo que si está aplicada en forma correcta, debe producir una pequeña elevación de la piel de 6 a 10 mm, como si una gota de agua quedara debajo de la piel.

Ya me la aplique. ¿Qué debo hacer?

- Entre las 48 y 72 horas de administrada, se debe volver para que el enfermero especializado realice la lectura del resultado.

No pude volver o lo olvidé. ¿Qué debo hacer?

- Se debe volver a realizar.

¿Cómo se mide la prueba?

- La reacción debe medirla un enfermero capacitado.
- Se debe medir en milímetros de la zona indurada (es la zona palpable, elevada, endurecida o con hinchazón).
- No se debe medir la zona de enrojecimiento, llamado eritema.
- La medición se debe hacer a lo ancho del antebrazo.

RESULTADOS:

Sin induración o Induración Negativa.

Induración de 5 mm ó más.

Induración de 10 mm ó más.

Los resultados deberán ser interpretados en forma individual por el médico infectólogo del equipo EII, basados en la historia personal, radiografía de tórax y otros elementos, de acuerdo a ésto se establecerán variadas conductas específicas y/o preventivas.

¿Por qué interesa la tuberculosis?

En países como Argentina, el contacto con el bacilo de la tuberculosis lo tenemos a temprana edad, recibiendo la vacuna BGG al mes de nacer y luego sus refuerzos.

Por eso todos tuvimos contacto con el bacilo, que como muchos otros gérmenes, permanecen latentes o "durmiendo" en nuestro cuerpo sin molestar o activarse probablemente nunca.

La situación de EII y los medicamentos que bajan las defensas para su tratamiento pueden activar estas infecciones. Por lo tanto es vital conocer y chequear la situación inmunológica de cada persona en particular.

Los estudios del checklist destinados a prevenir infecciones son análisis de sangre que permiten establecer en la persona con EII :

- que vacunas deberá aplicarse
- riesgo de tuberculosis activa o latente
- saber anticipadamente que otras infecciones están presentes o latentes y anticipar acciones en el transcurso de la historia EII de la persona.
- SIEMPRE DAR A CONOCER AL EQUIPO DE SALUD LOS VIAJES REALIZADOS.

- **Destinados a valorar contraindicaciones o cuidados especiales al momento de indicar fármacos EII:**

Estos estudios permiten hacer una profunda evaluación de riesgos o contraindicaciones al momento de necesitar inmunosupresión. De este modo se podrá saber que fármacos son más convenientes y cuales no. Además, se podrá realizar en algunos casos acciones preventivas anticipadas para cambiar esa situación actual.

Para este fin se solicita:

- Exámen cardiovascular.
- Papanicolau (PAP).
- Consulta Odontológica.
- Conocer historia personal de tumores.
- Conocer historia familiar y personal de Enfermedades Neurológicas Desmielinizantes.



RECUERDA:

El checklist debe realizarse cuando se establece el diagnóstico.



**Foto 1: PPD o
Intradermoreacción de Mantoux.**

Visitando al Infectólogo en EII: VACUNAS.

DRA. LILIANA CALANI
DRA. MARIA VICTORIA GALVEZ

Médicos Infectólogos
Servicio de Infectología
Hospital "Castro Rendón"
Neuquén, Argentina.

VACUNACION:

Las dos medidas que más impacto han tenido en disminuir las complicaciones, secuelas y mortalidad que pueden estar asociadas a algunas enfermedades infecciosas son: medidas de saneamiento ambiental, (como potabilización del agua, disposición adecuada de excretas) y por otra parte la **vacunación**.

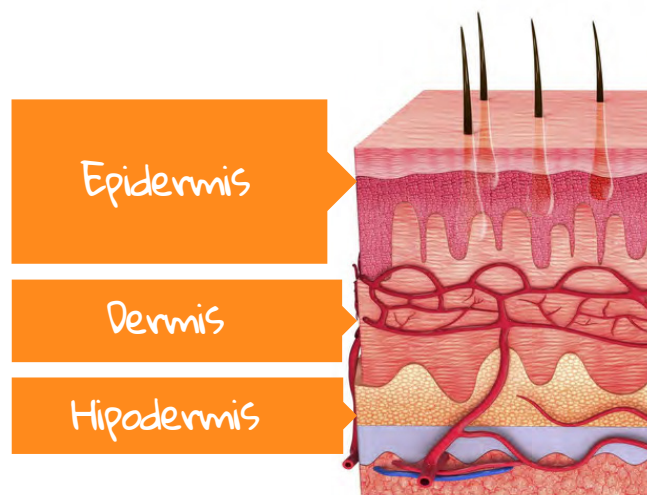
La vacunación es inducir al organismo de un ser vivo (humano o animal) a fabricar defensas contra una enfermedad infecciosa luego de introducir un elemento (antígeno) que carece de efecto virulento o nocivo y conserva la posibilidad de desencadenar una respuesta inmunológica que defenderá al ser vivo contra esa infección.

Los antígenos pueden ser fragmentos de microorganismo o toxinas que fabrica el germen que siendo aplicados a un ser vivo genera defensas (anticuerpos que son proteínas y/o células de defensas).

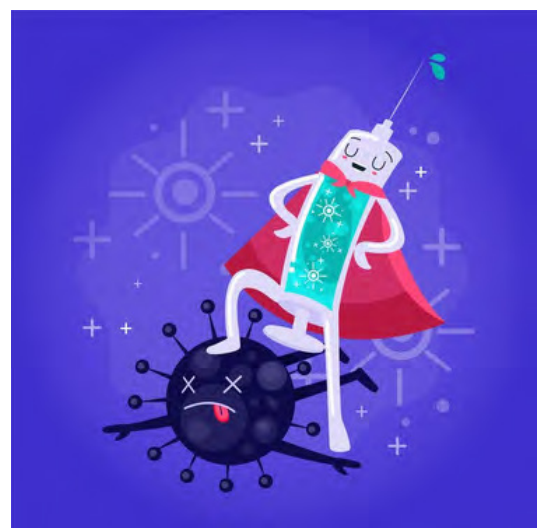
Los antígenos pueden ser muy diversos:

- microorganismos vivos atenuados (ej. Vacuna para varicela, rubeola, sarampión, fiebre amarilla, herpes zoster o culebrilla, poliomielitis oral)
- partículas obtenidas por procesos más sofisticados (la mayoría de las vacunas actuales) o derivados de toxinas que se llaman toxoides (ej. vacuna contra el tétanos).

Los antígenos pueden ser aplicados por diferentes vías, según el tipo de vacuna: oral, intramuscular, intradérmico. En ocasiones con una sola dosis es suficiente para que las defensas duren toda la vida, sin embargo en muchos casos se necesita más de una dosis para que el esquema sea completo, pudiendo requerir un refuerzo cada tiempo estimado para que el organismo siga manteniendo defensas.



Partes de la piel para comprender donde se aplican las vacunas.





Existe un calendario oficial en cada país para la administración de vacunas a niños, adolescentes y adultos, que en Argentina es gratuito.

También hay vacunas para aplicar a poblaciones especiales, como es el caso de embarazadas, paciente que suelen tener sus defensas disminuidas por la enfermedad que tienen y/o la medicación que reciben, tal es el caso de la EII. Otros casos son: trasplantados, personas con HIV/SIDA, diabéticos, pacientes con diversos tipos de cánceres, tratamientos con quimioterapia o inmunobiológicos, por ejemplo.

Estas personas son más susceptibles y vulnerables para contagiarse de algunas infecciones o reactivar otras, y por ello tienen indicadas vacunas especiales. En Argentina, en los últimos años, se han incorporado vacunas indicadas en pacientes inmunocomprometidos, quienes las pueden recibir en forma gratuita independientemente del proveedor habitual de salud que tengan.

Las vacunas, como todo producto biológico, pueden producir eventos adversos, es decir, efectos no deseados que pueden ocurrir con frecuencia variable. Algunos de ellos son bastante frecuentes como: fiebre, dolor en la zona de la inyección, decaimiento, entre otros. Los eventos adversos dependen del tipo de vacuna. Sin embargo, los beneficios asociados a la vacunación superan ampliamente los riesgos asociados.

La vacunación contra la poliomielitis permitió que esta enfermedad se erradicara de la mayoría de los continentes. La vacuna contra la viruela permitió la erradicación de esta severa infección. Con algunas infecciones, como el tétanos, todavía no se logra la erradicación porque la cobertura de vacunación está lejos de ser la ideal para que la misma se erradique. Es un error creer que las vacunas son solo para los niños. Como se explicó más arriba, los adultos tienen vacunas que recibir o dosis que repetir como refuerzo para que las defensas duren toda la vida. El número de dosis e intervalo entre ellas depende de cada vacuna e infección que se pretende proteger.

Datos de interés:

- Un concepto equivocado es creer que una persona inmunocomprometida no puede o no debe recibir vacunas.
- Las vacunas que estos pacientes por lo general **no deben recibir** son aquellas fabricadas con **microorganismos vivos atenuados**: triple viral o alguno de sus componentes, fiebre amarilla, varicela, herpes zoster, poliomielitis oral. Sin embargo hay situaciones especiales en que pueden ser indicadas por profesionales expertos en el tema y la indicación debe ser individualizada.
- Los niños que conviven con pacientes inmunocomprometidos en general no deben recibir la poliomielitis oral, sino la inyectable.
- El resto de las vacunas, la mayoría, no solo no están contraindicadas sino que están formalmente recomendadas en pacientes inmunocomprometidos (ej. Antigripal, antineumocócica). Lo que se debe tener en cuenta es que por la inmunodepresión el paciente puede tener una respuesta mucho menor a que si la recibiera cuando sus defensas están intactas.

Vacunas Recomendadas a Pacientes con EII.

Antitetánica / Antidiftérica (DOBLE BACTERIANA):

Esta vacuna está indicada en toda persona, independientemente de cómo estén sus defensas. La recibimos desde que somos pequeños, hasta finalizar la escuela primaria. Luego, si la mujer se embaraza, recibe refuerzo. Lo que debemos tener muy presente es que cada 10 años debemos recibir un refuerzo de esta vacuna para que los niveles de defensas contra estas enfermedades se mantengan en el tiempo. Aquellas personas que presenten algún tipo de inmunocompromiso, como así también el personal de salud que está en contacto con niños y las embarazadas, deben recibir en algún momento la Triple Bacteriana con Pertussis acelular.

Esta última vacuna además de protegernos contra el tétanos y la difteria, nos refuerza la inmunidad contra la pertussis o tos convulsa o coqueluche, enfermedad que puede ser muy grave en los niños, en especial los menores de un año. También puede producir cuadros respiratorios de importancia en adultos con inmunocompromiso y los adultos convertimos en reservorio de la enfermedad y poder contagiar a niños.

Recuerda que hay adaptaciones variables entre los países y en forma personal caso a caso: sigue las indicaciones del infectólogo del equipo EII.

Antigripal:

Debe colocarse en forma anual, todos los otoños o si pasara esa estación tan pronto se pueda.

La gripe o influenza, que no es el resfrío, puede ser muy severa en población vulnerable y producir complicaciones graves, internación y en algunos casos la muerte, que en nuestro país es de más de de 4 mil por año.

Se considera población vulnerable a niños entre 6 meses y 2 años , los mayores de 65 años, o personas entre 2 y 64 años que tengan alguna enfermedad predisponente como EII. Como el virus de la gripe o influenza va mutando o variando anualmente, la vacuna va cambiando su composición y debe colocarse todos los años; además la inmunidad no dura mucho más que eso.

Siempre recomendamos que se si se adquiere en farmacias se sepa y consulte cual es la cepa que están vendiendo, para que sea la correspondiente al año en cuestión.

Vacuna Antimeningocócica:

El meningococo puede causar enfermedad invasora con cuadros que pueden comprometer la vida (bacteriemia o pasaje de germen a sangre, meningitis, etc) y /o secuelas severas. Si bien no es una infección frecuente, puede ser compleja. Se acaba de incorporar esta vacuna al calendario para niños y está indicada en algunos huéspedes inmunocomprometidos.



Antineumocócica:

Esta vacuna tiene como objetivo prevenir las enfermedades invasivas por una bacteria que se llama neumococo, tales como bacteriemia (germen que pasa a sangre), meningitis, neumonía.

Luego de varios estudios realizados, se ha visto que es mejor indicar la vacuna conjugada que en este momento es 13 valente (Prevenar 13) y a las 8 semanas dar la antineumococo 23 serotipos polisacarida.

En casos en donde se hubiera recibido primero la vacuna 23 serotipos polisacarida, se puede administrar la 13 valente al año.

La antineumococo 23 serotipos se repite a los 5 años de la primera dosis y luego no se vuelve a dar un refuerzo hasta que la persona cumpla 65 años.

Estas guías van cambiando a medida que surge nueva evidencia médica, por lo que así son, al momento de realizar este libro las actuales recomendaciones en personas inmunocomprometidas, a excepción de aquellas transplantadas por enfermedades oncohematológicas, en quienes se recomienda un plan diferente.

Vacuna contra Hepatitis A:

Nuestro país, como otros de Latinoamérica y el mundo, ha sido endémico en relación a hepatitis A. En el año 2004 se tomó la decisión de iniciar la vacunación en calendario de todo niño de 12 meses de vida a raíz de la cantidad de trasplantes hepáticos como consecuencia de esta infección y otras complicaciones severas. Como no se contaba con recursos suficientes para dar dos dosis, según lo recomendado hasta ese momento, se colocó una dosis.

Estos niños fueron seguidos y ya se han realizado 3 estudios en una cantidad considerable de estos niños y el resultado es que la gran mayoría mantiene muy buenos niveles de defensas pese a haber recibido una sola dosis. También disminuyeron los casos de hepatitis A y no volvieron a trasplantarse pacientes por esta causa y por ello Argentina fue invitada por la OMS a presentar esta experiencia. Otros países con escasos recursos adoptaron igual conducta.

En adultos en los que se constata que no padecieron la infección a través de un análisis de sangre, se indica la vacunación con dos dosis ya que no se puede extrapolar la experiencia en pediatría a adultos. Debemos recordar que podemos haber padecido la hepatitis A y no haber tenido síntomas, ya que en aproximadamente el 75 % de casos puede ser asintomática.

Vacuna contra Hepatitis B:

Previo a la implementación de esta vacuna en el calendario nacional para recién nacidos en 1999-2000, esta vacuna estaba indicada por ley desde 1991 para todo el personal de salud y pacientes considerados grupos de riesgo.

La hepatitis B es una infección que se transmite principalmente por vía sexual pero también por sangre o derivados, de una madre infectada a su hijo y en un porcentaje variable no queda clara la forma de adquisición.

A partir de los testeos en bancos de sangre y el buen interrogatorio al donante esta forma de transmisión disminuyó drásticamente. Desde hace algunos años, en Argentina, el Programa Nacional de Inmunizaciones incluyó la vacuna en calendario para toda persona independientemente de la edad.

Son tres dosis, en general 0, 1 y 6 meses. Puede haber otros esquemas alternativos en casos especiales. Es necesario constatar rutinariamente si la persona vacunada respondió con la adecuada formación de anticuerpos, ya sea en personal de salud y en pacientes con inmunocompromiso.

Visitando al Infectólogo: CITOMEGALOVIRUS Y CLOSTRIDIUM DIFFICILE.

DRA. LILIANA CALANI
DRA. MARIA VICTORIA GALVEZ

Médicos Infectólogos
Servicio de Infectología
Hospital "Castro Rendón"
Neuquén, Argentina.

¿Qué es el citomegalovirus (CMV)?

El CMV es un virus que infecta frecuentemente a personas de cualquier edad en el mundo.

Una vez que ingresa al organismo, no lo abandona, como es común a los virus de la familia de los herpes a la cual el CMV pertenece.

Generalmente el virus infecta sin producir síntomas o signos en las personas y en otras ocasiones produce síntomas cuando la persona se contagia, o cuando el virus luego de permanecer silencioso a veces por períodos muy prolongados, se reactiva. Una persona infectada puede reinfectarse con un CMV de diferente tipo (cepa). Las personas que pueden sufrir cuadros de mayor severidad son aquellas que tienen sus defensas afectadas por enfermedades como por ejemplo la EII.

El CMV se puede transmitir de una persona a otra a través de diferentes vías:

- Contacto directo con orina o saliva, en especial a partir de bebés y niños infectados
- Relaciones sexuales
- Leche materna
- Transfusión de sangre o productos derivados de la sangre o trasplante de órganos
- De la madre al niño durante el embarazo

Hay una gran variedad de métodos para el diagnóstico de CMV.

La solicitud del tipo de método, como así también la interpretación de los resultados, debe ser hecho por profesionales entrenados en EII.

Como previamente, un alto porcentaje de la población puede tener evidencias de infección por CMV porque en algún momento de su vida se han infectado aunque no tuvieran síntomas, y este hallazgo no es sinónimo de que el CMV sea responsable del cuadro clínico que esa persona tenga en ese momento.

No existe en la actualidad una vacuna para prevenir el CMV, sin embargo, se pueden dar pautas de prevención.

- Lavado de manos: antes y después de asistir a un paciente, antes de las comidas y luego de ir al baño.
- Cuando se asiste a una persona que tiene la piel no sana, o se tocan sus mucosas o se puede contaminar con secreciones o excreciones, utilizar un método de barrera que nos proteja (manoplas, guantes) y luego lavado de manos.

Se utilizan tratamientos antivirales para el CMV solo en situaciones muy especiales, tales como cuadros clínicos que sin duda son producidos por este virus y la decisión debe ser tomada entre el equipo gastroenterólogo-infectólogo entrenados en EII.



¿Qué es el Clostridium difficile?

El *C. difficile* es una bacteria que puede causar infección del colon.

El germen se encuentra en la materia fecal y puede contaminar superficies, ropa, utensilios, manos del personal de salud o de los pacientes que no están adecuadamente lavadas. Esta bacteria tiene una forma de protección o resistencia llamada “esporo”, y que es una forma del microorganismo que le permite sobrevivir largo tiempo en diferentes sitios. Se pueden distinguir grupos determinados de personas especialmente susceptibles a adquirir esta infección.

Las personas que han requerido tratamiento con antibióticos, en especial en forma prolongada, son más vulnerables a esta infección, como así también las personas arias, con enfermedades o tratamientos inmunosupresores y quienes tienen EII.

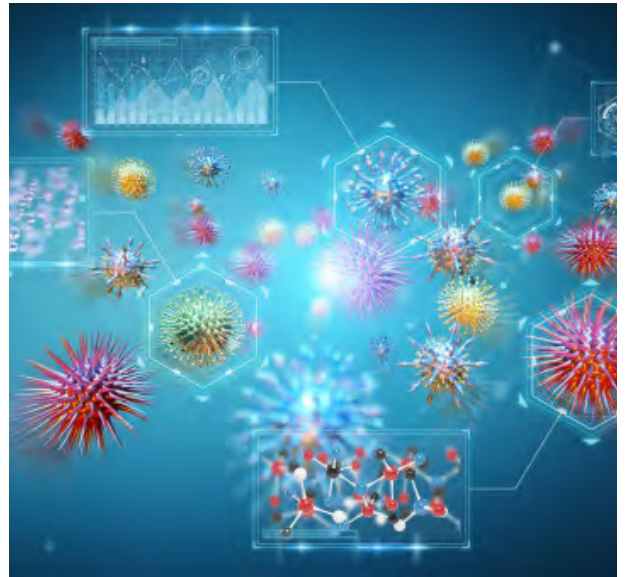
Los antibióticos cuando están adecuadamente indicados son necesarios y cumplen un importante rol. Sin embargo, como toda indicación médica, además de las ventajas tienen desventajas potenciales: matan los gérmenes que están dañando al paciente, pero también los que los protegen y viven en el organismo como parte de la microbiota.

Los pacientes se infectan por ingerir al *C. difficile*, por medio de la vía fecal-oral. Es por esto que el rol de las manos mal lavadas es muy importante en la diseminación dentro de una institución. El cuadro clínico incluye diarrea que a veces es muy prolongada en el tiempo, puede aparecer fiebre, falta de apetito, náuseas, molestias abdominales.

No existe vacuna para protegernos contra este microorganismo. Las formas de prevención incluyen:

- uso adecuado de antibióticos
- lavado adecuado de superficies en instituciones de asociadas al cuidado de la salud
- lavado riguroso de manos de todo el personal que asiste a pacientes (incluyendo familiares y visitas).

Una vez realizado el diagnóstico, el paciente recibe tratamiento. Resulta problemático el hecho de que hasta un 20 % de pacientes tratados adecuadamente por infección con *C. difficile* pueden tener recurrencia de la infección, es decir, recaída con cuadro clínico similar. Se estudian actualmente diferentes estrategias para lograr que el cuadro desaparezca.



Calprotectina Fecal.

DRA. VIRGINIA MATALLANA ROYO
DR. YAGO GONZÁLEZ-LAMA

Unidad de Enfermedad Intestinal Intestinal
Hospital Universitario Puerta de Hierro.
Majadahonda. Madrid. España.

¿Qué es y para qué sirve la calprotectina fecal en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal?

La **calprotectina fecal** es una proteína que se puede encontrar en las heces y que funciona como un biomarcador de actividad inflamatoria a nivel intestinal.

Se trata de una herramienta sencilla y no invasiva para poder determinar si existe inflamación en el colon o el intestino delgado.

Este biomarcador ayuda al médico a distinguir la presencia o no de lesiones, incluso en pacientes sin síntomas en los que tendría un valor predictor de recaídas, y además su valor se puede relacionar la gravedad de la enfermedad y ayuda a monitorizar la respuesta al tratamiento.

La calprotectina es una proteína que se encuentra dentro de los neutrófilos, (un tipo de glóbulo blanco) que acuden al epitelio intestinal cuando hay inflamación de la mucosa.

La proteína se libera en fases iniciales de la cadena inflamatoria y su concentración en las heces es proporcional a la cantidad de neutrófilos que hay en el intestino. Es decir, cuando comienza el proceso inflamatorio si el brote es grave, aparecerán más neutrófilos en la mucosa y por tanto el nivel de calprotectina en las heces será más elevado.

En otras palabras, a mayor cantidad de calprotectina en heces, más inflamación en la mucosa; al revés también funciona: cuanto menos calprotectina haya en las heces, menos inflamada está la mucosa.

¿Por qué mi médico me pide la calprotectina en heces cuando me encuentro peor?

La EII son enfermedades crónicas que cursan con periodos de actividad (brotos) y periodos de remisión.

Los síntomas digestivos por sí solos no son suficientes para saber si hay inflamación intestinal. Para el diagnóstico es necesario visualizar las lesiones mediante colonoscopia, sin embargo, es un procedimiento invasivo y con coste económico elevado. Por este motivo hemos buscado un marcador de actividad inflamatoria que nos aporte una información fiable respecto a la presencia de lesiones o no en el intestino pero sin necesidad de hacer colonoscopías tan frecuentemente.

¿Y por qué es importante conocer el valor de la calprotectina fecal?

Dado que la calprotectina en heces nos ayuda a identificar a los pacientes actividad inflamatoria intestinal, en pacientes con síntomas nos ayuda a comprobar que se trata de su enfermedad y de otra cosa, mientras que en pacientes sin síntomas nos ayuda a identificar a aquellos que tienen lesiones y que, aunque no tengan síntomas hoy, seguramente los tengan en un futuro. Es sabido que la mejoría o desaparición de las lesiones del intestino, aun en pacientes sin síntomas, se relaciona con un mejor pronóstico de la de la enfermedad, menor probabilidad de aparición de complicaciones, y menor necesidad de ingresos o cirugías

¿Hay otras causas que elevan la calprotectina?

Se ha visto que además de la EII, hay otras causas que pueden aumentarla, por ejemplo, la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos. También cualquier condición inflamatoria del intestino como las infecciones intestinales o las diverticulitis agudas elevan los niveles de calprotectina en las heces.

¿Puede ayudar la calprotectina fecal en el diagnóstico de la EII?

Los síntomas digestivos como la diarrea o el dolor abdominal son frecuentes en la población general. Estos síntomas por sí solos no son suficientes para diferenciar entre enfermedad funcional (como el síndrome de intestino irritable) o enfermedad orgánica (como la EII).

Como la calprotectina fecal es un marcador sensible y específico de inflamación, ayuda a decidir cuándo es necesario profundizar en el diagnóstico e iniciar las indicaciones de hacer procedimientos adicionales, especialmente los endoscópicos. De esta manera, evitamos realizar técnicas invasivas o costosas cuando no es estrictamente necesario.

¿Cómo interpretar la calprotectina fecal en la Colitis Ulcerosa?

En la Colitis Ulcerosa la calprotectina es un valor altamente fiable de actividad endoscópica porque se ha visto que se relaciona directamente con la gravedad de las lesiones y, en menor medida, con la extensión de la enfermedad a nivel colónico, siendo superior a la Proteína C Reactiva (PCR) y también a otros marcadores fecales.

El valor numérico o el rango de normalidad de la calprotectina fecal es un tema controvertido porque no hay consenso en los puntos de corte, si bien está claro que cuanto más bajos son los valores de calprotectina fecal, más probable es que no exista inflamación en la mucosa del intestino. Así, parece que valores **<100-150µg** tienen buena precisión diagnóstica de remisión

¿Cómo interpretar la calprotectina fecal en la enfermedad de Crohn?

También existe una buena correlación entre la calprotectina fecal y el grado de actividad endoscópica en pacientes con enfermedad de Crohn, siendo incluso mejor que la PCR y los síntomas clínicos por sí solos (índices de actividad clínica). Además, puede diferenciar entre remisión y enfermedad leve, moderada o grave. Aunque los valores de corte también son controvertidos en enfermedad de Crohn, parece que niveles superiores a **250µg** se asocian a lesiones endoscópicas clínicamente relevantes.

Sin embargo, no hay consenso en cuanto a la influencia de la localización de la enfermedad de Crohn con la precisión de la calprotectina fecal, y parece que esta correlación es menos fiable en la enfermedad ileal que en la cólica o la ileocólica. De cualquier forma, es lógico pensar que cuanto más cerca del ano sea la afectación, más cantidad de calprotectina se puede llegar a recoger en las heces, y al revés.

Tras la cirugía ileocecal, predecir la reaparición de la enfermedad (recurrencia) es crucial para el manejo de la enfermedad. En este escenario, la calprotectina fecal es un biomarcador muy útil con mucha sensibilidad para descartar recurrencia y puede usarse en la monitorización evitando hacer estudios endoscópicos mientras no sea necesario. Ante valores elevados, por encima de 100µg se recomienda tener la confirmación endoscópica de recurrencia antes de tomar decisiones respecto al tratamiento. El intervalo de tiempo para hacer las determinaciones no está definido pero se recomienda al menos cada 4-6 meses inicialmente, tal como sugieren las recomendaciones del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU).



¿La calprotectina fecal sirve para valorar la respuesta al tratamiento en EII?

En pacientes con brote de su enfermedad tratados de forma convencional con salicilatos o con corticoides, se ha visto que un descenso de los niveles de calprotectina fecal se asocia con mayor probabilidad de remisión clínica y endoscópica. También los pacientes tratados con inmunosupresores y biológicos la normalización de la calprotectina predice curación mucosa. Por tanto, la calprotectina en heces es un marcador útil para monitorizar la respuesta al tratamiento.

¿Y sirve también para predecir la recidiva de la enfermedad?

De la misma forma que la calprotectina fecal se normaliza cuando hay una respuesta adecuada al tratamiento, tras estar un tiempo sin actividad de la enfermedad, la elevación de la misma puede predecir un brote de la misma. Se ha demostrado que sus niveles pueden elevarse hasta 2 o 3 meses antes de que aparezcan los síntomas de actividad.

En pacientes en remisión, varias determinaciones seguidas de calprotectina en heces tienen mayor poder predictivo que una sola determinación aislada, por este motivo es habitual que los médicos pidan de forma periódica la calprotectina en heces durante el seguimiento. La frecuencia de las determinaciones dependerá de cada caso, si el seguimiento debe ser más estrecho por determinados riesgos se hará la calprotectina fecal cada 3 meses, en casos de menor riesgo pueden determinarse semestralmente.

¿Cómo se recoge la muestra?

Debe depositarse una pequeña cantidad de la deposición en el recipiente de recogida, aproximadamente 3-5g que equivale a una cucharada pequeña, como de yogur.

Cualquier parte de la deposición es válida y puede tomarse la muestra en cualquier momento a lo largo del día. La cantidad de calprotectina puede variar a lo largo del día, **por eso se recomienda que la muestra sea de primera hora de la mañana**. Una vez recogida la muestra para su conservación antes de entregarla en el hospital, puede permanecer a temperatura ambiente durante 3 días, o bien en nevera durante 1 semana o incluso puede congelarse.

Finalmente, existen recursos informáticos y telemáticos en desarrollo que permiten la monitorización del paciente mediante la determinación de calprotectina en casa con la ayuda de un Smartphone convencional, mejorando el control y ahorrando recursos tanto para el centro sanitario como para el propio paciente, en forma de desplazamientos, visitas, etc.

En resumen:

Por su sencillez, rapidez y fiabilidad, la calprotectina fecal es el mejor marcador de inflamación que tenemos actualmente en la enfermedad inflamatoria intestinal. El médico la utiliza habitualmente para el diagnóstico y para la monitorización del tratamiento.

En pacientes con síntomas digestivos, sirve para diferenciar trastornos funcionales como el síndrome de intestino irritable de una enfermedad orgánica en la que haya lesiones endoscópicas inflamatorias. Se correlaciona adecuadamente con la presencia de inflamación de la mucosa intestinal en colitis ulcerosa y en enfermedad de Crohn, además se asocia con la respuesta clínica y endoscópica al tratamiento de la enfermedad y es capaz de predecir la recaída a corto plazo.

Colonoscopia (endoscopia) en EII.

DR. FERNANDO GOMOLLON

Profesor Titular de Medicina
Jefe de Sección de Enfermedad Inflamatoria Intestinal
Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"
IIS Aragón. CIBEREHD
Zaragoza. España.

INTRODUCCIÓN:

La exploración endoscópica es esencial para establecer el diagnóstico de una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en todos los casos de colitis ulcerosa (CU) y, al menos para valorar la extensión, en casi todos los casos de enfermedad de Crohn (EC). Sólo las biopsias obtenidas a través del endoscopio permiten el diagnóstico de colitis microscópica (CM). Por tanto, la endoscopia es una técnica fundamental en las EII.

Se pueden utilizar diversas variantes de endoscopias en las EII: colonoscopia (exploración del colon que habitualmente se acompaña de ileoscopia, es decir de una exploración del íleon al que accede el endoscopista a través de la válvula ileocecal); gastroscopia (para valorar esófago, estómago y duodeno); enteroscopia (para valorar el intestino delgado); y cápsula endoscópica que básicamente es una pequeña cámara fotográfica dotada de un sistema de transmisión de señal para ir haciendo fotografías y enviándolas al ordenador para su procesado (para valorar diferentes tramos del intestino en dependencia de la cápsula que se utilice).

Las técnicas endoscópicas no sólo son útiles para los procedimientos diagnósticos, sino que además permiten la realización de varias técnicas con intención terapéutica como dilatación de estenosis, colocación de prótesis, hemostasia de lesiones sangrantes, amén de la ya citada obtención de muestras para el estudio histológico.

Como la enfermedad cambia a lo largo del tiempo, la endoscopia puede tener que repetirse para valorar la actividad de la enfermedad, o

para vigilar la posible aparición de complicaciones. No se concibe una unidad de atención a pacientes con EII sin una buena unidad de endoscopia.

Detalles técnicos:

Con la endoscopia lo que se persigue inicialmente es obtener imágenes de la mucosa del aparato digestivo. Para ello, se utilizan instrumentos especialmente diseñados, flexibles, dotados con un sistema de obtención de imágenes que se acerca lo más posible a la zona que interesa investigar.

Utilizamos los orificios naturales (boca y ano), y a través de ellos se accede al interior del aparato digestivo.

Los instrumentos tienen que estar previstos con un sistema de iluminación, y para poder analizar en detalle las imágenes idealmente la cavidad tiene que estar vacía.

En el caso del aparato digestivo superior simplemente con estar unas horas en ayunas en la gran mayoría de las ocasiones no quedan restos (salvo que se esté produciendo una hemorragia o haya una dificultad de paso por una enfermedad con estenosis). Para que en el aparato digestivo inferior no haya restos en el momento de la colonoscopia primero vaciamos su contenido mediante la utilización de laxantes orales. También antes de hacer una exploración con cápsula intestinal se suele limpiar con laxantes el intestino delgado, aunque no es obligatorio.

Los aparatos que se introducen en el intestino se utilizan en muchas ocasiones y pacientes, excepto las cápsulas intestinales que están destinadas a ser de un solo uso.

cirujano, aunque poco a poco los ordenadores irán ayudando más como mínimo seleccionando aquellas imágenes sospechosas que requieran una evaluación más detenida.

Las endoscopías digestivas tienen algunos inconvenientes que es preciso conocer:

a) Dependen de la utilización de un instrumental que hay que renovar periódicamente. El instrumental si es de calidad no es barato.

b) Requieren de tiempo de utilización de instalaciones, y de trabajo personal de enfermeras y médicos, que deben dedicar un tiempo variable a cada exploración (entre 15 minutos y varias horas), lo que es la razón fundamental de su precio.

c) Requieren disponer de locales adecuados.

d) La preparación del intestino (la limpieza con laxantes que hemos señalado) es molesta para el paciente, y obliga a estar unas horas sin poder llevar a cabo actividades normales.

e) La exploración puede ser molesta (náuseas en el caso de la gastroscopía, dolor en el caso de la colonoscopia) y se lleva a cabo mucho mejor con una adecuada sedación del paciente, sedación que añade costos y algún riesgo a la exploración.

f) La propia técnica es calificada a menudo de invasiva, y conforme se llevan a cabo más procedimientos terapéuticos es más invasiva, y por tanto asociada a riesgos, fundamentalmente dos: la perforación del intestino y la hemorragia postprocedimiento; además de los riesgos asociados a la sedación y a la preparación.

g) Requiere personal entrenado en EII, no es una colonoscopia más, sino que necesita particulares conocimientos.

Las exploraciones endoscópicas son, por tanto, caras (cuestan bastante plata) y con riesgos no despreciables. Sus indudables ventajas deben siempre contrapesarse con los inconvenientes que mencionamos.



Indicaciones:

- **Diagnóstico inicial:**

En prácticamente todos los pacientes de EII se requiere una ileocolonoscopía inicial que nos permite valorar:

- a) el tipo de lesiones
- b) su intensidad o gravedad
- c) su extensión.

Además, nos permite obtener muestras, en la primera ocasión varias, que nos permiten clasificar histológicamente la enfermedad.

La primera endoscopia es fundamental, y no podemos resaltar lo suficiente lo importante que es el informe detallado de esta exploración: no basta con una buena técnica en la realización del procedimiento, se necesita una buena documentación del mismo. También ayuda guardar buenas fotografías y, si es posible, los videos de las lesiones. En algunos pacientes, por ejemplo, en todos los niños (menores de 16 años) se necesita una gastroscopía. En unos pocos pacientes la cápsula puede ser necesaria para establecer el diagnóstico o para valorar la extensión en el intestino delgado.



Seguimiento:

Las EII se caracterizan por una gran variabilidad en el curso evolutivo. Además, no siempre los síntomas reflejan la realidad de la enfermedad, a veces es preciso definir con exactitud si hay lesión mucosa o no, independientemente de las manifestaciones clínicas. De hecho, hoy en día, nuestro objetivo terapéutico es, obtener la cicatrización mucosa. Para ello puede ser necesario el seguimiento endoscópico.

En general, cuanto más grave es el cuadro, o cuánto más fármacos avanzados se necesitan en el tratamiento, más recurrimos a la endoscopia para valorar la evolución. En la mayoría de los casos, los biomarcadores bien utilizados, especialmente la calprotectina en heces, pueden ayudarnos a limitar el uso de la endoscopia a lo imprescindible.

Cribado del cáncer:

En las EII que afectan al colon hay un riesgo aumentado de cáncer colorrectal (CCR) cuando se compara con la población general. Por ello hay que hacer un programa de cribado, screening o chequeo específico.

Los marcadores fecales que se utilizan en los programas generales (especialmente la determinación de sangre oculta en heces inmunológica) no resultan útiles en las EII puesto que la propia enfermedad puede hacer que estén elevados.

Se llevan a cabo colonoscopias periódicas, con técnicas especiales empleando colorantes (cromoendoscopia) para detectar lesiones previas al desarrollo del CCR (mediante la búsqueda de displasia) y, si es posible, eliminarlas endoscópicamente o a veces indicar una cirugía.

La edad de comienzo del cribado la marcará la edad de comienzo de la EII, empezando habitualmente 8 o 10 años después del comienzo de la enfermedad, aunque en ocasiones el clínico considerará hacerlo antes. Los intervalos entre exploraciones oscilarán entre 6 meses y 5 años dependiendo de la actividad, extensión, enfermedades asociadas (por ejemplo, cuando hay una colangitis esclerosante hay que hacer una vigilancia anual) y resultados de la colonoscopia previa (si encontramos displasia leve en alguna muestra, el control lo haremos a los 6 meses).

Diagnóstico de la recurrencia:

Tras operar una EC en la mayoría de los casos, aunque con intervalos libres de enfermedad muy variables, se produce una recaída que denominamos **recurrencia**.

Aunque con otras técnicas (enteroresonancia, ecografía, TC) se puede demostrar su presencia, la técnica de referencia por su sensibilidad y porque permite clasificar la gravedad (además de poder llevar a cabo técnicas terapéuticas como una dilatación) es la endoscopia (colonoscopia en este caso). El momento para su realización puede seleccionarse mediante determinaciones seriadas de calprotectina u otros biomarcadores, pero siempre ha de hacerse una antes de que pase un año tras la intervención, porque puede ser decisivo para planificar el tratamiento en el paciente concreto.

Extensión:

En una EC puede ser necesario valorar la extensión mediante gastroscopia o cápsula endoscópica, y en ocasiones mediante enteroscopia. Si hay datos clínicos y/o analíticos que sugieren una afección de intestino delgado, la cápsula es la técnica más sensible para descartar lesiones. No siempre es accesible, por su coste. Además, si hay signos oclusivos no es la técnica ideal porque la cápsula podría atorarse en la zona de la estrechez, lo que a veces obliga a una intervención quirúrgica para extraerla.

Sin embargo, a veces es la única exploración que permite obtener el diagnóstico, particularmente en pacientes con anemia crónica refractaria como única manifestación de enfermedad intestinal.

Tratamiento:

Con el endoscopio se pueden realizar:

- polipeptomías (exéresis o extracción de las lesiones presentes en el colon o estómago)
- dilataciones con balón (ensanchamientos de las zonas con una estenosis)
- colocación de prótesis habitualmente transitorias
- técnicas quirúrgicas con disección mucosa o disección de una estenosis.

Cualquier técnica terapéutica añade riesgos a la endoscopia, pero a menudo evita la necesidad de una cirugía o la hace mucho más dirigida.

A veces es necesario llevar a cabo técnicas hemostáticas durante la realización de una exploración en pacientes con EII, sin diferencias marcadas con lo que ocurre en el resto de endoscopias.

Riesgos:

La endoscopia se puede asociar a algunos inconvenientes. Además de la pérdida de uno o dos días de trabajo, (en dependencia de la técnica la preparación necesaria) y la distancia al centro de diagnóstico, debemos señalar los siguientes riesgos:

- **Deshidratación y/o insuficiencia renal aguda asociados a la preparación:** En general, las preparaciones que utilizamos hoy en día son bien toleradas, pero pueden producirse complicaciones especialmente en las personas frágiles, de edad avanzada, con dificultades para la toma de líquidos y bajo tratamiento con diuréticos.

- **Complicaciones de la sedación:** Los fármacos que sedan inevitablemente pueden afectar al centro respiratorio y provocar complicaciones.

Contrariamente a lo que se suele suponer, un uso racional del propofol se asocia a menos riesgos que las combinaciones de opiáceos y benzodiacepinas que se usaban antaño. En nuestra experiencia, el uso del propofol hace la endoscopia más sencilla, mejor tolerada y representa en realidad menores riesgos; siempre que se sea prudente con su uso. Los riesgos se concentran en pacientes ancianos, obesos o con una enfermedad cardíaca o pulmonar avanzadas. En esos casos hay que redoblar la vigilancia e individualizar el tipo de sedantes y su dosificación.

- **Dolor tras la exploración:** En muchos pacientes, y en probable relación con la distensión abdominal que produce la infusión de aire para la visualización de las paredes del intestino, hay dolor abdominal tras la exploración, molestias que pueden persistir hasta una semana. Con la utilización de CO₂ en lugar de aire, estas molestias ocurren mucho menos a menudo, y son menos intensas. Nosotros ya lo utilizamos sistemáticamente.

- **Hemorragia:** A veces tras la realización de una polipeptomía o excepcionalmente de una biopsia se puede producir una hemorragia que la mayor parte de las veces se puede controlar bastante bien con procedimientos endoscópicos.

- **Perforación:** Es la complicación más grave. Ocurre con muy poca frecuencia, excepto cuando se llevan a cabo exéresis de lesiones de gran tamaño o cuando se lleva a cabo una dilatación el riesgo es algo más alto.



Todos los riesgos son mayores en personas de edad avanzada y en situación de gravedad. Habitualmente los endoscopistas expertos se definen por su prudencia, no por su arrogancia.

¿Qué puedo hacer como paciente?

La información que proporciona la endoscopia es insustituible, pero son exploraciones con inconvenientes y riesgos. No debemos tenerle miedo, si la indicación es correcta el balance entre beneficio y riesgo es claramente a favor del beneficio.

Como pacientes podemos contribuir siguiendo estrictamente las condiciones de la preparación. Si la exploración se lleva a cabo con el intestino muy bien preparado, es decir, limpio los riesgos se minimizan. En primer lugar, al lograr una mejor visualización, la exploración es mucho más sencilla. En segundo lugar, cuando se produce una complicación el intestino limpio minimiza los riesgos. El punto clave de la preparación es tomar abundante líquido mientras se está recibiendo el laxante oral. Pueden utilizarse otros líquidos además de agua (sólo agua puede resultar tedioso), siempre que sean líquidos claros o transparentes como algunas bebidas refrescantes, té o jugo de manzana, por ejemplo. No es buena idea tomar jugos con residuos como el de piña. Sólo si queremos que la endoscopia sea impracticable tomaremos jugo de tomate.

Además, debemos informar siempre a los endoscopistas de los fármacos que estamos tomando, especialmente de antiagregantes, anticoagulantes o cualquier medicamento con efecto potencialmente sedante, que pudiera interactuar con la sedación en la endoscopia. Preguntar sobre todas nuestras dudas previamente es también muy aconsejable. Si acudimos tranquilos y confortados a la exploración, todo es mucho más fácil. Más vale preguntar varias veces sobre la preparación, que quedarnos con dudas y no llevar a cabo bien el procedimiento. Puede encontrar información muy detallada y de gran calidad en www.educainflamatoria.com



Preparaciones de Colonoscopia.

DRA. FABIANA MIELE

Médico Gastroenterólogo
Servicio de Gastroenterología, Clínica Pasteur
Presidente y Coordinadora del
Equipo Interdisciplinario EII Fundeccu Argentina.
Neuquén, Argentina.

Uno de los fantasmas que acompañan a las personas que conviven con Enfermedad Intestinal Inflamatoria, es pensar en el momento de practicar la próxima Colonoscopia.

Muchas veces, esta es una de las causas por la cuales las personas pueden prolongar los tiempos de las consultas, ya que temen que si lo hacen se les de esta indicación.

Pero cuando uno trata este tema en Talleres informativos de pacientes en forma abierta, una voz única dice: ***“No tenemos miedo a la Colonoscopia, ya que me duermo y al despertar todo está hecho ... el trance más difícil y desagradable es la limpieza previa del colon”***.

Coincides con esto?

Pero hay quienes pasan peor aún esta situación, porque aunque parezca irreal o imposible de pensar en otros países, aún existen dificultades para acceder a la anestesia para colonoscopia en muchos lugares del mundo. Lo leemos a diario en las declaraciones virtuales de nuestra redes.

Algunos sistemas de cobertura médicas aún ofrecen resistencia y en la medicina pública esto sigue ocurriendo. Nuestro consejo es que acudas a tu gastroenterólogo y le pidas ayuda, con un poco de voluntad de su parte hay muchas cosas que podemos hacer los médicos para ser intermediarios efectivos.

Pero en cuanto a la preparación se refiere, es interesante aprender de las múltiples ideas, el variado ingenio y la ilimitada lista de trucos por los cuales las personas llegan a lograr a través del ensayo y error, este objetivo tan temido.

En este relato intentaremos contarles los secretos de gran parte de las personas que pertenecen a nuestro Grupo de Apoyo “Fundeccu Amigos” y de muchos de ustedes que los han compartido en nuestras redes sociales.

Aquí en forma ordenada dejarán de ser secretos y pasarán a ser pequeños consejos que con astucia e intuición han formulado las mismas personas que además de convivir con EII deben hacerse amigos de la Colonoscopia.

Cuando subimos la pregunta a nuestras redes: *“Cómo sobrevives a la preparación? En menos de 36 horas hubo un aluvión de respuestas, comentarios y declaraciones ante el planteo de esta temática, no sólo desde Argentina sino desde casi todos los países de Latinoamérica, siendo éstas algunas de las frases más repetidas por todos.*

- ***Martirio , Asco, Tortura, Horrible, Espantoso.***
- ***Llegué a llorar.***
- ***Me acuerdo y me dan náuseas.***
- ***De solo pensar en el envase me dan ganas de vomitar***
- ***Cuando lo pienso aún viene a mi garganta el sabor a salado aggh!***
- ***No tengo recetas para aconsejar, solo condolencias...***
- ***Le tengo más miedo al purgante que a la colonoscopia.***

Esto implica que aún se deberá seguir trabajando para que los preparados no provoquen mayor miedo y desagrado que el de la Colonoscopia por sí misma. También hay que mencionar, que un grupo de pacientes menciona que no les significa gran molestia tomar estos preparados por ello, ánimo quizás puedas ser tú!





Preparado ideal:

Para ser ideal un laxante deberían ser:

- **EFICAZ:** lograr una buena limpieza del colon.
- **SEGUROS:** no tener efectos adversos.
- **TOLERABLE:** tener buen sabor.

Si hasta el momento algún producto cumpliera totalmente estas características, no estaríamos abordando este tema y no existiría ninguna problemática.

Pese a que para una minoría no ofrecen conflicto. Es de tener en cuenta entonces, que este tema puntual es el motivo por el que la colonoscopia es generador de angustias, desagrado y evasión. Por otra parte, no todos los países cuentan con los mismos productos farmacéuticos para este fin, lo que hace a las diferencias en las experiencias que podemos leer de ustedes en el gran espacio que es la red de internet.

TIPOS DE PREPARADOS:

Como cada país tiene sus marcas, pero en líneas generales son:

Hay con y sin SULFATOS.

- Ventajas:

Logran una buena limpieza del colon y son seguros en cuanto a sus efectos secundarios.

- Desventajas: Aunque saborizados de ananá o naranja el sabor sigue siendo no aceptado por todas las personas. Otra desventaja es el volumen requerido de 4 litros, lo que lo hace una travesía interminable.

• Forfatos Monosódicos y Disódicos:

Los conocidos "dos frasquitos" **no son recomendados para las personas con EII.**

Entre sus **ventajas** están el lograr una buena limpieza del colon, siendo su virtud más codiciada es la cantidad, 45 ml (un vaso) en dos tomas.

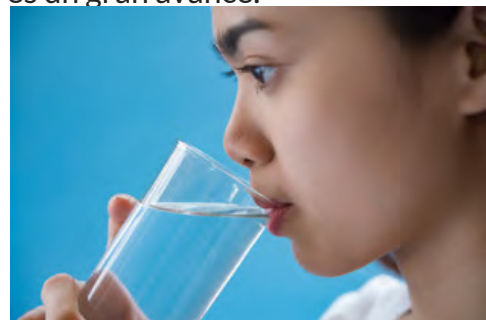
Pero sus gran **desventaja** en EII es que pueden producir lesiones mucosas similares a las producidas por la enfermedad, por lo cual impide determinar si las erosiones o úlceras son el producto de la preparación o de la actividad de la EII. Además los fosfatos tienen mayores efectos secundarios por los minerales y de desaconseja en personas con daño renal, años o personas con enfermedades cardíacas.

• Polietilenglicol con Bisacodilo:

El más utilizado hasta el momento en EII en Argentina. Está compuesto del polvo de polietilenglicol, sólo que para 2 litros y comprimidos de bisacodilo.

Entre sus **ventajas** se destaca el poder lograr una buena limpieza del colon, son seguros en cuanto a sus efectos secundarios y requieren menos cantidad de Polietilenglicol, (2 litros en lugar de 4 litros, lo cual es mejor dos.

Entre sus desventajas, si bien es más tolerado, su sabor no es precisamente insípido, pero por el momento la disminución en la cantidad a la mitad es un gran avance.



• Picosulfato sódico/óxido de magnesio/ácido cítrico anhidro:

Menos utilizado en Argentina pero mucho más en otros países como Europa. Su ventaja esta dada por la menor cantidad de preparado a ingerir y su buena tolerancia.

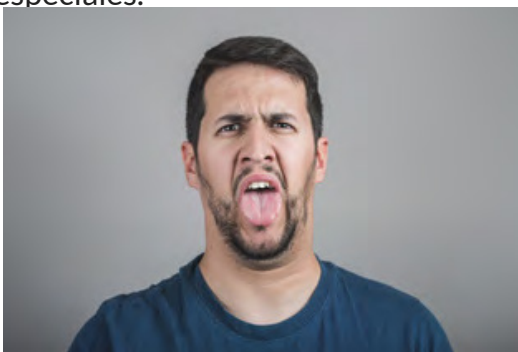
Presenta la desventaja de poder producir trastornos en personas con problemas cardíacos o renales.

TENGO TURNO PARA COLONOSCOPIA: ¿COMO ME PREPARO?

Cada Centro de Endoscopia tiene su sistema y un folleto explicativo. Habitualmente las secretarías informan y los horarios de la ingesta de los distintos preparados dependerán de si tu turno es por la mañana o por la tarde.

Algunas recomendaciones son válidas en esta instancia:

- **PREGUNTA:** Nunca te quedes con dudas, principalmente si es tu primer estudio.
- **ESTUDIOS PREVIOS CON MAL RESULTADO:** Si has tenido un estudio previo y no pudiste lograr una buena limpieza en la preparación anterior, avisa a quien te otorgue el turno, explicando que tipo de laxante usaste y cuál fue el resultado, quizás te de indicaciones adicionales.
- **CIRUGIAS Y OSTOMIAS:** Si tienes una ostomía informa antes a los profesionales que realizarán tu estudio, es de valor saber qué tipo de cirugía y ostomía tienes ya que habitualmente se sugirieren indicaciones especiales.



Como podrán ver, para salir victoriosos de la preparación colónica, las personas tienen las más variadas e impensadas ocurrencias. Seguramente existan muchas otras.

Luego de leer los mensajes que ustedes mismos han enviado al proponer este tema, deseamos enfatizar la importancia de una buena preparación del colon, ya que la colonoscopia es inevitable y necesaria para esta dolencia y de ello dependerá el bienestar, buen diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Estas son las recomendaciones más frecuentes que recolectamos de ustedes mismos a través de nuestra encuesta virtual:

- **Agregarle jugo (zumo) en polvo, bebidas saborizadas sin gas o gaseosas (sodas) extrayéndoles el gas.**

Tomarlo bien frío: Colocar el preparado en el freezer un rato antes para que este bien helado, ayuda a disminuir la intensidad del sabor, mayormente salado, o salado saborizado-dulce.

- **Comer jalea o dulce entre cada sorbo.**
- **Comer una cucharadita de miel con unas gotas de zumo de limón entre cada sorbo.**
- **Comer caramelos blandos entre la toma.**
- **Provocar sed antes de la ingesta del preparado: haciendo ejercicio o comiendo algo salado.**
- **Tragarlo sin respirar.**
- **Tomarlo con helado de agua.**
- **Tomar anti-heméticos (anti-vomitivos) antes de tomar el preparado.**
- **Dividir el preparado de 4 litros en botellas de 1 litro y diluirlo con diferentes jugos en polvo.**
- **Comer sólo helados el día previo a realizar la preparación.**
- **Tomarlo con bombilla o sorbete.**

OPCION A TENER EN CUENTA:

Una posibilidad muy válida y eficaz es efectuar una reducida hospitalización para administrar el preparado para la colonoscopia por medio de una sonda nasogástrica. Si bien la colocación de la sonda genera una molestia momentánea, permite ingresar el contenido evitando el sentido del gusto, las náuseas en algunas personas. En esos casos significa la solución al stress generado por este tema.

La biopsia: Anatomía Patológica en EII.

DRA. MARÍA CELINA MAC DONNELL

Médico Especialista en Anatomía
Patológica y Citología
Jefe de Servicio de Anatomía Patológica
Hospital Castro Rendón
Integrante equipo Interdisciplinario EII Fundeccu Argentina
Neuquén, Argentina.

¿Qué es la Anatomía Patológica?

La Anatomía Patológica es una especialidad médica, que consiste en el estudio y diagnóstico de los procesos patológicos que comprometen órganos y tejidos. El resultado final de su labor es emitir un informe que es la base para el tratamiento del paciente. Este informe debe incluir el diagnóstico, así como herramientas pronósticas que ayudan al médico tratante a establecer un tratamiento adecuado, y poder informar al paciente acerca de su probable evolución.

La práctica del patólogo incluye el estudio del material tisular que le es remitido, incluyendo las muestras de tejidos pequeñas, como así también piezas quirúrgica complejas, ambas son denominadas **biopsias**.

Las biopsias se clasifican según el método de obtención del material, las principales y más utilizadas en el diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal son:

- **Biopsia excisional:**

También se llama **exéresis**. Una biopsia excisional es la extirpación completa de un órgano o un tumor, que se realiza normalmente en quirófano bajo anestesia general o local.

Hay casos en los cuales el cirujano necesita un diagnóstico inmediato para definir cómo seguir con la cirugía, es allí cuando solicita una Biopsia intraoperatoria, o biopsia por congelación, en general se utiliza en casos con diagnóstico de cáncer, no es lo habitual en EII.

- **Biopsia endoscópica**

Es la biopsia obtenida por medio de una pinza a través del endoscopio durante las endoscopías.

Son las más utilizadas en el aparato digestivo, ya que es rápidamente accesible por este método. La Endoscopia alta o baja son técnicas que permiten obtener excelente material de estos órganos para llegar a un diagnóstico correcto.



Ya tenemos la biopsia, ahora ¿Qué hacemos?

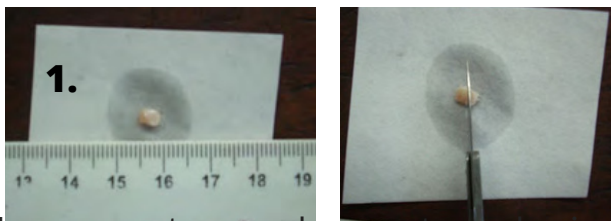
Una vez que se obtuvo la muestra de tejido por cualquiera de los métodos que mencionamos, es muy importante que ese material se conserve, ya que cualquier tejido fuera del organismo se malogra, este proceso es lo que se denomina autólisis o descomposición de las células.

Para evitar que esto suceda se utilizan los denominados líquidos fijadores, cuya función es preservar la estructura del órgano para que pueda ser estudiado correctamente. El fijador universalmente usado es el formol al 10%. Éste líquido permite que los tejidos permanezcan en buenas condiciones durante mucho tiempo, incluso años, sin necesidad de refrigerar. La fijación debe ser realizada lo más rápido posible para evitar el daño tisular. La biopsia se debe colocar en un frasco hermético, de un tamaño adecuado al de la muestra, teniendo que quedar suficiente espacio para completarlo con el formol. Es muy importante que el formol cubra completamente la biopsia.

De esta manera se recibe en el Servicio de Patología, el frasco junto con un formulario que debe contener todos los datos del paciente, así como un resumen de su enfermedad, y los probables diagnósticos que sospeche el médico tratante, de suma utilidad para arribar a un diagnóstico correcto.

¿Cómo ese fragmento de tejido llega al microscopio?

Lo primero que se hace es el estudio macroscópico, es decir la descripción, las medidas y registro de todos los hallazgos importantes que se observen en la biopsia. En el caso de las piezas quirúrgicas de resección de órganos completos, como el colon, es el patólogo el encargado de seleccionar las áreas más representativas de la pieza, las cuales serán observadas al microscopio, guardando el resto en formol hasta que se realice el diagnóstico definitivo.

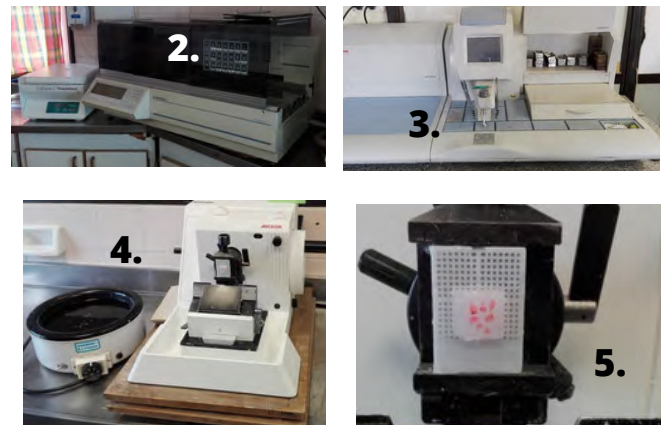


Una vez que tenemos las muestras seleccionadas y descritas, ese tejido debe ser procesado.

El procesamiento consiste en una serie de pasos, que llevan a la gradual deshidratación del tejido, para que pueda ser soluble en parafina. Éste proceso se lleva a cabo de forma automática, y tiene una duración de entre 3 y 12 horas, de acuerdo al tamaño de las muestras.

El siguiente paso es la inclusión del material en un bloque de parafina, que va a permitir su manipulación. Así se procede al corte, para esto se utilizan aparatos denominados micrótomos, cuya función sería semejante a una máquina de cortar fiambre, es decir desde el bloque de parafina obtener una lonja de alrededor de 4 micras, que permita colocarla sobre un portaobjetos (vidrio).

Ahora debemos colorear estas fetas de tejido, para tener contraste en su observación microscópica. La técnica clásicamente usada es la coloración con Hematoxilina- Eosina, obteniendo los clásicos colores azul y rojo de los preparados histológicos. De esta forma llegamos a obtener los vidrios, que es con los que debemos llegar al diagnóstico correcto. En esta tarea es de valor fundamental el Histotécnico, que forma parte del equipo de Anatomía Patológica, y es el encargado de realizar el procesamiento de las biopsias, y es con su ayuda y esmero que obtenemos preparados de óptima calidad, fundamentales a la hora de sentarse frente al microscopio a diagnosticar.



Proceso de preparación de los tejidos:
1. Tejido fresco listo para procesar. 2. Procesador automático de tejidos. 3. Centro de inclusión de parafina. 4. Microtomo. 5. Taco de parafina que contiene tejido preparado.





Tejido sobre el portaobjeto listo para colocar en microscopio.

¿Qué ve el patólogo?

El patólogo es el médico que examina los tejidos, y que tiene la responsabilidad de llegar al diagnóstico mediante la observación morfológica de lesiones, principalmente a través de la microscopía de luz.

No se trata de un “análisis” automático realizado por una máquina sino que es un trabajo artesanal, basado en el conocimiento médico, la experiencia, así como el apoyo de los colegas médicos que tratan al paciente, a través del aporte de los datos correspondientes, principalmente la clínica y los hallazgos endoscópicos.

En referencia a la enfermedad inflamatoria intestinal, tema que nos ocupa, el principal desafío del patólogo es establecer el diagnóstico específico del tipo de enfermedad que tiene el paciente, lo cual a veces es dificultoso, dadas las semejanzas histológicas y superposición clínica de la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn.

¿Cómo se llega al diagnóstico histológico de enfermedad inflamatoria intestinal?

Para llegar al diagnóstico lo que se remite al patólogo son biopsias endoscópicas del intestino, o la pieza de resección quirúrgica, colon o íleon terminal.

A la hora de hacer el diagnóstico debemos contar con todos los datos del paciente, y tener muy presente la histología normal del colon.

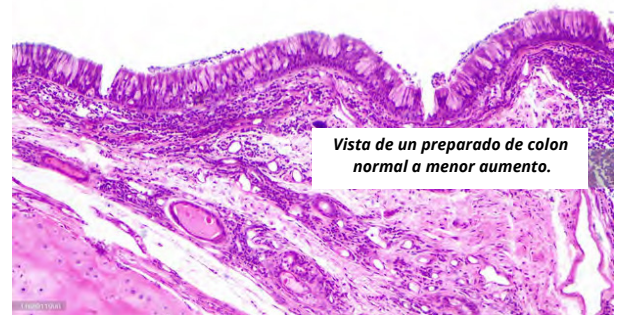
El patólogo debe estar atento a todos los

cambios que se produzcan en los diferentes componentes de la pared intestinal:

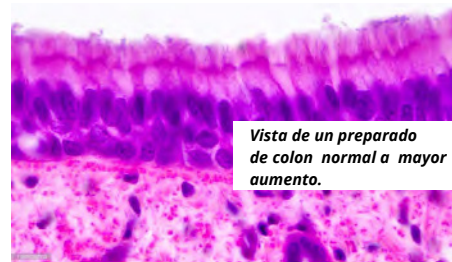
Mucosa: debe evaluarse el estado, la forma, orientación y alineación de las glándulas y las criptas intestinales, presencia de inflamación, qué células constituyen este proceso, si sólo se encuentra entre las glándulas o si se ve además dentro de sus luces, o destruyéndolas. Hay una forma especial de inflamación crónica, en la cual se forman estructuras denominadas granulomas, éstos son una respuesta de los tejidos ante determinados agentes agresores (tuberculosis, E. Crohn). Otro dato importante a consignar es si esa mucosa se halla ulcerada, es decir desprendida o ausente, o si hay soluciones de continuidad (fisuras).

Muscular: si se halla normal o engrosada, presencia de inflamación.

Adventicia o Serosa: presencia de inflamación.



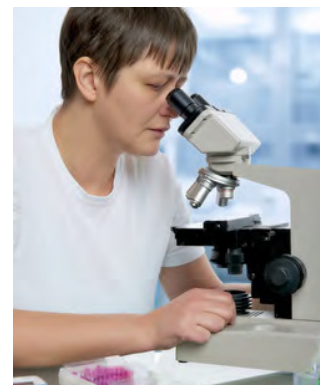
Vista de un preparado de colon normal a menor aumento.



Vista de un preparado de colon normal a mayor aumento.

Debido a que en capítulos anteriores ustedes ya han adquirido conceptos técnicos, me atrevo a dar explicaciones descriptivas más profundas.

Clásicamente se describen similitudes y diferencias entre la CU y la EC a nivel histológico.



La **COLITIS ULCEROSA** es una enfermedad crónica caracterizada por una inflamación difusa que compromete solo la capa mucosa colónica. Afecta el recto y se extiende proximalmente de manera simétrica y circunferencial a todo el colon.

Los hallazgos histopatológicos más característicos de la CU son la distorsión severa de la arquitectura glandular, incremento del infiltrado inflamatorio de la mucosa, con linfocitos y plasmocitos, e infiltrado inflamatorio polimorfonuclear neutrófilo en el epitelio criptico (criptitis), así como marcada distorsión en las formas de las glándulas y criptas. Es frecuente que se ulcere la mucosa.

La **ENFERMEDAD DE CROHN** Crohn se caracteriza por la inflamación de toda la pared intestinal, desde la mucosa hasta la serosa, de forma asimétrica y ocasionalmente con formación de granulomas. Puede haber fisuras y ulceración de la mucosa. El compromiso transparietal, a veces permite el desarrollo de complicaciones como son la fibrosis, estenosis, fístulas y abscesos.

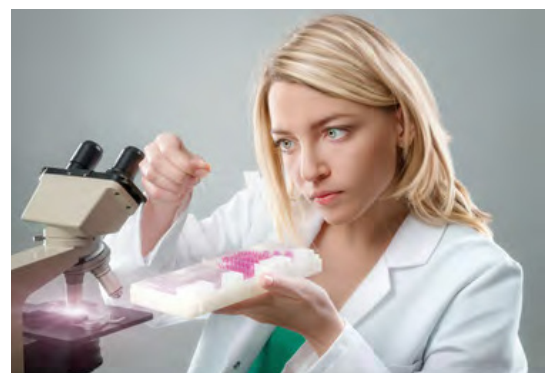
Si bien parece sencillo en la descripción, es difícil la diferenciación histológica entre CU y la EC, e incluso, en algunas ocasiones, nunca es posible diferenciarlas. Es en estas circunstancias, que se utiliza el término de colitis indeterminada, la cual no es una entidad nosológica, sino un diagnóstico temporal, que representa la imposibilidad de llegar a un diagnóstico definitivo. Se utiliza este término cuando los hallazgos histológicos no nos permiten diferenciar entre CU y EC. En estos casos puede suceder que el diagnóstico definitivo surja con la evolución de la enfermedad, la respuesta al tratamiento, o en sucesivas biopsias, que muestren hallazgos histológicos más definitivos.

¿Qué se debe consignar en el informe?

El patólogo debe elaborar un informe escrito, que sea claro, en el que se consignen todos los hallazgos observados en la biopsia, que sean de relevancia para el diagnóstico, así como la evolución del paciente. Debe arribar, en lo posible, al diagnóstico de qué tipo de enfermedad inflamatoria intestinal se trate, Colitis Ulcerosa o Enfermedad de Crohn. Hay que tener en cuenta que habrá algunos casos en los cuales no podrá expedirse y el diagnóstico será de colitis indeterminada.

¿Cuánto tiempo demora el patólogo en dar el informe?

El tiempo estimado de entrega del informe por parte del patólogo es aproximadamente e 7 a 10 días.



Cápsula Endoscópica en EII.

DRA. GUILLERMINA DIEZ

Médico Gastroenterólogo
Servicio de Gastroenterología, Clínica Pasteur
Integrante Equipo Interdisciplinario EII - Fundeccu Argentina.
Neuquén, Argentina.

Introducción.

El intestino delgado (ID) tiene aproximadamente 6 metros de longitud en el adulto y la mayor parte no se logra ver en la videoendoscopia digestiva alta (VEDA) y en la videocolonoscopia (VCC). La VEDA llega hasta la segunda porción duodenal y la VCC hasta el íleon terminal. Existe entonces una parte intermedia del aparato digestivo que no podrá ser vista por la endoscopia habitual. Los avances tecnológicos que han permitido lograr la visualización directa de la mucosa por medio de la llamada enterocápsula, videocápsula o capsula endoscópica.

¿Qué es la Cápsula Endoscópica?

La cápsula endoscópica (CE) es un dispositivo que realiza cientos de fotografías, del tamaño de una píldora grande que se ingiere y obtiene imágenes a color del interior del tubo digestivo. Funciona por medio de una batería que tiene hasta 8 horas de vida útil, luego de este tiempo ya deja de funcionar.

En su La cápsula no se digiere ni se absorbe, viaja a lo largo del aparato digestivo siguiendo el mismo camino que recorre el alimento. Es una técnica endoscópica poco invasiva para el estudio de patologías del Intestino Delgado, sin necesidad de internación.

¿Cómo se realiza?

El sistema de registro cuenta con sensores externos que se colocan en la pared abdominal del paciente, y están conectados a un equipo de registro o grabadora que queda sostenido por un cinturón. Al retirar la grabadora, se conecta a la unidad de trabajo y se descargan las imágenes en una computadora con un software especial.



Estas imágenes posteriormente serán evaluadas por el gastroenterólogo que elabora el informe.

Utilidad en EII:

Este estudio está indicado en pacientes con hemorragia digestiva de origen oscuro (en los casos en los que se realizaron VEDA y VCC y no detectaron la alteración que produce el sangrado), en pacientes con Enfermedad Celíaca que no responden a la dieta libre de gluten, en pacientes con poliposis intestinales y en aquellos con lesiones de ID diagnosticadas por radiología o resonancia magnética.

La utilidad en EII es poder descartar en Enfermedad de Crohn, compromiso de Intestino Delgado.

Como se describe en otros capítulos de este libro, la Enfermedad de Crohn (EC) puede afectar cualquier parte del tracto digestivo. Un 30% de los pacientes presentan afectación únicamente del ID. En un 15% de estos últimos la afectación incluye al íleon terminal y en este caso se puede llegar al diagnóstico mediante la VCC con toma de biopsias. En el 15% restante, en los que la afectación del ID esta en yeyuno distal e íleon proximal, la Cápsula Endoscópica puede ayudar en el diagnóstico.

En los pacientes que ya tienen diagnóstico de EC, este estudio puede ser de utilidad para establecer la extensión de la enfermedad en intestino delgado y para evaluar la respuesta al tratamiento.

Hay pacientes que en un primer momento son diagnosticados de Colitis Indeterminada (CI) y con el paso del tiempo un porcentaje importante de estos pacientes tendrán un diagnóstico definitivo de EC o Colitis Ulcerosa (CU). Esta técnica también puede ayudar para el diagnóstico diferencial de estas 2 enfermedades.

Preparación y técnica

La Cápsula es un pequeño dispositivo de 2.6 por 1.1 cm y peso de 3.7 g que se puede ingerir sin dificultad, permitiendo el estudio del ID de forma indolora y confortable.

Para realizar este estudio se le indica al paciente no ingerir vegetales 72 horas previas al mismo, dieta líquida 24 horas antes y un laxante por vía oral 12 horas anteriores al estudio, aunque hay profesionales que la realizan también sin laxante previo.

En los pacientes con abundante vello abdominal, antes de comenzar se realiza un rasurado localizado para poder aplicar los sensores. La persona debe ingerir la Cápsula y se le colocan los sensores y el equipo de registro, luego puede realizar su rutina habitual y comenzar con una dieta líquida a la 4 horas. La extracción del equipo de registro y los sensores se realiza luego de 8 horas. La capsula se elimina por el tracto digestivo sin dificultad con las próximas evacuaciones.



Contraindicaciones y precauciones:

En presencia de sospecha o confirmación de estenosis intestinales, (disminución del diámetro de la luz del intestino) no debería realizarse este estudio, ya que existe el riesgo potencial de que la cápsula quede atrapada y no se pueda eliminar.

Si bien en algunos casos la estenosis no es severa y puede consensuarse con el paciente la decisión.

Este estudio está contraindicado en aquellos pacientes que no quieran o no puedan ser intervenidos y no es recomendado durante el embarazo.

Las contraindicaciones relativas, son aquellas en la que se debe evaluar personalmente a cada paciente, entre ellas están la presencia de marcapasos cardíacos, los niños menores de 2 años y los pacientes con trastornos de la deglución. En estos últimos la capsula puede colocarse en el estomago con la VEDA.



Radiología convencional y contrastada.

DRA. SILVINA QUINTANA

Médico Especialista en Diagnóstico por Imágenes
Servicio de Alta Complejidad
Clínica de Imágenes Leben Salud
Integrante Equipo Interdisciplinario EII -Fundeccu Argentina
Neuquén, Argentina.

Introducción.

Dentro de la consulta por su patología gastrointestinal, el médico clínico o gastroenterólogo además del interrogatorio, examen físico y de laboratorio podría solicitarle distintos estudios radiológicos que realizamos para valorar las distintas porciones del aparato gastrointestinal, a fin de que en conjunto se pueda establecer un adecuado diagnóstico para poder llevar un mejor tratamiento y calidad de vida.

Los estudios radiológicos que existen para valorar el aparato gastrointestinal son:

- **De baja complejidad:** radiología convencional, ecografía intestinal y los estudios radiológicos contrastados (seriada esofagogastroduodenal, tránsito de Intestino delgado y colon por enema)
- **De alta complejidad** como la tomografía, la colonoscopia virtual, la enterotomografía y la enterorresonancia.

¿En que consisten los estudios contrastados?

El aparato digestivo posee aire en su interior, por lo que para visualizarlos en las radiografía debemos contrastarlo. Esto se logra con la ingesta por boca de una sustancia que oficiará de contraste y en el caso de los estudios de colon se colocará el contraste por medio de un enema del mismo. Así, una vez que se realice la radiografía, se podrá ver la anatomía de los órganos a estudiar

El medio de contraste se llama Bario y es una sustancia inocua, algo espesa, que permite valorar el tracto gastrointestinal y se comercializa saborizada de vainilla o frutilla.

¿Cómo debo prepararme para la realización?

Eso varia de acuerdo al estudio que le hayan solicitado, en general para los estudios de esófago,



e intestino delgado solo se solicita ayuno de 6 a 8 hs previas a la realización del mismo y alguna dieta libre de fibras el día anterior.

En el caso que le hayan solicitado un estudio de colon, se comenzara la preparación dos días antes de la realización con dietas libre de fibras y un día previo con ingestión solo de líquidos y algún laxante como los usados para colonoscopia.

Debemos mencionar que cada centro tiene sus preferencias en lo que respecta a la preparación, por lo que deberían consultar en el sitio en donde el estudio será practicado.

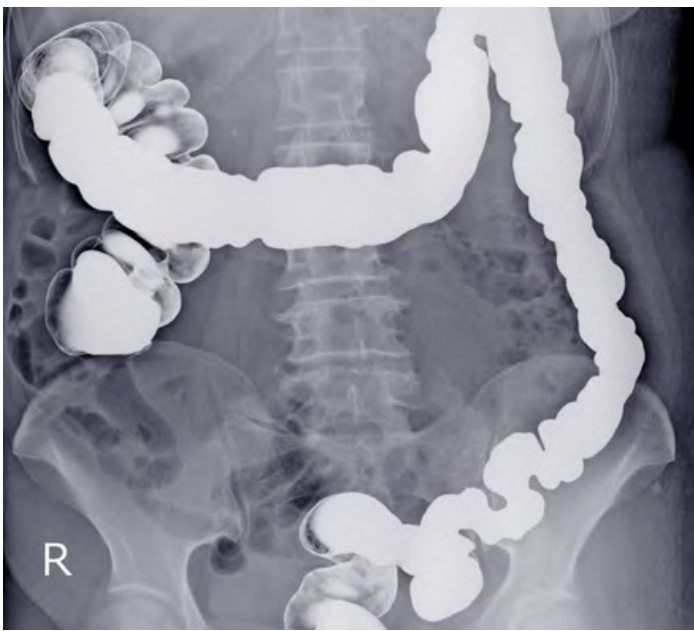


¿En que consiste la colonoscopia virtual?

Es un estudio realizado por tomografía, utiliza rayos x (contraindicado en embarazadas), para estudiar el colon, sus paredes y mediante diferentes sistemas informáticos y software poder navegar dentro de la luz del colon. Esta indicado en pacientes con sospecha de pólipos o tumores y en aquellos pacientes que no lograron realizar adecuadamente la colonoscopia.

¿Cómo debo prepararme?

Sera similar al colon por enema, dieta libre de fibras los días previos y líquidos claros el día anterior al igual que ingestión del algún agente laxante. También se le solicitará que ingiera otras sustancias para poder marcar la materia fecal para poder diferenciarla de algún pólipo



¿Cuál es el equipamiento para la realización de mi estudio?

Aquellos estudios que se realizan contrastados con Bario, se realizan bajo equipos de radiología convencional en tiempo real llamado fluoroscopia, utilizan rayos X (contraindicado en pacientes embarazadas) y se van adquiriendo imágenes de acuerdo el material va avanzando en el tracto gastrointestinal. Si su doctor le indico con doble contraste, también tendrá que ingerir un material efervescente para que produzca gas y lograr visualizar mejor las paredes del intestino. Durante la realización de los estudios, se le va a solicitar cambiar de posición en distintas fases del mismo con la ayuda de la camilla y del medico o técnico radiólogo. En el caso del estudio colónico, el bario se introducirá a través de una canula por la ampolla rectal.

¿Qué experimentaré durante y después del procedimiento?

El bario ingerido puede resultar un poco espeso, generalmente viene sin sabor y en otras ocasiones puede contener algún saborizante. El técnico y el medico radiólogo lo guiaran en realizar ciertos movimientos de giros hacia un lado u otro ayudados conjuntamente con la mesa automática para poder teñir todas las paredes intestinales con lo ingerido. Después de la realización del mismo usted podrá volver a su vida normal, ingerir normalmente sus medicaciones e ingerir abundante agua a fin de evitar estreñimiento. En el colon por enema podrá sentir distensión abdominal, pero mejorará prontamente.



¿Cómo es el procedimiento?

Como es el procedimiento Se colocara una cánula flexible en recto para poder introducir aire dentro del colon y así poder distender sus paredes. Luego se adquirirán imágenes por tomografía acostado boca abajo y boca arriba. El estudio es rápido y por lo general no demora mas de 15 minutos.

¿Qué experimentaré durante y después del estudio?

Durante el mismo sentirá distensión abdominal y sensación de querer eliminar gases. Posterior a la realización del estudio usted podrá volver a sus actividades habituales.

¿Quién interpreta los resultados y como los obtengo?

Todos los estudios previamente mencionados los interpreta un medico especialista en diagnostico por imágenes que es el que realizara un informe medico de su estudio que lo compartirá con su medico de cabecera. En algunas ocasiones puede solicitar estudios del mismo tipo de control para poder evaluar la evolución de su patología.

Enterografía por Tomografía Computada o por Resonancia Magnética:

Si bien en el próximo capítulo se desarrollará el tema ampliamente, quisiera dejar algunos conceptos generales.

Ambos estudios son similares solo que se pueden realizar en distintos equipamientos de acuerdo a la disponibilidad o las ventajas o desventajas de cada uno de acuerdo al paciente.

En el caso de la **Enterotomografía** usa rayos X, que esta contraindicado en pacientes embarazadas y limitado su uso en los niños. Es un estudio rápido.

La **Enterorresonancia** está contraindicado en pacientes con elementos metálicos como marcapasos u otros materiales implantables. La enterorresonancia es un estudio mas largo y de eso también dependerá su solicitud.

Su medico le indicara lo que corresponda consultando siempre al medico radiólogo.

¿Cómo es el procedimiento?

En ambos estudios se le solicitara ingerir altos volúmenes (1,5 lts) de un laxante diluido en agua en poco tiempo, esto permite distender rápidamente el intestino delgado y poder valorar sus paredes. En general se realiza también una inyección de un antiespasmódico y luego contraste endovenoso para valorar adecuadamente la pared del intestino delgado (contraste iodado en el caso de la TC o gadolinio en el caso de la RMN). Es un estudio de alta resolución para valorar el intestino delgado.

¿Qué sentiré durante y después del procedimiento?

El material ingerido en general es bien tolerado, pero en algunos pacientes le puede ocasionar algo de nauseas. Viene saborizado. El contraste endovenoso puede generar un poco de calor corporal transitorio absolutamente normal. Debe informar si tiene antecedentes alérgicos. Es posible que se le solicite que contenga la respiración en varias oportunidades para la toma de las imágenes. Posterior a la realización del mismo el material ingerido le generara diarrea, por lo cual siempre se aconseja tomarse el día de sus actividades diarias.



Ecografía Intestinal en EII.

DRA. SILVINA QUINTANA

Médica Especialista en Diagnóstico por Imágenes

Servicio de Alta Complejidad

Clínica de Imágenes Leben Salud

Integrante Equipo Interdisciplinario EII -Fundeccu Argentina

Neuquén, Argentina.

Introducción.

La ecografía intestinal es un estudio con gran utilidad en EII y que cada día toma más importancia en la toma de decisiones de los médicos especializados en EII. En nuestro equipo estamos desarrollándola cada día con más entusiasmo.

¿En que consiste una ecografía abdominal?

La ecografía abdominal es un estudio indoloro, accesible y que no utiliza radiación. Se basa en la emisión de ondas de ultrasonido a través de un transductor colocando previamente un gel acuoso sobre la piel para su mejor transmisión. Estas ondas sonora rebotan y generan una imagen a través de una computadora.

¿Qué es la ecografía con doppler?

Es un método que utiliza la ecografía para valorar **arterias y venas**. Puede ser parte o no del examen abdominal

¿Para que se utiliza la ecografía abdominal?

Su médico se la indica para valorar causas de dolor abdominal y distensión, generalmente para evaluar el hígado, vías biliares, páncreas y riñones principalmente.

¿Cuándo se utiliza la ecografía en la EII?

La ecografía intestinal tiene una clara ventaja con respecto a otros estudios para valorar la enfermedad inflamatoria intestinal que es la ausencia de radiación ionizante, siendo importante en la detección y seguimiento de enfermedad de Crohn sobre todo en pacientes pediátricos y adolescentes.

Un médico radiólogo especialista valora toda la extensión del intestino delgado para buscar y detectar áreas de inflamación activa de la enfermedad, como engrosamiento de la pared, edema y congestión.

¿Cómo debo prepararme?

Use ropa cómoda y suelta, algunas veces se le puede solicitar usar una bata que se le entregará en la institución. Se le puede solicitar que realice ayuno de al menos 6 horas previas al examen. En algunas ocasiones se le pedirá que ingiera al menos 1,5 lts de agua previo a la realización del mismo.

¿Qué experimentaré durante y después del procedimiento?

La mayoría de los procedimientos de ecografía son indoloros, rápidos y fáciles de tolerar. El examen no demora más de 30 minutos. Luego de la realización del examen podrá retomar sus actividades diarias sin dificultad.





En color azul y rojo se ven las venas y arterias respectivamente.

Beneficios:

- La exploración por ultrasonido no es invasiva (sin agujas o inyecciones).
- Ocasionalmente, un examen por ultrasonido puede resultar incómodo en forma temporaria, pero no debería causar dolor.
- Es un método que se encuentra ampliamente disponible, es fácil de utilizar y es menos costoso que la mayoría de los métodos de toma de imágenes.
- Método seguro y no utiliza radiación.
- La exploración por ecografía proporciona una imagen clara de los tejidos blandos que no se visualizan bien en las imágenes de rayos X.
- Nos aporta una imagen en tiempo real.



¿Qué se ve en la ecografía?

Todo lo que le pasa al intestino tiene una traducción en los estudios de imágenes. A continuación mencionamos algunos de los hallazgos que vemos en este valioso estudio.

- **Espesor de la pared del intestino:** la pared intestinal es fina, mide 2 mm y es fácilmente compresible con el transductor de ecografía, En EII se puede encontrar engrosamiento mayor a 3 mm de tipo concéntrico y excéntrico.
- **Alteración de la ecogenicidad:** (el color de la imagen) más claro o más oscuro.
- **Aumento de la señal doppler:** si en la colonoscopia vemos todo más enrojecido, eso se verá en la ecografía como un aumento de la señal doppler, lo que implica un mayor flujo sanguíneo por la actividad inflamatoria.
- **Calibre de la luz anormal:** se pueden evidenciar áreas de estenosis (disminución del calibre) segmentarias y áreas de dilatación.
- **Movimientos alterados:** los segmentos intestinales inflamados y los fibrosados, presentan disminución de la motilidad.
- **Cambios en la grasa que rodean al intestino.**
- **Ganglios regionales.**
- **Fístulas.**

Tomografía abdominal y Enteroresonancia en EII.

DR. CRISTIAN DAHER
DR. EDUARDO MEIHTRY

Médicos Especialistas en.
Diagnóstico por Imágenes
Servicio de Diagnóstico por Imágenes
Clínica Pasteur
Neuquén, Argentina.

Introducción.

El intestino delgado es el segmento más largo y difícil de evaluar del tubo digestivo. Durante muchos años, la modalidad de imagen más utilizada ha sido el **tránsito de intestino delgado**, que consiste en la ingestión de una sustancia líquida llamada contraste oral (bario).

Debido a que todo el aparato digestivo es un órgano hueco que está colapsado (es decir que no mantiene la forma de tubo), es necesario para explorarlo producir la distensión del mismo por algún método que permita separar sus paredes y además introducir alguna sustancia que produzca contraste y permita visualizarlo en detalle.

Sin embargo, el tránsito de intestino delgado presenta múltiples desventajas:

- utiliza radiación ionizante.
- es operador dependiente.
- usualmente en la pelvis hay asas intestinales difíciles de evaluar por superposición de las mismas.
- visualiza en forma indirecta la pared intestinal.
- no permite visualizar el mesenterio (serosa), ni los órganos sólidos del abdomen.
- el examen puede durar horas
- utiliza bario, que puede ser un problema si el paciente va a ser operado prontamente.

Con los nuevos avances tecnológicos, en especial el desarrollo de la **Tomografía Computada (TC)** y la **Resonancia Magnética (RM)** la evaluación de este órgano ha cambiado favorablemente, ya que estos estudios permiten tener múltiples ventajas.



También debe realizarse la distensión del intestino, por medio de aire o de contraste por vía oral o a través de una sonda nasointestinal.

Ventajas:

- tiene una elevada resolución de imágenes y un mayor rendimiento.
- menor radiación ionizante (mucho menor en RM).
- menor tiempo de realización.
- permite evaluar serosa, ganglios regionales entre otros elementos.
- valoración detallada de fístulas y/o abscesos.



ENTEROCLISIS - ENTERORESONANCIA O RESONANCIA DE INTESTINO DELGADO:

La Enteroclis por RM (ERM) consiste en la realización de múltiples secuencias de RM tras la administración de agua o contraste entérico neutro por vía oral o a través de una sonda nasointestinal.

Preparación para el estudio:

La preparación puede tener ligeras variaciones entre los distintos Centros de Imágenes, es por eso que deberán seguirse las indicaciones que en ese lugar se recomienden.

En nuestro Servicio de Imágenes recomendamos:

- Niños no necesitan preparación.
- Adultos: necesitan dos días de preparación.

Primer día: dieta blanda, con mínimo residuo y beber mucha agua fría.

Segundo día: dieta líquida, beber abundante agua fría y en algunos casos se utilizan laxantes.

¿Cómo se realiza el estudio?

- Según indicación, el día del procedimiento se coloca la sonda nasoyeyunal para administrar el contraste, caso contrario, se le pedirá que beba dos litros de una solución líquida (polietilenglicol) que actúa como contraste. Debe ingerirse en forma rápida y constante de manera tal que el contraste líquido llene por completo el intestino delgado.
- **Otra técnica consiste en no colocar la sonda nasoyeyunal e ingerir solamente el líquido vía oral.**
- El material de contraste utilizado para un examen de RMN es el gadolinio que se puede usar en embarazadas y en pacientes con alergias al yodo, siendo menos común que un paciente tenga una alergia al gadolinio.
- También, es importante conocer otras enfermedades posibles asociadas y antecedentes quirúrgicos de cualquier causa. Algunas enfermedades, como las renales, pueden contraindicar el uso de e le administre gadolinio y en ese caso el médico radiólogo deberá establecer junto al resto del equipo médico lo más aconsejado para ese caso.
- A usted se lo ubicará dentro de una camilla en el resonador y un dispositivo (bobina) será colocado alrededor al área del cuerpo que será estudiada.
- En el caso de que se decida administrar el contraste por medio de una sonda nasoyeyunal, se le inyectará a través de la misma, entre 15 y 20 jeringas del contraste.
- Se realizará la inyección de un antiespasmódico tipo hiosina.
- Si se indica, la administración de contraste endovenoso se colocará una vía en vena ya continuación de la inyección se tomará una serie de imágenes adicionales.
- Finalizado el estudio le quitarán la vía intravenosa y la sonda nasoyeyunal.

¿Qué voy a sentir durante y luego del estudio?

Los exámenes de RMN no son dolorosos, pero algunos pacientes sienten que es incómodo permanecer inmóviles durante el estudio y otros experimentan sensación de encierro (claustrofobia). En esos casos se podrá realizar el examen bajo anestesia.

Por medio de un sistema de comunicación, usted escuchará las órdenes que el técnico y/o el médico le vaya indicando.

Es importante que se permanezca completamente inmóvil mientras se obtienen las imágenes, que por lo general son unos minutos por vez y podrá relajarse entre las secuencias de imágenes, pero se le pedirá que en lo posible mantenga su posición, sin moverse lo más que pueda.

Se dará cuenta cuando están obteniendo las imágenes porque escuchará y sentirá unos ruidos. Algunos centros proporcionan tapones para los oídos, mientras que otros usan auriculares para reducir la intensidad de los sonidos, en cualquier caso tampoco es un sonido ensordecedor.

Usted puede estar acompañado en la sala de examen durante la realización del estudio.

La aguja intravenosa puede causarle cierta molestia al ser insertada y si no se ha usado sedación, no es necesario ningún período de recuperación, pudiendo reanudar sus actividades cotidianas y una dieta normal inmediatamente después del examen.

En muy pocos casos, algunos pacientes experimentan efectos secundarios del material de contraste, como náuseas, diarrea y dolor local y muy raramente son alérgicos al material de contraste y padecen urticaria, ojos que pican u otras reacciones.

Las madres no deben amamantar a sus bebés por 24-48 horas después de que reciban el medio de contraste, no obstante, tanto el Colegio Americano de Radiología (ACR) como la Sociedad Europea de Radiología Urogenital dicen que los datos disponibles, sugieren que no hay ningún riesgo en seguir amamantando después de recibir contraste intravenoso.

Indicaciones:

En la actualidad a todo paciente con EII se le aconseja realizar un estudio del Intestino delgado para descartar compromiso del mismo. De este modo muchas personas diagnosticadas inicialmente como colitis ulcerosa pueden reclasificarse a Enfermedad de Crohn.

Además este estudio es importante en todo paciente con Enfermedad de Crohn para valorar la extensión de su compromiso y sus complicaciones.



Las ventajas son:

- no utiliza radiación ionizante, de importancia en pacientes jóvenes o niños, o en pacientes que requerirán múltiples estudios de seguimiento (pacientes con fístulas u operados de enfermedad de Crohn).
- no necesita que el médico radiólogo reconstruya imágenes.
- posee un mayor contraste entre tejidos blandos
- puede ser utilizado con mayor seguridad en embarazadas y en pacientes con reacción alérgica al yodo.
- En caso de presentar el paciente fístulas perianales, se puede realizar un examen que incluya la región pelviana (perianal).



Las desventajas son:

- el mayor costo.
- la menor disponibilidad de equipos en comparación con TC.

Contraindicaciones:

- Las mujeres siempre deben informar si hubiera alguna posibilidad de estar embarazadas.
- En mujeres embarazadas deberá siempre considerarse el riesgo-beneficio de efectuar esta práctica, mucho más durante el primer trimestre. La indicación será finalmente acordada entre el equipo médico y la paciente.
- Las mujeres embarazadas no deben hacerse este examen en el primer trimestre de embarazo a menos que se asuma que el potencial beneficio de la RMN supera los riesgos posibles.
- Las mujeres embarazadas no deben recibir inyecciones de material de contraste con gadolinio, excepto cuando sea absolutamente necesario para el tratamiento médico y en acuerdo e información de los riesgos y beneficios.
- Alergias o intolerancias serias al polietilenglicol.
- Si sufre miedo a los espacios reducidos (claustrofobia) o ansiedad, puede ser realizado bajo anestesia.
- En la mayoría de los casos, el examen de RMN es seguro para los pacientes que tienen implantes de metal, a excepción de algunos tipos.
- Las personas con los siguientes implantes no pueden ser exploradas y no deben ingresar al área de exploración de la RMN: *implante coclear (del oído), algunos tipos de clips que se utilizan para aneurismas cerebrales bobinas colocadas dentro de los vasos sanguíneos defibriladores y marcapasos cardíacos.*

Precauciones:

Debe informarle al radiólogo si tiene algún dispositivo médico o electrónico en su cuerpo, ya que estos objetos puede interferir con el examen o suponer potencialmente un riesgo, de acuerdo con su naturaleza y la potencia del imán de la RMN.

Algunos aparatos implantados requieren un período corto de tiempo después de su colocación, antes de volverse seguros para los exámenes por RMN, como por ejemplo :

- Válvulas cardíacas artificiales
- Puertos implantables para administrar medicamentos
- Extremidades artificiales o prótesis metálicas para las articulaciones
- Estimuladores nerviosos implantables
- Broches metálicos, tornillos, placas, stents o grapas quirúrgicas

Por lo general, los objetos utilizados en las cirugías quirúrgicas no suponen ningún riesgo durante la RMN. Sin embargo, una prótesis artificial colocada recientemente quizá requiera la utilización de otro procedimiento por imágenes. Si hay dudas acerca de su presencia, se puede tomar una radiografía para detectar e identificar cualquier objeto de metal.

Usted debe notificar al radiólogo de la presencia de esquirlas metálicas, balas u otras piezas de metal que puedan estar presentes en su cuerpos debido a accidentes previos, objetos extraños cerca y especialmente los alojados en los ojos. Los tintes que se utilizan en los tatuajes también pueden contener hierro y pueden calentarse durante la RMN, aunque rara vez representa un problema.

Los padres o familiares que acompañan a los pacientes dentro de la sala de exploración también necesitan sacarse los objetos metálicos y notificar al radiólogo sobre cualquier aparato médico o electrónico que tengan.

CAPITULO 5

Tratamiento médico de la Enfermedad Intestinal Inflamatoria.



Aminosalicilatos - Mesalazina.

D R A . M Í R I A M M A Ñ O S A

Médico Adjunto Unidad de Gastroenterología/EII
Servicio de Aparato Digestivo
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
Badalona, Catalunya, España.

¿Qué son los aminosalicilatos?

Los aminosalicilatos son los medicamentos más utilizados y prescritos en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), especialmente en la colitis ulcerosa (CU).

Esto se debe a su elevada eficacia, su seguridad (efectos adversos poco probables) y su bajo coste económico (especialmente si se compara con el de los agentes biológicos).

Los aminosalicilatos son moléculas derivadas del ácido **5-aminosalicílico**, por lo que también se denominan **5-ASA**.

Su utilización en EII se inició por casualidad, cuando en los años '50 del siglo pasado, un grupo de investigadores británicos liderados por el doctor Sidney Truelove (quien aportó grandes avances en el tratamiento de la CU) descubrió que esta molécula era la responsable que los pacientes con CU mejorasen de sus síntomas intestinales cuando se trataban de sus dolores articulares con sulfasalazina.

La **sulfasalazina** es realmente un aminosalicilato combinado con una sulfamida, siendo la primera la responsable de su efecto en el intestino.

Posteriormente se desarrollaron nuevas fórmulas para evitar la administración de sulfamidas ya que éstas presentan efectos secundarios con relativa frecuencia y hasta un 15% de la población es alérgica a estos antibióticos.

Las nuevas moléculas desarrolladas son los denominados nuevos aminosalicilatos cuyo representante más utilizado es la mesalazina.



¿Cómo actúan los aminosalicilatos?

Los 5-ASA son fármacos que actúan como antiinflamatorios, por mecanismos todavía no plenamente establecidos. Este efecto se obtiene solamente en el segmento de intestino donde se absorbe; por esta razón existen diferentes formas de administración y diferentes preparados farmacéuticos.

La mayoría de compuestos de 5-ASA se liberan en el intestino grueso o colon, por esto se utilizan fundamentalmente en la CU y mucho menos en la enfermedad de Crohn.

Un aspecto importante es que los 5-ASA, a diferencia de casi el resto de medicamentos que se utilizan en la EII, no son fármacos inmunosupresores (no alteran nuestra respuesta de defensa o inmunológica) y, por tanto, no incrementan el riesgo de infecciones ni de tumores. Además, la probabilidad de efectos secundarios al fármaco es muy baja: son medicamentos muy bien tolerados.

Entre los efectos secundarios más frecuentes se encuentran el dolor de cabeza, la disminución de la cifra de plaquetas o la diarrea.



¿Cuándo se utilizan los aminosalicilatos?

Los 5-ASA son el tratamiento que se utiliza como primera opción en los brotes leves o moderados de CU y como tratamiento de mantenimiento (para evitar recaídas) en la CU o en la EC cuando la afectación se limita al colon. La mitad de los pacientes con CU sólo tomarán 5-ASA como único medicamento para la enfermedad durante su vida.

¿Cómo debo tomar los aminosalicilatos?

Los 5-ASA pueden administrarse por vía oral, en comprimidos o granulados, o por vía rectal (a través del ano) en forma de supositorios, enemas o espumas.

Cuando se utilizan por vía oral, pueden administrarse en una sola toma o en tomas repartidas durante el día, sin que su eficacia varíe.

Es importante destacar que los comprimidos de mesalazina no pueden romperse ni partirse para su deglución puesto que el efecto del 5-ASA no se daría en el colon sino en el estómago.

La administración por vía rectal tiene su explicación. El recto (la parte final del intestino grueso) se encuentra afectada (inflamada) de forma constante en los pacientes con CU cuando presentan un brote de la enfermedad. Además, la inflamación del recto es la responsable de un conjunto de síntomas que alteran de forma muy marcada la calidad de vida de estos pacientes: la incontinencia, la urgencia defecatoria (necesidad de correr para ir al baño), los esputos rectales (evacuación de moco o sangre sin heces) o el tenesmo (sensación de evacuación incompleta).

Con la administración rectal se consiguen las mayores concentraciones de 5-ASA en ese segmento y, por tanto, una mejoría mucho más rápida de estos síntomas. En las primeras administraciones, es común que cueste el mantener el contenido en el recto, especialmente cuando éste está muy inflamado. Es importante ser paciente (nunca mejor dicho) e ir tolerando progresivamente el tratamiento. Otro aspecto a tener en cuenta es que existen distintas formas de presentación (supositorios, enemas y espumas), que varían en cuanto a tolerabilidad de un paciente a otro; ¡cada paciente debe encontrar su formulación más adecuada!

Como ya se ha comentado, los 5-ASA son fármacos muy seguros. Por este motivo, únicamente se recomienda un control con análisis de sangre de forma anual mientras dure el tratamiento, para controlar la función del riñón y la cifra de plaquetas y hemoglobina. Asimismo, prácticamente no tienen interacciones con otros medicamentos.



Mesalazina: consejos prácticos.

DR. FABIANA MIELE

Médico Gastroenterólogo
Clínica Pasteur
Coordinadora del Equipo
Interdisciplinario EII Fundeccu Argentina
Neuquén, Argentina.

INTRODUCCION:

Luego del completo y excelente capítulo de la Dra. Miriam Mañosa, deseo acercar información respecto de las presentaciones disponibles en Argentina y consejos útiles para su uso.



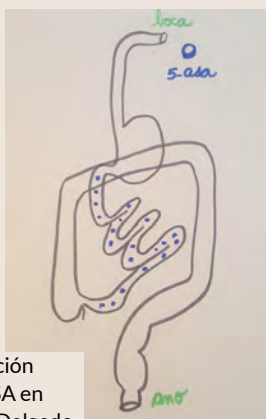
Conceptos básicos sobre la MESALAZINA (5-asa)

- Si ingerimos 5-ASA por vía oral se absorberá en el intestino delgado. (Figura 1)
- Por ello, se une a moléculas transportadoras, que impiden esa absorción y su llegada al colon.
- La primera fórmula fue la **SULFASALAZINA**, que se utilizaba para la Artritis Reumatoidea y se descubrió casi por accidente su aplicación en EII.
- La sulfasalazina se compone de 5-ASA + sulfapiridina (molécula de transporte). (Figura 2)
- La sulfapiridina es una molécula sin acción en la EII que sólo permite que la 5-ASA no sea absorbida en el Intestino delgado, pero es la responsable de los efectos secundarios de este fármaco. Esos efectos son dosis dependientes, es decir cuanto más alta es la dosis más aparecerán, por lo que este fármaco tiene poco perfil de seguridad en dosis necesitadas en brotes de EII.
- Este es el motivo por el cuál la industria farmacéutica comienza a desarrollar diferentes mesalazinas con distintas moléculas transportadoras, pero que no tengan efectos secundarios.
- Cada laboratorio tiene en general mesalazinas con distintos tipos de liberación, sólo algunas pocas coinciden con el mismo.

Por lo tanto, **NO TODAS LAS MESALAZINAS SON IGUALES en todos los países.**
Las moléculas y las marcas al menos en Argentina NO SON IGUALES

- Los sistemas por los cuales se liberan, su eficacia y perfil de seguridad, deben ser demostrados en trabajos de investigación bien diseñados para que su uso sea avalado. No todas las fórmulas lo poseen. Consulta a tu médico e investiga al respecto.

Figura 1



Absorción
de 5-ASA en
Intestino Delgado

SULFASALAZINA

Figura 2

5-ASA

Sulfapiridina

- Molécula activa en EII

La indicación actual más importante de la sulfasalazina en EII, es el tratamiento de las atalgias.
En la dosis tolerada por el paciente.

- Molécula transportadora inactiva en EII
- Responsable de los efectos secundarios

- *En el momento actual las mesalazinas del mercado, presentan mecanismos de liberación que permiten liberaciones controladas, por distintos mecanismos a través de cubiertas que van liberando el producto en diferentes sitios del intestino: duodeno-yeyuno-íleon o colon. Esta liberación podrá ser:*
 1. **PH DEPENDIENTES:** *Depende del grado e acidez o alcalinidad del sector del tracto digestivo en donde se encuentre. Llegando a su PH (que varía en las marcas) será el sitio en donde comenzará la liberación de la 5 - ASA: duodeno/yeyuno/íleon/colon.*
 2. **POR ACCION BACTERIANA,** *las bacterias rompen enlaces químicos y liberan la 5-ASA.*
 3. **TIEMPO Y PH DEPENDIENTES.**
 4. **Mesalazina Multimatriz MMX.**

Consulta a tu médico toda duda sobre la elección de tu mesalazina.

Afirmaciones basadas en evidencia científica hasta la fecha

- **En relación a la DOSIS:**
 - *las dosis mayores a 2 gr son las recomendadas, ya que dosis inferiores han demostrado menor efecto.*
 - *la dosis de 3 gr es recomendada por los grupos españoles y argentinos.*
 - *la dosis de mantenimiento recomendada es la dosis con la cual el paciente logró salir del brote.*
 - *las mesalazinas de mayor concentración por comprimido o sobre, son las más recomendadas, ya que aumenta la adherencia en los pacientes por tener que tomar menos comprimidos por día. (Figura 3).*
- **En relación a la FRECUENCIA DE ADMINISTRACION:**
 - *Algunos trabajos dieron evidencia, en alguna marcas, que una sola toma o tomas divididas tienen igual eficacia.*
 - *Otras marcas han demostrado que una toma única es más efectiva.*
 - *Otras marcas no tienen evidencias.*

Se acepta en el momento actual que una sola toma diaria es mejor, porque logra más adherencia en los pacientes por ser más cómodo y fácil de sostener en el tiempo, sin olvidos o cansancio.

- **En relación a su PERFIL DE SEGURIDAD:**
 - *La mesalazina es un fármaco seguro con muy bajos índices de efectos secundarios.*
 - *Las reacciones adversas más comunes son: diarrea (3%), dolor de cabeza (2%), náuseas (2%), erupción en piel (1%) y descenso de plaquetas (< 1%).*



Presentaciones en Argentina.

Afortunadamente en Argentina hay disponibilidad de una amplia gama de presentaciones y formulas químicas. Comprimidos de bajo y alto gramaje, sobres granulados, supositorios, espumas rectales y enemas.

Presentaciones Vía Oral: (Comprimidos y sobres granulados)

Podemos encontrar presentaciones de:

- 400 - 500 - 800 - 1.200 mg.
- 1 -1,5 - 2 -3 -4 gr.

Mezalazina gránulos:

En cada encontrarás los pequeños sobres de papel metalizado. Cada sobre completa el espacio de una cuchara de te.

¿COMO TOMAR?

1. se abre el sobrecito y se colocan los gránulos debajo de la lengua y tomar con agua o jugos.
2. También puede mezclarse en un poco de agua o jugo y luego ingerirse.
3. Nunca deben masticarse los gránulos.



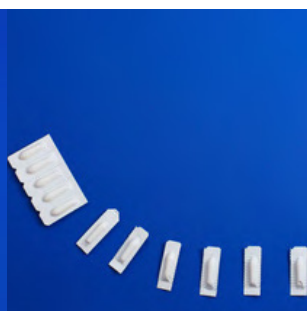
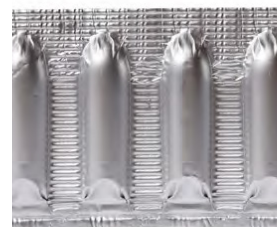
Supositorios.

Podemos encontrar supositorios de:

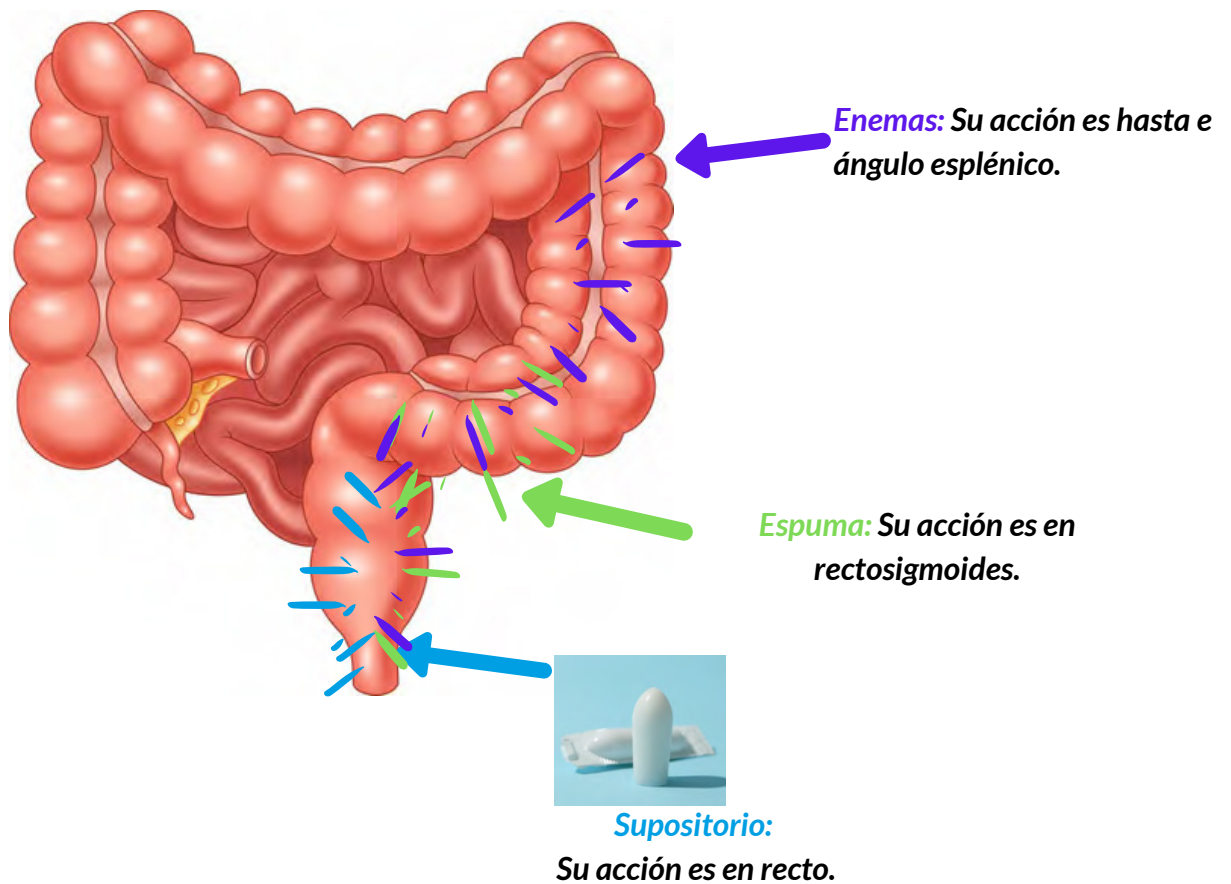
500 mg y 1 gr.

¿COMO USAR?

1. Identificar el momento del día con menor número de evacuaciones, para evitar la expulsión inmediata.
2. Abrir el envase individual del supositorio.
3. Usar el protector de goma (cubrededo) para la introducción.
4. Si se expulsa el supositorio dentro de los primeros 10 minutos, administrar uno nuevo.



Alcance de cada presentación: ¿Hasta donde llegan?



En nuestra Fundación, cada vez que indicamos tratamiento rectal, dirigimos a nuestros pacientes hacia un valioso, instructivo y práctico Video del Grupo GETECCU. Es un material de ayuda excelente. Ajuntamos el link:

<https://www.youtube.com/watch?v=oWyfExo8Zj8>

Corticoides.

DR. JULIO TENCA

Médico Gastroenterólogo
Servicio de Gastroenterología, Instituto SENASA
Salta, Argentina.

INTRODUCCION:

Nuestro cuerpo produce naturalmente unas sustancias hormonales que se llaman corticosteroides.

Algunas de ellas se han fabricado artificialmente y pueden usarse como medicamentos. Muchas veces nos referimos a ellos como "cortisona", "corticoides" o "esteroides".

Son compuestos que tienen un gran poder para luchar contra la inflamación y la alergia. Son baratos, muy eficaces y los conocemos desde hace mucho tiempo.

Los más empleados son la prednisona y la metil-prednisolona, aunque hay esteroides nuevos con menos efectos secundarios, como la budesonida.

¿En qué momento se deben usar los esteroides en la EII? ¿ En que momento no?

Los esteroides se pueden administrar por vía oral, por vía rectal o, en casos graves, por vía intravenosa.

Son muy eficaces para detener los síntomas del brote de enfermedad inflamatoria intestinal. Tanto la Enfermedad de Crohn como la Colitis Ulcerosa de intensidad moderada o grave, responden en más de un 80% de los casos a esteroides. Los emplearemos en estas circunstancias, sobre todo en los momentos iniciales de la enfermedad. Los esteroides modernos (budesonida), se usan en casos de gravedad algo menor.

El paciente que no responde a esteroides durante un brote se denomina corticorrefractario.

Sin embargo, es preciso saber que los esteroides no deben usarse a largo plazo, pues en esas circunstancias presentan más efectos secundarios y, sobre todo, no tienen gran eficacia.

Si un paciente necesita muchas tandas de esteroides a lo largo del tiempo, o ante el descenso paulatino necesario en su uso, comienza con síntomas nuevamente, se dice que se ha vuelto corticodependiente.

Esto no es aceptable, pero no en la enfermedad inflamatoria intestinal.

¿Cuáles son sus ventajas y sus inconvenientes?

Los esteroides tienen ventajas muy importantes. Son, como hemos dicho, muy potentes. Se pueden dar por vía oral sin problemas en la mayoría de los casos. Hay que tener en cuenta además que son económicamente accesibles.

Finalmente, podemos usarlos como tratamiento inicial en casos de enfermedad inflamatoria intestinal en los que estamos aún evaluando el tratamiento definitivo que vamos a emplear.

Si todo fuera así de bonito, no habría problemas en poner tratamiento con esteroides a todo quien padezca EII. Sin embargo, el tratamiento con esteroides tiene problemas importantes.

En primer lugar, como se ha dicho antes, si se usan como tratamiento de mantenimiento no son eficaces.



Pero además es que tienen efectos secundarios bastante frecuentes (como en 1 de cada 3 pacientes) y que a veces son graves.

Entre estos efectos secundarios destacan:

- Alteraciones del metabolismo, como retención de sal y líquidos, tensión alta y aumento del azúcar (glucosa) en sangre, que puede llegar a diabetes en personas predispuestas.
- Alteraciones del ánimo, como nerviosismo, depresión o psicosis.
- Acumulación de grasa en abdomen y espalda.
- Problemas de la piel, como aumento del vello facial y corporal, caída del cabello y estrías en la piel de abdomen y muslos.
- Descalcificación de huesos, que puede llegar a la osteoporosis.
- Problemas de riego en los huesos, como la necrosis de cabeza de fémur.
- Aumento de la arteriosclerosis.
- En niños, detención del crecimiento y retraso de la maduración sexual.
- Aumento de la posibilidad de infecciones graves.
- Glaucoma y cataratas.



¿Cómo se pueden prevenir estos problemas?

- -La mejor manera de prevenir estos problemas es usar los esteroides solamente el tiempo necesario. Siempre que entremos con el paciente en un tratamiento con esteroides, tener claro cuándo y cómo vamos a salir. Si un médico pone esteroides, debe siempre tener especial cuidado en personas con infección, con osteoporosis, con hipertensión, con diabetes o con antecedentes de problemas psiquiátricos.
- Todo tratamiento con esteroides tradicionales durante más de 10-15 días debe combinarse con calcio y vitamina D, para prevenir la descalcificación.
- No se recomienda dar gastroprotectores como omeprazol y otros similares, a menos que se estén tomando a la vez antiinflamatorios tipo AINE (aspirina y derivados).
- El médico debería controlar la tensión arterial y la glucosa de forma periódica. Siempre será mejor comer sin sal.
- El paciente debe resistir la tentación de automedicarse. Los esteroides los debe indicar siempre el médico. Y el que los mande, debe siempre recordar que los esteroides son buenos al principio de tratamiento pero que con el tiempo aparecerán los problemas.

Corticoides: consejos prácticos.

DR. JORGE NINNO

Médico Clínico
Hospital Castro Rendón.
Integrante del Equipo Interdisciplinario EII
Fundeccu Argentina.
Neuquén, Argentina.

INTRODUCCION:

Nuestro cuerpo produce naturalmente corticoides por medio de la **Glándulas Suprarrenales**. Estas glándulas, cómo su nombre lo indica, están sobre los riñones, ubicadas como si fueran sombreros y producen hormonas sexuales y **cortisol**, nuestro corticoide natural y otras sustancias importantes.

Funciones de las glándulas suprarrenales:

Estas pequeñas estructuras tienen múltiples funciones de importancia para nuestro, detallándose algunas de ellas, en relación a conceptos de interés vinculados a la EII.

- Regulan el sodio y el potasio sanguíneo
- Producen hormonas masculinizantes
- regulan glucosa, proteínas y grasas circulantes en sangre.
- Regulan la frecuencia respiratoria y cardíaca
- Permite respuestas ante el stress.

Cuándo nos levantamos cada mañana necesitamos energía para afrontar actividades y acciones físicas y mentales. Es por eso, que entre las 5-7 AM, las glándulas suprarrenales liberan el Cortisol que nos permitirá llevar adelante nuestro día.

De repente nos encontramos frente a una situación violenta o de peligro, como por ejemplo, a segundos de colisionar con nuestro auto, ser embestidos por una bicicleta o de ser atacados por un mal viviente que desea nuestra billetera. Muchas veces nos preguntamos como reaccionamos de modo tan eficiente ante esas situaciones, que de pensarse mejor no nos creíamos capaces de resolver con tanta fuerza, destreza y precisión.

En momentos de este tipo, las glándulas suprarrenales liberan una buena cantidad de cortisol, que dará la posibilidad de accionar ante el stress.



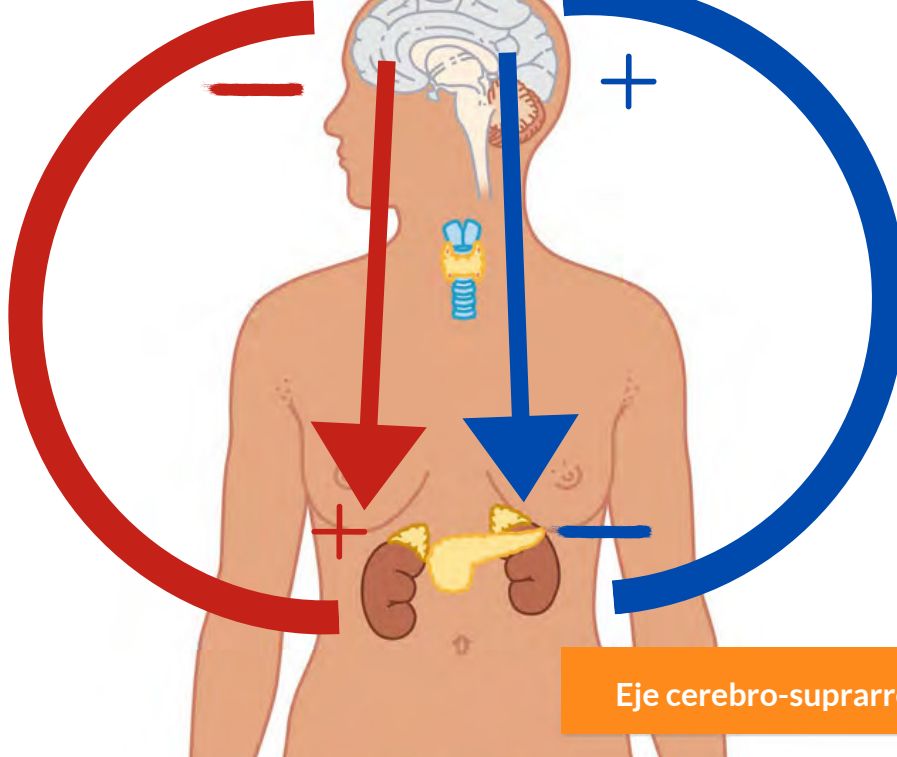
¿Por qué NO SE DEBEN SUSPENDER LOS CORTICOIDES EN FORMA BRUSCA?

Para responder a esta pregunta debemos comprender como es el funcionamiento de estas interesantes, diminutas pero potentes glándulas.

Las glándulas suprarrenales no funcionan solas. Participan de un complejo eje conectado al cerebro que se autorregula en más o en menos. Este mecanismo de regulación se llama **Eje Cerebro-Suprarrenal**. Es el cerebro, quién luego de detectar la cantidad de cortisol circulante, dará la señal para que las glándulas aumenten o disminuyan la producción y liberación de cortisol.



Si al cerebro llega poca cantidad de cortisol, le dará la orden a las glándulas suprarrenales de que aumenten su producción y liberación.



Si al cerebro llega alta cantidad de cortisol, le dará la orden a las glándulas suprarrenales de que se disminuya su producción y liberación.

Eje cerebro-suprarrenal

¿Qué sucede con el Eje de control Cerebro-suprarrenal cuando tomamos corticoides en EII?

Cuando debido a los tratamientos con corticoides (metilprednisolona, hidrocortisona), el cerebro percibe una cantidad adecuada constante y le dirá a las glándulas **luego de 7 días de uso** que descansen, que no hay trabajo que hacer porque estamos consumiendo medicación por lo que no son necesarias por ahora. De esta manera se toman unas vacaciones y se ponen a "dormir".

¿Qué sucede con el Eje de control Cerebro-suprarrenal cuando suspendemos de repente los corticoides en EII?

Cuando luego de tomar corticoides más de 7 días suspendemos de forma repentina, debemos considerar que las glándulas suprarrenales estarán inactivas, "dormidas", de vacaciones, porque eso le dijo el cerebro. De manera que si no nos medicamos, ¿quién producirá el cortisol? Lo vamos a necesitar y las glándulas no podrán elaborarlo y es así como se produce la llamada **INSUFICIENCIA SUPRARRENAL**, que consiste en un conjunto de síntomas relacionados a la falta de cortisol en el cuerpo y que pueden poner en riesgo la salud en forma leve, moderada o severa.

Síntomas de Insuficiencia Suprarrenal:

- Dolor abdominal
- Confusión, pérdida del conocimiento.
- Deshidratación, alteraciones serias del sodio y potasio.
- Vértigo o mareos
- Fatiga, debilidad intensa
- Dolor de cabeza
- Fiebre alta
- Pérdida del apetito.

¿Que sucede si hacemos el descenso paulatino que nos indican nuestros médicos EII?

Cuando vamos haciendo la **disminución progresiva y lenta**, le vamos dando tiempo a las glándulas suprarrenales a "despertarse", de volver de sus vacaciones y comenzar nuevamente su trabajo de producir el cortisol. Este es un modo cuidado y protegido que no ponen en riesgo nuestra salud y finalizar los tratamientos con corticoides de manera segura.



Potentes y diminutas, las glándulas suprarrenales, tienen muchas acciones en nuestro cuerpo.

Budesonide espuma rectal:

En cada encontrarás:

- un frasco aerosol y 14 cánula de aplicación.
- 14 bolsas plasticas para desechar las cánulas.
- Prospecto.
- Ver apartado de mesalazinas.

Budesonide enema:

- Ver apartado de mesalazina ya que no difieren de esos enemas.



Inmunosupresores.

DR. JOAQUIN MONTERO

Médico Gastroenterólogo del
Grupo Interdisciplinario de EII
Hospital Provincial del Centenario de Rosario
Santa Fe, Argentina

En este capítulo voy a intentar responder las preguntas más frecuentes en el consultorio con respecto a los inmunosupresores.

¿Cuáles son las drogas llamadas inmunosupresores?

- Azatioprina
- Mercaptopurina
- Metotexato
- Ciclosporina
- Tacrolimus
- Micofenolato mofetil

Los más frecuentemente usados son los dos primeros, la Azatioprina y la Mercaptopurina, por lo tanto van a ser las dos drogas de las que les voy a contar un poco más.

¿Por qué estoy en tratamiento con este medicamento?

Hay dos indicaciones claras para indicar estas drogas:

- Recaída bajo tratamiento con 5-ASA (Mesalazina): Por eso también se las denomina drogas de “segunda línea”.
- En la enfermedad de Crohn pueden usarse desde inicio ya que la mesalazina no tiene un claro papel beneficioso en esta patología.
- Para ayudar a reducir o suspender los corticoides: por lo que también reciben el nombre de “ahorradores de corticoides”.

¿Cómo actúan la Azatioprina y mercaptopurina?

El sistema inmune tiene células importantes para la lucha contra las infecciones. Está formado por los glóbulos blancos y entre la variedad de ellos, los llamados Linfocitos, tienen especial importancia en el desarrollo de la EII.

En algunas circunstancias este sistema de defensa ataca los propios tejidos del cuerpo y se dispara una inflamación crónica, como la que se encuentra en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), dañando al propio intestino. La azatioprina y mercaptopurina reducen esta inflamación al disminuir el exceso de actividad de las células del sistema inmune. Pero, al disminuir la actividad de las células que participan de las defensas de nuestro organismo, también predisponen a algunas infecciones.

¿Cuánto tiempo tardarán en funcionar?

No funcionan de inmediato. Puede tomar aproximadamente 3 meses antes de que usted note algún beneficio, por lo que hay que tener un poco de paciencia y no pensar que no le están haciendo efecto.

¿Cómo se toman?

Una vez o dos veces al día, después de la comida. Si olvida una dosis, debe tomarla tan pronto como lo recuerde. Las dosis dependen del peso del paciente, por lo que verán que entre ustedes las dosis pueden ser diferentes:

- Azatioprina: 1,5 mg y 2,5 mg/ kg día.
- Mercaptopurina: 0,75 hasta 1,5 mg/kg día.



¿Cuánto tiempo tengo que tomarlas?

Si responden bien a la azatioprina o mercaptopurina usted debería seguir tomándola por el tiempo que su médico le recomiende, que será variable entre cada persona, siempre que las pruebas de monitoreo de sangre sean satisfactorias y usted no desarrolle ninguna reacción adversa.

¿Qué controles se necesitan?

Estos fármacos pueden alterar la función normal de la médula ósea y hepática.

Por lo tanto, los controles necesarios serán: un conteo sanguíneo completo (glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas) y función hepática.

Al principio los controles serán semanalmente, luego mensualmente hasta que esté en su dosis de mantenimiento, y finalmente, trimestral.

¿Cuáles son los posibles efectos secundarios y precauciones que debo tener?

Pueden causar náuseas, vómitos y pérdida del apetito, en especial durante las primeras semanas. Como recomendación, tomarlas después de comer o en dosis divididas puede ayudar.

En ocasiones provocan diarrea, es importante prestar atención ya que se puede confundir con un empeoramiento de la enfermedad.

Pueden dar una enfermedad similar a la gripe con fiebre y dolores en los huesos.

Como dije previamente, pueden predisponer a las infecciones por lo que se debería evitar el contacto con personas con infecciones.

Pueden aumentar la sensibilidad de la piel al sol y se los ha vinculado con un tipo de tumor llamado melanoma, aunque este aumento no es significativo respecto de la población general que no los utiliza. De igual manera se recomienda usar protector solar cuando se exponga al sol.

¿Puedo vacunarme, mientras estoy tomando inmunosupresores?

Como se mencionó en el capítulo de Checklist, hay que vacunarse previamente. En el caso de no haber sido indicadas las vacunas oportunamente, hay que tener en cuenta que hay algunas vacunas hechas con “virus vivos” que no deben ser aplicadas porque, al estar inmunodeprimidos podrían desarrollar una infección.

- Vacunas de virus vivos: Triple viral, Fiebre amarilla, Rubeola.

¿Se pueden tomarlas junto a otros medicamentos?

Hay medicamentos que interactúan con estas drogas, aumentando o disminuyendo la cantidad de los inmunomoduladores en sangre. Y no sólo medicamentos, sino también hierbas y medicina alternativa. Por lo tanto, siempre antes de tomar algún medicamento debe consultar a su médico.

El alcohol podría aumentar los efectos indeseables, por eso, en general, lo mejor es evitarlo.

¿Pueden afectar la fertilidad o el embarazo?

En general no disminuyen la fertilidad y no afectan el embarazo. Es mayor el riesgo de una mujer con su EII reactivada que el riesgo a estos fármacos. Por lo tanto, la recomendación es continuar tomando la medicación. En el capítulo de Embarazo y lactancia en EII se comenta más de este aspecto.

¿Qué hay acerca de la lactancia?

Se sabe que muy poca droga se secreta en la leche materna y no hay evidencia de daño en los hijos de madres que han amamantado.

Los Agentes Biológicos en EII.

DRA. MIRIAM MAÑOSA

Médico Adjunto Unidad de Gastroenterología/EII
Servicio de Aparato Digestivo
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
Badalona, Catalunya, España.

Introducción:

El tratamiento clásico de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tiene importantes limitaciones.

- Un 50% de los pacientes con colitis ulcerosa (CU) y hasta el 70% de los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) no van a controlarse con **aminosalicilatos** (sulfasalazina y mesalazina).
- Los **corticoides** sólo controlan un 60% de los brotes, son ineficaces cuando se toman a largo plazo y producen numerosos efectos secundarios que limitan la posibilidad de su administración de forma prolongada.
- Los **inmunosupresores** tienen un mecanismo lento de acción y, por ello, no sirven para el control de un brote agudo y no siempre consiguen mantener la remisión de la enfermedad que se ha conseguido con otros medicamentos.

Ante este panorama, la aparición hace unos años de las primeras terapias biológicas fue muy bien recibida por médicos y pacientes.

¿Qué son los Agentes Biológicos?

Los agentes o fármacos biológicos son sustancias que derivan de fuentes vivas, bien sea seres humanos, animales o microorganismos; claros ejemplos de fármacos biológicos son la insulina, la eritropoyetina o la hormona del crecimiento.

En el caso de la EII, los fármacos biológicos existentes son más complejos y suelen ser inmunoglobulinas (los llamados “anticuerpos”) dirigidas contra algunas moléculas que existen en nuestro organismo y que participan en la respuesta inflamatoria (es decir, en las respuestas de defensa), para bloquearlas y

“frenar” la inflamación. Aunque son muchos los agentes biológicos que se están desarrollando, los primeros que se desarrollaron y de los que disponemos mayor experiencia son los dirigidos contra una molécula muy importante en la inflamación de la EII (tanto en la EC como en la CU) llamada factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa, del inglés tumour necrosis factor), por lo que se les conoce como agentes anti-TNF.

¿Cuándo se utilizan los agentes biológicos?

Aunque estos fármacos han supuesto un gran avance en el control de la enfermedad tenemos que tener claro que estos fármacos no la curan y no son eficaces en todos los pacientes.

Por otra parte, se trata de fármacos con un coste económico muy elevado y, debido a que suelen alterar la respuesta inmunológica del organismo (reducen la respuesta de defensa), pueden incrementar el riesgo de infecciones graves o atípicas. Por todo ello, habitualmente los fármacos biológicos se emplean en situaciones en las que han fracasado los tratamientos convencionales como corticoides e inmunosupresores, tanto en la CU como en la EC. Además en otras cuando la afectación por la EII es muy grave y extensa o bien cuando el paciente presenta fístulas perianales complejas (situación en la que no existen otras alternativas de tratamiento eficaces), los anti-TNF se utilizan como tratamiento de primera línea.





¿Qué fármacos biológicos podemos utilizar?

El primer biológico que se utilizó fue el **infliximab**, un anticuerpo que se encarga de bloquear el TNF alfa. Este anticuerpo se compone de dos partes: una fracción humana y una pequeña fracción que proviene del ratón. Es un fármaco que se administra por vía intravenosa, siempre en el hospital y por personal sanitario entrenado que controla la aparición de posibles reacciones alérgicas.

El segundo fármaco comercializado es el **adalimumab**, también un anticuerpo anti-TNF, pero completamente humano. La forma de administración es subcutánea, por lo que el propio paciente se lo administra sin necesidad de acudir al hospital, aunque es aconsejable una educación sanitaria previa por parte de enfermería para que la persona aprenda a aplicarse en casa.

Infliximab y adalimumab son los dos agentes biológicos del tipo Anti-TNF más comúnmente utilizados en todo el mundo para el tratamiento de la EII, tanto EC como CU.

Sin embargo, existen otros anti-TNF como **certolizumab** (sólo disponible en algunos países americanos y en Suiza) que está indicado solo en EC y el **golimumab** que se indica en EC ambos subcutáneos.

Recientemente se han aprobado otros agentes biológicos con distinto mecanismo de acción (dirigidos contra otras moléculas de la inflamación) como son el **vedolizumab** o el **ustekinumab**.

Todos ellos, al tratarse de moléculas de gran tamaño, no se pueden administrar por vía oral y deben administrarse por vía intravenosa o subcutánea.



La periodicidad de su administración suele variar entre 2 y 8 semanas, aunque al inicio del tratamiento pueden administrarse varias dosis en un intervalo de tiempo más reducido. Especialmente en los fármacos anti-TNF, puede ocurrir que nuestro organismo puede generar anticuerpos contra el fármaco. Este fenómeno no es infrecuente y es el responsable de las reacciones a la infusión y de la pérdida de eficacia del tratamiento (lo que suele obligar a administrarlo con mayor frecuencia).

El desarrollo de estos anticuerpos puede prevenirse asociando el tratamiento con inmunosupresores, como lo son la azatioprina, mercaptopurina o metorexato. Esta asociación también ha demostrado aumentar su eficacia a corto plazo, por lo que la mayoría de pacientes que inician estos fármacos siguen o inician de forma conjunta el tratamiento con inmunomoduladores.

¿Qué efectos secundarios producen los agentes biológicos?

Los biológicos que se administran por vía intravenosa pueden producir reacciones alérgicas durante su infusión o dentro de las dos horas siguientes de la misma.

Alrededor de un 16% de los pacientes puede presentar estas reacciones alérgicas que se caracterizan por la aparición de dolor de cabeza, náuseas, enrojecimiento y picor en la piel (generalmente la cara y el escote), sensación de calor e incluso dificultad para respirar. La mayoría de estas reacciones se controlan con la simple interrupción de la infusión y su reinicio a una velocidad más lenta.

En el caso de los biológicos subcutáneos se pueden producir reacciones de tipo local, en el lugar de la punción, como enrojecimiento, hinchazón, picor o dolor.

El riesgo más importante (particularmente con los anti-TNF), aunque poco frecuente, es el de facilitar el desarrollo de infecciones. Para disminuir el riesgo de presentar una infección durante el tratamiento, antes de que éste se inicie se toman una serie de medidas encaminadas a detectar posibles infecciones “escondidas” o latentes en nuestro organismo. Se solicitarán análisis para determinar infección del virus de la hepatitis B, y en muchos centros se realiza también para el virus de la inmunodeficiencia humana. También debe comprobarse si el paciente ha estado en contacto previo con el bacilo de la tuberculosis mediante una radiografía de tórax y una prueba de Mantoux (o de la tuberculina) que consiste en inyectar debajo de la piel unas proteínas que son similares a la bacteria que produce la tuberculosis, de tal forma que si la persona ha tenido contacto con la tuberculosis producirá una roncha; si la prueba es positiva debe iniciarse prevención para la tuberculosis unas semanas antes de empezar el tratamiento con el agente biológico. Es necesario actualizar el calendario vacunal según las necesidades de

cada país o área geográfica, revisando si es necesario completarlo o administrar alguna vacuna de recuerdo.

Más allá de las infecciones, como con cualquier otro medicamento, se han descrito una infinidad de efectos adversos pero con baja frecuencia como alteraciones neurológicas, cutáneas e incluso algunos tumores (particularmente cutáneos y también linfomas). La incidencia de tumores puede deberse en muchas ocasiones al uso combinado de los anti-TNF con inmunosupresores como la azatioprina o la mercaptopurina.

Por todo esto, es necesario que el médico o la enfermera advierta al paciente sobre los llamados “síntomas de alarma”, la aparición de los cuáles deben alertar al paciente a consultar con su médico: la aparición de fiebre elevada o por más de 3 días, lesiones en la piel, dolor de cabeza persistente, o pérdida de peso inexplicable.



Fármacos Biosimilares en EII.

DR. EUGENI DOMÈNECH

*Jefe del Servicio de Aparato Digestivo
Unidad de Gastroenterología/EII
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
Badalona, Catalunya, España.*

INTRODUCCION:

Para entender qué son y qué representan los fármacos biosimilares es imprescindible aclarar qué son los fármacos biológicos. Por esta razón, vamos a introducir estos conceptos de forma progresiva.

¿Qué son los fármacos biológicos?

Los fármacos biológicos son moléculas de gran tamaño producidas por organismos vivos bajo condiciones controladas.

Esto implica importantes diferencias respecto a los conocidos medicamentos “tradicionales”, como lo son los antiinflamatorios, antibióticos, antihipertensivos, etc. en diversos aspectos.

En primer lugar, debido a que se trata de moléculas de gran tamaño (habitualmente son proteínas), su estructura es mucho más compleja y puede variar sólo con pequeños cambios en las condiciones de su producción.

Por esta misma razón, son más “inmunogénicas”, es decir, nuestro organismo puede desarrollar anticuerpos para defendernos de estas proteínas externas; esta es la causa por la cual en algunas circunstancias los pacientes tratados con estas sustancias presentan reacciones alérgicas o pierden la respuesta al tratamiento cuando inicialmente toleraban y respondían al fármaco.

En segundo lugar, al ser moléculas complejas, deben ser fabricadas por organismos vivos, habitualmente por microorganismos (bacterias, hongos, virus) o por cultivos celulares. Esto implica una diferencia sustancial si se compara a los medicamentos convencionales en los que su fabricación es meramente química.



En el caso de los fármacos biológicos, el hecho que el proceso de fabricación dependa de organismos vivos hace que existan multitud de factores (tipo de célula productora, temperatura y “pureza” ambiental, medios de cultivo donde se conservan los organismos que las producen, etc.) que pueden influir en la estructura final de la proteína, facilitando cierta variabilidad de un lote de producción a otro.

Esto implica que la regulación sobre la aprobación inicial de un fármaco biológico y el control sobre cualquier cambio en su proceso de fabricación por parte de las autoridades sanitarias sea muy estricto y riguroso.

Los primeros fármacos biológicos conocidos fueron la insulina, la hormona del crecimiento o la eritropoyetina. En el caso de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), los primeros fármacos biológicos utilizados fueron los agentes anti-TNF (infliximab, adalimumab, certolizumab y golimumab). Se trata de moléculas de tamaño todavía mucho mayor al de la insulina o eritropoyetina y, por tanto, sometidas a mayores medidas de control.



¿Qué son los biosimilares?

Una vez vence la patente de un fármaco (biológico o convencional) se abre la posibilidad para que otras compañías farmacéuticas desarrollen “copias” de éste.

En el caso de los medicamentos convencionales, estas copias son los fármacos genéricos, que son copias idénticas de los originales y su desarrollo no ofrece problema alguno (fundamentalmente debido a la simplicidad de su estructura molecular y por qué su fabricación se basa en reacciones químicas bien establecidas), su regulación por las autoridades sanitarias es simple y su lanzamiento y aprobación suele ser poco costosa económicamente ya que no precisa de estudios de eficacia ni seguridad.

Sin embargo, este no es el caso de los fármacos biológicos. De los fármacos biológicos (a los que se denomina originales o innovadores o de referencia, cuando ya existen “copias” de ellos en el mercado) se conoce cuál es su estructura básica (la secuencia de aminoácidos), pero todo el proceso de producción (tipo de células o microorganismos que los producen, condiciones –tipo de cultivo, temperatura, tiempo de producción), sigue siendo secreto industrial.

Es decir, cuando vence la patente, se sabe cómo es la estructura básica de su molécula, pero no sus características físico-químicas y biológicas ni tampoco ningún detalle de su proceso de producción. Esto implica que para desarrollar “copias” de los fármacos biológicos la inversión e investigación sea mucho mayor para que el producto final sea tanto en su estructura como en sus efectos sobre nuestro organismo comparable o similar aunque jamás será idéntico al fármaco biológico original (denominadas por ello biosimilares).

Por tanto, es importante dejar claro que “biosimilar” no es igual a “genérico”. Al no tratarse de lo mismo, la regulación para su aprobación y uso por parte de las autoridades sanitarias es mucho más estricto.

Es importante destacar que para que un fármaco (biológico o convencional) pueda utilizarse en Medicina debe demostrar su eficacia y su seguridad para cada una de las enfermedades en las que pretende utilizarse, pero no hace falta conocer cuáles son los mecanismos sobre los que actúa en nuestro organismo. En el caso de los genéricos, no se requiere su aprobación para comercializarse una vez ha vencido la patente. En cambio, para los biosimilares es necesario demostrar que son equivalentes al biológico original en cuanto a efectos biológicos sobre nuestro organismo, en cuanto a características físico-químicas y, además, deben demostrar una eficacia similar en el tratamiento de al menos una de las enfermedades en las que existe aprobación para el uso del biológico original.

Por tanto, si un biológico se utiliza en la artritis reumatoidea, la psoriasis y la enfermedad de Crohn (para lo cuál ha debido demostrar su eficacia en cada una de ellas), su biosimilar debe demostrar equivalencia al original en al menos una de ellas para tener la aprobación de uso en todas. A esta aprobación del biosimilar para todas las indicaciones del original a partir de datos de eficacia en una sola de ellas es lo que se llama **extrapolación**.

La **extrapolación** ha sido motivo de desconfianza por parte de muchos gastroenterólogos, fundamentalmente por falta de conocimiento de la naturaleza y producción detallada de los biológicos y de la regulación para la aprobación de biosimilares.

Sin embargo, los estudios necesarios para demostrar la similitud físico-química y biológica de los biosimilares son suficientes para asumir que los efectos del biosimilar sobre los mecanismos de la enfermedad son los mismos que el original ya ha demostrado en los estudios pertinentes para su aprobación.

En el caso de la EII, únicamente se ha aprobado el biosimilar de dos de los cinco fármacos biológicos disponibles para su tratamiento: infliximab en 2015 (en Europa, Asia, Estados Unidos y Canadá) y adalimumab en 2016 (Estados Unidos).

¿Pueden cambiar mi tratamiento de un biológico a su biosimilar?

El médico tiene la potestad de cambiar un biológico original por su biosimilar si, por la razón que sea, lo crea indicado. Esto viene justificado por el hecho de que desde el momento en que un fármaco biosimilar es aprobado por las autoridades sanitarias, debe entenderse que su eficacia y seguridad son las mismas que las del biológico original.

Sin embargo, en algunos países y por razones meramente económicas, la aprobación de un biosimilar se sigue de la obligatoriedad de sustituir automáticamente (sin que necesariamente el médico participe de esta decisión) los biológicos originales por sus biosimilares.

Esto puede generar ciertos temores ya que la seguridad y eficacia de tal cambio no es preciso demostrarlas para la aprobación del biosimilar. Sin embargo, los estudios necesarios para demostrar la similitud físico-química y biológica de los biosimilares son suficientes para asumir que tal cambio no debería producir alteración alguna en nuestro organismo.



¿Cuáles son las ventajas potenciales de disponer de biosimilares?

El coste económico de los fármacos biológicos es tremendamente elevado debido tanto a su proceso de producción como a la inversión que requieren para su desarrollo y aprobación iniciales. Este hecho justifica que, a pesar de su elevada eficacia, sean fármacos que no se utilizan de inicio en el tratamiento de estas enfermedades, sino que se restrinja su uso a solo aquellos pacientes más graves o sin respuesta a los tratamientos convencionales, como en el caso de la EII.

Es lógico deducir, por tanto, que la principal ventaja de disponer de biosimilares es la reducción de su precio. Se estima que la salida de un biosimilar reduce al menos un 25-30% el precio de mercado del biológico original. Esto se debe fundamentalmente a que la competencia de varias marcas por un mismo mercado obliga a reducir ganancias.

Por otra parte, al ser su coste económico inferior, su aparición suele seguirse de un incremento en su uso.

¿Cuáles son los riesgos potenciales de los biosimilares?

Como ya se ha dicho, originales y biosimilares no son idénticos. Por tanto, no puede descartarse una ínfima posibilidad que esas mínimas diferencias (de haberlas) puedan reflejarse en algunos aspectos desconocidos o poco entendidos del biológico original o incluso puedan facilitar “reacciones cruzadas” si se cambia de uno a otro.

En este sentido, la extrapolación de indicaciones ha facilitado estos temores por parte de ciertos médicos. Sin embargo, existe ya una dilatada experiencia al respecto con otros fármacos biológicos como las insulinas, el factor estimulador de colonias o ciertos factores de la coagulación sin que se haya disparado ninguna alarma.

En el caso de la EII, se dispone de cierta experiencia en determinados países europeos con el biosimilar de infliximab en los últimos 3 años, sin que se hayan detectado motivos para la preocupación.

Por último, debe tenerse presente que cualquier fármaco biológico o biosimilar puede presentar cambios en su estructura debido a cambios en su producción. De hecho, estos cambios han sido comunes en los fármacos biológicos disponibles para la EII.

Cada vez que se produce un cambio en la producción de un biológico, debe demostrarse a las autoridades sanitarias que no tiene trascendencia alguna en las características físico-químico-biológicas de la molécula y, por tanto, en su eficacia y seguridad. Las normas reguladoras de los biosimilares no obligan a la comparación periódica entre el original y su biosimilar una vez éste ya se ha aprobado; esto podría permitir cierta “divergencia” de ambas moléculas si se van produciendo cambios en su producción, si bien ésta posibilidad es concebida como improbable por expertos en la materia.



Agentes Biológicos: consejos prácticos.

DR. FABIANA MIELE

Médico Gastroenterólogo
Clínica Pasteur
Coordinadora del Equipo
Interdisciplinario EII Fundeccu Argentina
Neuquén, Argentina.

INTRODUCCION:

Nuestros colegas españoles nos ilustraron en forma completa con toda su experiencia sobre este tema de tanto interés. Intentaremos brindar algunos consejos prácticos para el día a día de cada uno de ustedes. Consejos, tips y novedades.



PRESENTACIONES - hasta la fecha de lanzamiento de esta obra.

VIA ENDOVENOSA

- **INFLIXIMAB (Remicade®)**
Frasco ampolla de 100 mg
- **Biosimilar de Infliximab REMSIMA®**
Frasco ampolla de 100 mg
- **VEDOLIZUMAB (Entyvio®)**
Vial de 300 mg
- **USTEKINUMAB (Stelara®)**
Inducción: Endovenosa

VIA SUBCUTANEA

- **ADALIMUMAB (Humira®)**
Lapicera (pen)
- **Biosimilar de Adalimumab Amgevita®**
Jeringa prellenada
- **GOLIMUMAB (Simponi®)**
Lapicera (pen)
- **CERTOLIZUMAB (Cimzia®)**
Jeringa Prellenada.
- **USTEKINUMAB (Stelara®)**
Mantenimiento: Subcutáneo

- Las dosis e intervalos de aplicación varían entre cada fármaco, pero todos estos agentes tienen una etapa de INDUCCION y una de MANTENIMIENTO. La inducción implica utilizar dosis de ataque o de carga, en donde se dará con más frecuencia por un tiempo variable entre cada fármaco. Luego se da paso a la dosis de mantenimiento.
- Todos necesitan cadena de frío por lo que acercamos algunas recomendaciones y consejos para su manipulación.

CONSERVACIÓN.

- Todos los agentes biológicos necesitan cadena de frío, garantizándose una temperatura ente 2-8° centígrados, pero no deben ser congelados.
- Reservar un espacio en la parte general de la heladera, recomendándose dentro de un recipiente de telgopor con geles conservantes de frío para protección ante eventuales cortes de luz.
- Si te ausentas por varios días de tu hogar, es recomendable que lleves tus medicamentos a la casa de algún familiar o amigo que pueda ser responsable de los mismos, de ese modo quedarán protegidos de los cortes de luz.
- Si se corta la luz en tu hogar, colócalos en una heladera portátil con hielo y/o geles.



Las heladeras portátiles permiten que traslades tu medicación en viajes.



Cortes de luz: saber que hacer.

Ausentarse de hogar implica tener en cuenta que si hay cortes de luz no nos podremos enterar, por eso debes buscar amigos, vecinos o familiares que pueden cuidar de tu medicación.



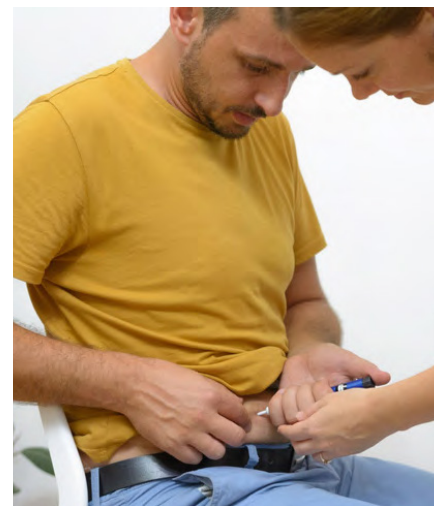
APLICACION SUBCUTANEA O AUTOAPLICACION.

- Los agentes biológicos de aplicación subcutánea tienen dos tipos de presentaciones: jeringas pre-llenadas y lapiceras (pen).



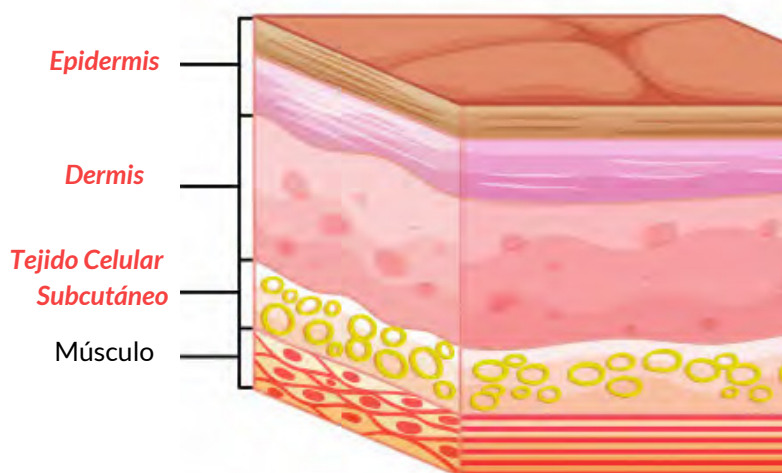
- El primer paso es mirar la fecha de vencimiento y no usar si estuvo expuesto al sol.
- Luego observar las características del líquido que debe ser transparente o ligeramente amarillento.
- Si estás congelado deberás dejarlo a temperatura ambiente unos minutos hasta que sea líquido.
- Lavar las manos antes de aplicar, no hacen falta guantes.
- Limpiar con alcohol la zona elegida.
- Las lapiceras (pen) son dispositivos medianamente grandes y gruesos de manera intencional. Esto es debido a que también son utilizados para enfermedades reumatológicas como la artritis reumatoidea, y de esta manera se favorece la manipulación cuando hay deformidades o dolor en manos en esas personas.

- Por este motivo, no tendrás dificultad para utilizarla y al disparar el dispositivo escucharás un sonido "CLIC", el cuál es ligeramente fuerte, para brindar ayuda a personas que no ven o escuchan bien.
- En ningún momento verás la aguja, pero sí verás un pequeño visor para ver el contenido.
- El enfermero del equipo EII y/o tu médico te darán un adiestramiento en la etapa de inducción para que aprendas como aplicar.
- Las jeringas prellenadas son pequeñas y tienen la diferencia de que la aplicación activa, es decir que la persona inyecta. Para tranquilidad de ustedes debemos aclarar que a cantidad de líquido a inyectar es muy escasa, entre 0,4 a 2 ml según el tipo de agente biológico.



¿QUE SIGNIFICA APLICACION SUBCUTANEA?

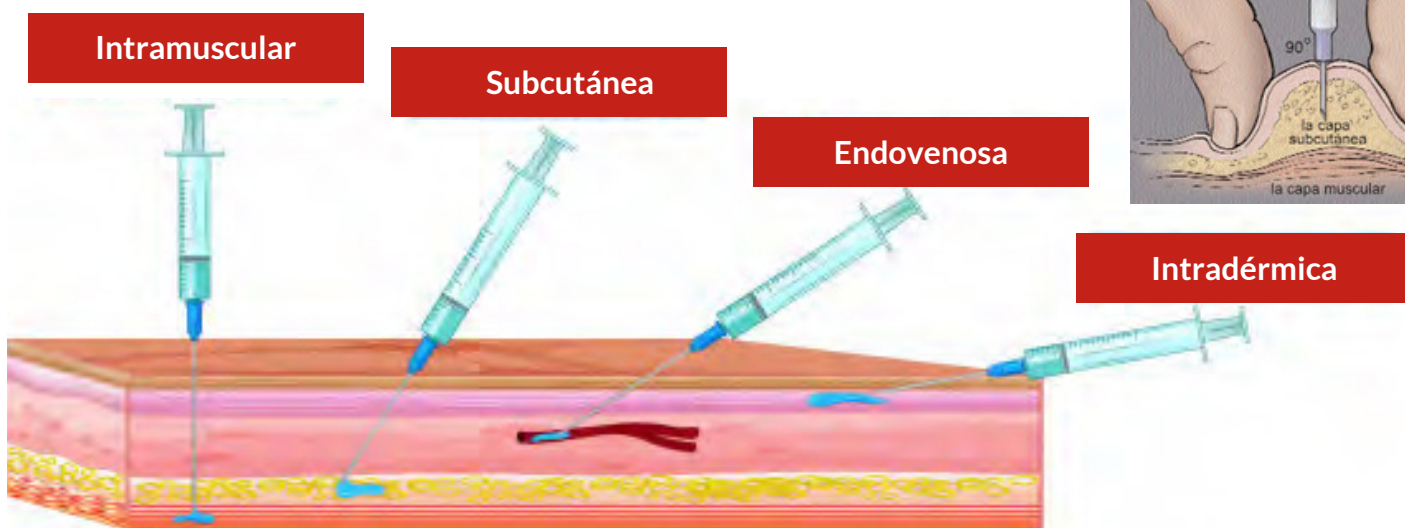
- La piel es un órgano que tiene varias capas:
 - Epidermis: la más externa.
 - Dermis: capa intermedia
 - Hipodermis o Tejido Celular Subcutáneo: grasa.



TIPOS DE APLICACIONES O DE INYECCIONES.

- Las inyecciones se clasifican según el lugar en donde se desee introducir un medicamento, es decir, dependiendo en que capa de la piel se aplica.
- Para que esto ocurra existen técnica de aplicación y agujas diferentes.

Al momento de la autoaplicación realizar un pellizco ayuda a la misma.



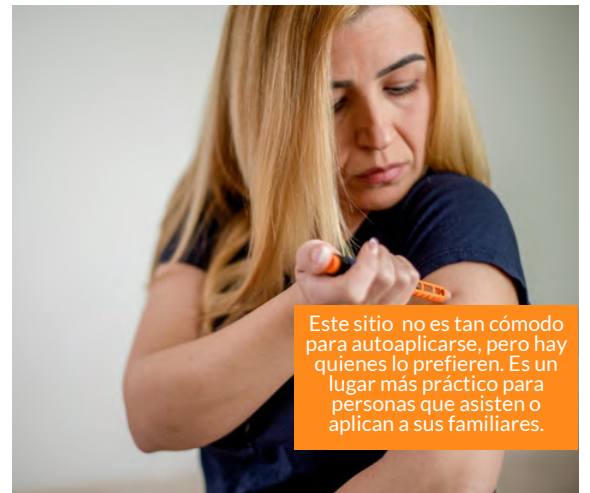
- **INTRAMUSCULAR:** Utiliza agujas intramusculares y deposita el medicamento en el músculo.
- **SUBCUTANEA:** Utiliza agujas subcutáneas y deposita el medicamento el tejido celular subcutáneo o grasa.
- **ENDOVENOSA:** Utiliza agujas endovenosas y deposita el medicamento directamente en una vena.
- **INTRADERMICA:** Utiliza agujas intradérmicas y deposita el medicamento en la epidermis. Muy usada en vacunas y el PPD o intradermoreacción de Mantoux que se comentó en el capítulo de Checklist.



Puedes llevar tu kit donde vayas.

Ventajas de la Auto-aplicación:

- Las presentaciones subcutáneas tienen la ventaja de poder aplicarse de manera sencilla en cualquier lugar donde vayas.
- No ocasionan dolor. Durante su aplicación, gran parte de las personas no advierten cuando el medicamento ingresó y algunos pocos sienten un ligero ardor.
- Te permiten realizar todas tus actividades sin problemas.
- Desventaja: el cumplimiento depende de ti.

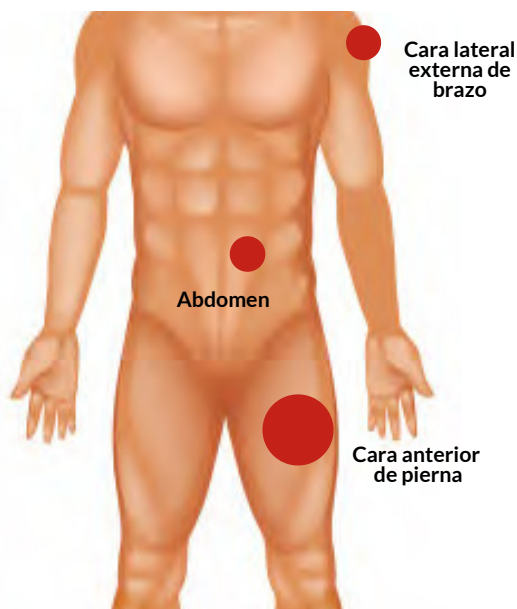


Este sitio no es tan cómodo para autoaplicarse, pero hay quienes lo prefieren. Es un lugar más práctico para personas que asisten o aplican a sus familiares.

SITIOS DE APLICACION SUBCUTANEA O AUTOAPLICACION.

Puedes aplicar en:

- cara anterior del muslo, abdomen: más cómodo para autoinyectarse
- cara lateral del brazo: más cómodo para que otra persona nos aplique.



Ya me apliqué ¿Y ahora?

- Pocas veces te dirán que hacer con estos materiales y ya usados.
- Son residuos patológicos y deben procesarse como tales.
- Una vez aplicada sea la presentación que fuere, de debe descartar en una bolsa roja y llevar a tu centro asistencial para que sea procesada con los residuos patológicos.
- Consulta a tu equipo EII y te dirán como proceder.

Algunos laboratorios cuentan con videos instructivos para pacientes muy interesantes respecto de la aplicación y manipulación de sus productos. Consulta a tu equipo EII.



ADMINISTRACION ENDOVENOSA:

- Las presentaciones endovenosas se realizan en un centro asistencial preparado para las mismas, por medio de internaciones cortas.
- Las infusiones demoran poco tiempo y varían según la molécula, por ejemplo el vedolizumab demora 30 minutos y el infliximab entre 4-6 hs .
- Requiere de enfermería entrenada en la manipulación, administración, monitoreo y manejo de posibles complicaciones.



MITOS Y VERDADES EN RELACION A LA INFUSION.

MITO 1: LOS AGENTES BIOLÓGICOS SON TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS.

- Muchas veces se piensa que esos tratamientos son oncológicos y **NO LO SON**.

MITO 2: CUALQUIER CENTRO DE ONCOLOGIA PUEDE Y SABE INFUNDIR AGENTES BIOLÓGICOS.

- Habitualmente, se da por entendido que porque los enfermeros que infunden medicación oncológica conocen procesos de fármacos de alta complejidad, están capacitados para infundir agentes biológicos y **NO ES ASI EN TODOS LOS CASOS**.
- Los Agentes Biológicos necesitan de personal capacitado en la manipulación, infusión, monitoreo y manejo de complicaciones de **AGENTES BIOLÓGICOS**.
- Los enfermeros de los centros oncológicos son calificados en uso de medicamentos de alta complejidad, pero debemos asegurar su capacitación en Agentes biológicos.
- Los centros oncológicos son sitios con alta complejidad tecnológica que seguramente tienen la infraestructura adecuada para infundir agentes biológicos, pero el recurso humano para estos medicamentos debe ser confirmado.
- La infusión de agentes biológicos podrá ser realizada por enfermos de unidades de infusión de oncología, pero deben capacitarse en estos fármacos de manera específica.

RECOMENDACION:

Que tu equipo EII confirme y asegure los sitios en donde es seguro y confiable infundirse. Una incorrecta manipulación del agente biológico puede inactivarlo. Además, la infusión de agentes biológicos debe realizarse en un ambiente que cuente con requisitos técnicos de seguridad indispensables.

REALIDAD EN ARGENTINA

Las Obras Sociales y Prepagas autorizan las infusiones donde tienen convenios o coberturas y no necesariamente en donde hay experiencia y capacitación.

Consulta a tu equipo EII como proceder.

CENTROS DE INFUSION:

Cómo ya fue mencionado, pueden realizarse en Unidades Oncológicas con personal preparado.

Pero además, existen los Centros de Infusión específicos para agentes biológicos.

¿Cómo es la infusión?

- *Dependiendo del centro de infusión se realizará una internación breve ya sea en una habitación común con una cama o en sitios específicos con sillones de infusión.*
- *El enfermero colocará una vía endovenosa (cómo cuando se administra suero).*
- *Luego aplicará por esta vía los medicamentos que según los protocolos de infusión, se necesitan como uso previo al agente biológico, a ésto se le llama premedicación.*
- *La administración se realiza por medio de una bomba de infusión, como se muestra en la imagen a la derecha de este texto.*
- *Esta bomba, permite predeterminar en forma exacta la velocidad de infusión pretendida, es decir las gotas por minutos que se desea administrar y el tiempo total de la infusión.*



La administración endovenosa no duele.



Sillones o cama para infusión, dependerá del centro.

- *Dependiendo del centro de infusión, se podrá contar con un sector preparado con sillones de infusión o se realizará una internación en una cama habitual.*
- *La infusión no es dolorosa.*
- *En las infusiones de 4-6 hs de duración, es aconsejable que prepares un libro o una actividad para pasar el tiempo, aunque la mayoría, pero no todos los sitios, ofrecen televisión para pasar el rato.*
- *Luego de la administración te podrás ir a tu casa con las oportunas recomendaciones y hacer tu vida normalmente.*

Probióticos y prebióticos en EII.

DR. IRANZO GONZÁLEZ-CRUZ
DR. JOAQUÍN HINOJOSA DEL VAL

Unidad de Enfermedad Inflamatoria
Intestinal.
Hospital de Manises
Valencia. España

INTRODUCCION:

En la actualidad existe un interés médico emergente sobre el papel de los probióticos y prebióticos en la modulación de la flora intestinal, y sus efectos beneficiosos sobre la salud.

La superficie de la luz intestinal acumula más de 100 trillones de microorganismos. El intestino humano es, por tanto, un verdadero ecosistema, esencial para la absorción eficiente de nutrientes y para el desarrollo y regulación del sistema inmunológico.

Se ha detectado que alteraciones en la microbiota intestinal pueden contribuir en la patogénesis de diferentes enfermedades inflamatorias y autoinmunes, como pueden ser la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU).

La etiología exacta de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye a la EC y la CU, es desconocida. Se postula que es el resultado de una compleja interacción de factores, entre los que destacan la genética, el ambiente y la microbiota intestinal. Diferentes estudios describen una disminución en la diversidad de las bacterias en la microbiota intestinal de estos pacientes, incluyendo aumento de las especies proinflamatorias y reducción de las antiinflamatorias como *Faecalibacterium prausnitzii*.

La modificación de la flora supone un interesante objetivo terapéutico, sin embargo todavía existen muchas limitaciones y dudas sobre ello. Se precisan de más estudios en el futuro, que traten de clarificar su función terapéutica exacta.



¿Qué es un probiótico?

El término probiótico hace referencia a un preparado o a un producto, que contiene cepas de microorganismos viables en cantidad suficiente como para alterar la microflora y producir efectos beneficiosos en dicho huésped. La definición incluye bien productos que contienen microorganismos (por ejemplo, **leches fermentadas**) o un preparado de microorganismos (por ejemplo, **comprimidos o polvos**).

La organización mundial de la salud (OMS) propone una definición más simple y se refiere a microorganismos vivos que cuando son administrados en cantidad adecuada confieren un efecto beneficioso sobre la salud del huésped.

Se conocen al menos cuatro mecanismo de acción:

1. Proporcionan una barrera física que aumenta la función inmune gastrointestinal.
2. Modulan la respuesta inmune local a través de la producción de inmunoglobulinas.
3. Ejercen de antagonista de los patógenos, neutralizándolos,
4. Producen sustancias como enzimas y metabolitos que estimulan la respuesta inmune.

Aunque las especies de *Lactobacillus* y *Bifidobacterium* son las usadas más frecuentemente como probióticos, otros como la levadura *Saccharomyces cerevisiae* y algunas especies de *E. coli* y *Bacillus* se utilizan también.

El probiótico multicepa **VSL#3** contiene

- cuatro cepas de lactobacilos (*Lactobacillus acidophilus*, *casei*, *delbrueckii* y *plantarum*),
- tres cepas de bifidobacterias (*Bifidobacterium longum*, *infantis* y *breve*)
- *Streptococcus salivarius* subespecie *thermophilus*.

El VSL#3 es el probiótico más evaluado en los estudios y por tanto del que mas evidencia científica existe.

¿Qué es un prebiótico?

Los **prebióticos** son ingredientes de los alimentos no digeribles por enzimas humanas, consistentes en polisacáridos y oligosacáridos, que nutren a grupos seleccionados de microorganismos que habitan en el intestino. En otras palabras es el alimento del probiótico.

Modulan la flora intestinal aumentando el número de bacterias anaerobias beneficiosas y disminuyendo la población de microorganismos potencialmente patógenos.

A diferencia de los probióticos, la mayoría son utilizados como ingredientes de alimentos: en galletas, cereales, chocolates y productos lácteos.

Los prebióticos más conocidos son:

- la oligofruktosa.
- la inulina.
- los galacto-oligosacáridos.
- la lactulosa.
- los oligosacáridos de la leche materna.



La **oligofruktosa prebiótica** se encuentra naturalmente en muchos alimentos tales como *trigo*, *cebollas*, *bananas*, *miel*, *ajo* y *puerro*. Su fermentación en el colon da lugar a una serie de efectos fisiológicos entre los que se incluyen:

- Aumento del número de bífidobacterias en el colon.
- Aumento de la absorción de calcio.
- Aumento del peso fecal.
- Disminución del tiempo del tránsito gastrointestinal.

El aumento de bífidobacterias colónicas beneficia a la salud humana al producir compuestos que inhiben los posibles patógenos, reduciendo los niveles sanguíneos de amonio, y produciendo vitaminas y enzimas digestivas.

La aplicación clínica del uso de probióticos y prebióticos en la EII es de mayor evidencia científica en la CU que en la EC. Esto es así debido al numero escaso de ensayos clínicos con probióticos en la EC.



¿Cuál es el papel de los probióticos en la CU?

Diferentes probióticos (VSL#3, lactobacillus y bifidobacterium) han demostrado ser eficaces en la inducción y en el mantenimiento de la remisión de la colitis ulcerosa de leve a moderada, en comparación con placebo y mesalazina.

Sin embargo la mayor evidencia científica sobre el uso de los probióticos en la CU, es en el tratamiento y prevención de la recurrencia en pacientes intervenidos y portadores de reservorio ileoanal. Los estudios demuestran la utilidad de los probióticos para impedir una crisis inicial de inflamación del reservorio (reservoritis) utilizando VSL#3, así como para evitar recidivas futuras tras la inducción de la remisión con antibióticos.

A la vista de estos resultados se puede recomendar el uso de probióticos a pacientes con:

- CU activa leve a moderada.
- Reservoiritis (pouchitis) con actividad leve.
- Como terapia de mantenimiento para aquellos que estén en remisión tras brote de CU o reservoiritis.

¿Cuál es el papel de los Probióticos en la EC?

Los escasos ensayos con probióticos en la EC, con el objetivo de mantener la remisión (con varias cepas como lactobacillus, VSL#3, eschericha coli, saccharomyces boulardii) han mostrado resultados discordantes.

No obstante, en general en la EII y en particular en la EC, son muy pocos los estudios realizados con un número suficiente de pacientes controlados y doble ciego para poder extraer conclusiones válidas.

De hecho la reciente revisión sistemática Cochrane concluyó que no existe suficiente evidencia que sugiera que los probióticos sean beneficiosos para la inducción ni mantenimiento de la remisión, ni tampoco para evitar la recurrencia postquirúrgica de la EC (12).



¿Cuál es el papel de los Probióticos en la EC?

Los escasos ensayos con probióticos en la EC, con el objetivo de mantener la remisión (con varias cepas como lactobacillus, VSL#3, eschericha coli, saccharomyces boulardii) han mostrado resultados discordantes.

No obstante, en general en la EII y en particular en la EC, son muy pocos los estudios realizados con un número suficiente de pacientes controlados y doble ciego para poder extraer conclusiones válidas.

De hecho la reciente revisión sistemática Cochrane concluyó que no existe suficiente evidencia que sugiera que los probióticos sean beneficiosos para la inducción ni mantenimiento de la remisión, ni tampoco para evitar la recurrencia postquirúrgica de la EC.

Varios estudios han demostrado ganancias terapéuticas significativas al usar probióticos en pacientes con síndrome de intestino irritable (SII) en comparación con placebo. En los estudios publicados la reducción de la distensión abdominal y la flatulencia es un hallazgo constante. Por lo tanto, y dado que son frecuentes los síntomas funcionales en pacientes con EII, sería una buena opción como tratamiento coadyuvante.

Se precisa, además, en próximos estudios valorar qué cepas son las más eficaces y cómo los factores del huésped (como la carga genética de los pacientes) influyen en la respuesta terapéutica.

¿Cuál es el papel de los prebióticos en la EII?

Se ha sugerido el uso de **prebióticos** como tratamiento único o asociados a probióticos, en la EII por su efecto sobre el crecimiento de los lactobacilos y bifidobacterias endógenas. Favorecen la producción de ácidos grasos de cadena corta (en particular el butirato, que es un nutriente preferencial para los enterocitos) y además previenen la adherencia de bacterias patógenas.

Los prebióticos más estudiados son la inulina, el almidón resistente, los oligosacáridos como los fructo-oligosacáridos (FOS) y los galacto-oligosacáridos (GOS).

En la **CU** el uso de prebióticos, como la fibra inulina y las semillas de plantago ovata, podrían ser útiles en la reducción de la gravedad de la CU activa y en la prevención de brotes.

En la **reservoritis**, la inulina frente a placebo ha demostrado disminuir la gravedad de la CU activa tanto endoscópica como histológicamente.

En cualquier caso son todavía pocos estudios y no permiten extraer conclusiones relevantes.

Los prebióticos en la **EC**, al igual que con los probióticos, también la evidencia es menor, por lo que no se recomienda su uso de manera general.



CONCLUSIONES:

- Los probióticos y prebióticos, pueden ser eficaces en la inducción a la remisión en CU y reservoritis activa.
- También pueden ser tan efectivos como la mesalazina, en el mantenimiento de la recurrencia de la CU quiescente y en los pacientes portadores de reservorio ileoanal para evitar la reservoritis.
- Por el contrario, no hay beneficios asociados en la EC, en ninguna de sus fases.

No obstante, se precisan de más estudios en el futuro que caractericen mejor la microbiota intestinal, para poder llevar a cabo una modulación más específica mejorando así el estado de salud del paciente.

Trasplante de Materia Fecal.

DR. EDGARDO SMECUOL

Médico Gastroenterólogo-
Unidad de Intestino Delgado,
Hospital Bonorino Udaondo.
Investigador de la Carrera Investigación en Salud.
Buenos Aires, Argentina.

Introducción:

El intestino humano contiene miles de tipos de bacterias y se denomina microbiota y cumplen un papel muy importante en el funcionamiento intestinal.

Se considera actualmente que numerosas enfermedades podrían tener como una de sus causas a un desequilibrio de este ecosistema.

Esta alteración de la microbiota “normal” es identificada como “*disbiosis*”.

La materia fecal contiene a este “universo” de microorganismos por lo cual se ha considerado que la transferencia de heces de un individuo sano a uno enfermo podría determinar una “recolonización” del intestino afectado con bacterias que favorezcan el restablecimiento del equilibrio perdido.

Así surge el trasplante de microbiota fecal que a continuación denominaremos **TMF**.

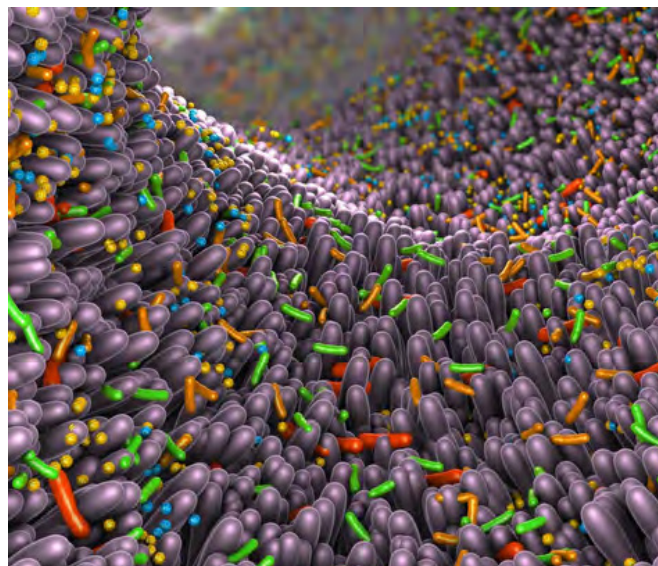
La mayor experiencia con este procedimiento ha sido en pacientes que presentaban una inflamación intestinal muy severa denominada colitis pseudomembranosa, ocasionada por un microorganismo infeccioso (*Clostridium difficile*) y que aparece ocasionalmente con el uso de antibióticos. Los beneficios reportados en estos casos han llevado a intentar el tratamiento de otras situaciones tales como las enfermedades inflamatorias intestinales.

Historia del TMF.

El TFM no es un procedimiento nuevo. Ya en el siglo IV se describió durante la dinastía china Dong-jin, cuando el médico Ge Hong describió la administración oral de materia fecal para tratar diarreas severas o intoxicaciones alimentarias. Existe también información de su utilización por

veterinario del siglo XVII, Fabricius Aquapendente, que llamaba a este tipo de terapia como “transfaunación”, utilizándola en el tratamiento de afecciones digestivas en rumiantes.

Recién en 1958 aparece la publicación de un cirujano estadounidense, Ben Eiseman quien trató con materia fecal a cuatro pacientes que padecían la mencionada colitis pseudomembranosa. Este procedimiento permaneció olvidado hasta 1983, momento a entonces, a partir del cual su uso hizo cada vez más frecuente. Entre las razones del interés actual podrían mencionarse el mayor conocimiento de la microflora intestinal, la epidemia sufrida en los Estados Unidos de las infecciones por *Clostridium difficile* que ha llevado a la búsqueda de nuevos tratamientos y la repercusión favorable en los medios periodísticos de este procedimiento, hecho no sorprendente dado que esta herramienta terapéutica tiene bajos costos, su administración es relativamente sencilla y es percibida como un tratamiento “natural” por los pacientes.



¿Qué enfermedades podrían ser tratadas con TFM?

Hasta el momento, se acepta que el TFM puede ser utilizado en pacientes con infección intestinal provocada por *Clostridium difficile*, bacteria que puede desarrollarse en individuos que han tomado antibióticos.

Estos medicamentos pueden determinar ocasionalmente un desequilibrio de la microbiota que facilita el crecimiento de la mencionada bacteria con la consiguiente inflamación del intestino.

El tratamiento de esta infección requiere el uso de antibióticos que no siempre controlan la situación. Más aún, luego de una mejoría inicial, la infección suele recaer, en cuyo caso el TFM ha sido propuesto como una herramienta terapéutica eficaz.

Los estudios realizados en pacientes que padecen otros trastornos tales como enfermedades inflamatorias intestinales, colon irritable, disturbios metabólicos (obesidad, diabetes) y otras patologías no han sido tan concluyentes como los obtenidos en la mencionada colitis pseudomembranosa debiendo desterrarse una cierta idea como que el “TMF lo cura todo...”, muchas veces a partir de informaciones periodísticas.

¿Qué resultados ha dado en las enfermedades inflamatorias intestinales?

Desde principios del siglo XX, diferentes investigaciones han reconocido que las bacterias intestinales podrían jugar un papel significativo en la inflamación del colon. Más de 100 años después, nos encontramos en un punto en el cual se comienza a comprender la posible base infecciosa de las enfermedades inflamatorias intestinales (EII). Así, se ha demostrado por tecnologías de avanzada, importantes diferencias en la composición y función de la microbiota intestinal de pacientes con EII e individuos sanos.

En este sentido, puede mencionarse que se ha identificado en pacientes con Enfermedad de Crohn una disminución de bacterias “protectoras” que poseen notables propiedades antiinflamatorias. Así, el TFM podría ofrecer la posibilidad de modificar esta “disbiosis” que afecta a pacientes con EII.

Las primeras informaciones sobre tratamiento con enemas de materia fecal en colitis ulcerosa y Enfermedad de Crohn han reportado efectos beneficiosos en la mejoría de síntomas y mantenimiento de la remisión. Estos estudios se han multiplicado en los últimos años, incluyendo poblaciones de niños y adultos, con resultado aparentemente favorables. Sin embargo, debe mencionarse que el correcto análisis de los mismos no es sencillo por la falta de “uniformidad” de los distintos estudios que, además, no cuentan con los resultados de este tratamiento en una población “sana” que permitan comparar sus efectos. Así, una revisión de numerosas publicaciones recientes incluyendo a 122 pacientes informó resultados beneficiosos con una aparente mayor efectividad en Enfermedad de Crohn (cerca del 40% de los casos) respecto a colitis ulcerosa (alrededor de un 22% de los pacientes). La mencionada revisión no encontró efectos adversos significativos más allá de escalofríos y síntomas gastrointestinales tales como distensión y molestias abdominales, vómitos y diarrea. Sin embargo, debe mencionarse que algunas investigaciones dan cuenta de casos en los cuales estas enfermedades inflamatorias se han agravado luego del TFM.



¿Quién puede ser donante?

En la mayoría de los estudios, el donante es un pariente cercano, aunque cualquier persona puede serlo en tanto supere requisitos similares a los exigidos para un donante de sangre (resultados negativos en sangre para sífilis, hepatitis, SIDA, entre otras enfermedades infecciosas). También deben demostrar no presentar enfermedades que puedan ser transmisibles por materia fecal (parásitos, virus y otros microorganismos).

Algunos de los criterios que excluyen a un individuo como donantes son los siguientes:

- Tratamiento antibiótico durante los 3 meses previos.
- Antecedentes de enfermedades gastrointestinales.
- Antecedentes de trastornos alérgicos, neurológicos, metabólicos (obesidad ó desnutrición) u oncológicos.

¿Cómo se prepara la muestra para el TFM?

La materia fecal a transferir debe ser diluida y convertida en un fluido homogéneo. En tanto la dilución puede realizarse en agua, leche o, mejor aún, en soluciones salinas estériles, el proceso de homogenización suele efectuarse manualmente o con una “batidora”. También se ha propuesto el centrifugado de la muestra para su inclusión en cápsulas de gelatina para su administración por vía oral.

¿Cómo se hace un trasplante de microbiota fecal?

Las heces del donante pueden depositarse en el tramo superior del tubo digestivo ó bien en el inferior, no existiendo hasta el momento un acuerdo sobre la mejor vía de administración.

En el caso del tracto superior, se puede utilizar una sonda que se introduce por la nariz y alcanza el estómago (naso-gástrica) ó el intestino (naso-entérica), procedimientos que suelen ser mal tolerados por los pacientes, además de exigir el uso de radiografías para confirmar la correcta posición de la sonda. También el material puede ser administrado más fácilmente en cápsulas por vía oral.

En el caso del tubo digestivo inferior, se puede realizar mediante enemas o con un colonoscopio. En cuanto a las enemas, se trata de un método de bajo costo, con mínimos riesgos pero molestos para algunos pacientes a quienes les cuesta retener el líquido. Los procedimientos endoscópicos son bien tolerados y permiten, además, la visión del intestino afectado. Sin embargo, se trata de una metodología más costosa y de mayor riesgo al tratarse de una procedimiento invasivo.

TMF en la “vida real”.

Los tratamientos de las diferentes enfermedades tienen un marco regulatorio otorgado por autoridades sanitarias como son la Food and Drug Administration (FDA) en los Estados Unidos o la Agencia Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) en Argentina.

Sin embargo, los TMF significan un reto para estos organismos quienes han resuelto regular este tratamiento como una droga experimental. De este modo, debe quedar en claro que el TFM se encuentra hasta el momento en una fase de experimentación, por lo cual debe realizarse en un marco de absoluto control y con autorización de la autoridad sanitaria (ANMAT), en una institución reconocida, con un protocolo aceptado por un tribunal de Ética. Su aceptación por parte del paciente requiere también la firma de un “consentimiento”, debiendo aclararse los riesgos y potenciales efectos indeseables así como los resultados aún contradictorios de los estudios que han tenido lugar hasta el momento.

INTRODUCCION:

Los antibióticos (ATB) son medicamentos con acción antibacteriana útiles en el tratamiento de las infecciones causadas por estos microorganismos (bacterias).

En consecuencia, son fármacos ampliamente utilizados en la Medicina moderna. No todos los ATB son iguales. Podemos diferenciar diversos grupos atendiendo a su estructura química y, lo que es más importante, al tipo de bacterias contra las que son efectivos.

En el contexto de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) – colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn – podemos distinguir diversos escenarios clínicos en los que se puede plantear el uso de ATB, o en los que el empleo de los mismos puede suscitar dudas.

Me han diagnosticado una infección no relacionada con mi EII, ¿algún ATB está contraindicado por mi enfermedad?

Como cualquier persona, los pacientes con EII están expuestos a padecer infecciones (neumonías, flemones dentarios, infecciones urinarias, etc., etc.). El hecho de padecer colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn **no contraindica, a priori, el uso de ATB, que pueden – y deben – administrarse con los mismos criterios que en cualquier otro enfermo.**

En los procesos infecciosos consecuencia de complicaciones locales de la EII. ¿Son útiles los ATB? ¿Cuáles son los más indicados?

Una proporción de pacientes con enfermedad de Crohn pueden desarrollar fístulas entre las asas del intestino que se pueden acompañar de abscesos (coleciones de pus) dentro del abdomen.



Como regla general, al igual que si de un forúnculo de la piel se tratase, estos abscesos deben ser drenados (vacíados) ya sea mediante una intervención quirúrgica o por punción a través de la piel (si son accesibles).

Sin embargo, el uso de antibióticos (generalmente por vía intravenosa) en estas situaciones es también obligado con objeto de controlar la infección. Además, algunos estudios en grupos amplios de pacientes con abscesos abdominales sugieren que, si absceso es de pequeño tamaño (usualmente menor de 3 cm de diámetro), el tratamiento antibiótico puede, por sí solo, llegar a resolver el problema, sin necesidad de drenaje.

Otra situación con un componente infeccioso, frecuente en los pacientes con enfermedad de Crohn, es la denominada enfermedad perianal, que llega a afectar a una tercera parte de los pacientes en el curso de su evolución. Ésta consiste en la aparición de fístulas y/o abscesos, a menudo complejos, alrededor del ano y el periné, que cursan con dolor y/o supuración crónica que condicionan muy negativamente la calidad de vida del paciente. Durante años no se dispuso de ningún tratamiento eficaz para esta complicación, más allá del abordaje quirúrgico (y aún con resultados relativamente pobres). Algunos antibióticos (metronidazol, más tarde ciprofloxacino), mostraron a partir de la década de 1980, cierta eficacia en disminuir el drenaje

por las fístulas de la enfermedad de Crohn perianal. Hoy en día, disponemos de tratamientos más eficaces, como los agentes biológicos y los inmunosupresores (de los que se habla en otro lugar de este libro), ya solos o en combinación con alguna técnica quirúrgica (drenaje de abscesos, colocación de “sedales” en fístulas, puesta plano de las mismas, etc.). Sin embargo, diversos estudios clínicos, indican que el uso de metronidazol o ciprofloxacina puede incrementar la eficacia de los tratamientos biológicos, de tal manera que un consenso de expertos, recientemente publicado, indica el uso de estos ATB en la EC perianal, únicamente como adyuvantes de otros tratamientos más efectivos.

¿Tienen algún papel los ATB como tratamiento primario de la inflamación intestinal, en la EII?

La búsqueda, hasta ahora infructuosa, de un agente infeccioso como causa, tanto de la EII, ha sido una constante desde hace muchos años. A pesar de ello, la hipótesis causal de estas enfermedades considerada, hoy en día, como más plausible propone que la inflamación intestinal sería la consecuencia de una respuesta exagerada y sostenida del sistema inmune del intestino frente a las bacterias del intestino, que normalmente se encuentran ahí y son toleradas, las cuales serían erróneamente reconocidas como potencialmente peligrosas (patógenas).

Esta respuesta aberrante ocurriría en pacientes predispuestos genéticamente (ya se han descrito más de 100 genes posiblemente involucrados) como reacción a algún factor ambiental que no conocemos. Además, se han descrito cambios en la composición de las bacterias intestinales (lo que se denomina “disbiosis”), con disminución de algunas especies bacterianas, a favor de otras con potencial patógeno, así como una reducción de la biodiversidad bacteriana intestinal.



Si las bacterias intestinales parecen estar en el centro de los mecanismos causales de la EII, es absolutamente lógico pensar que los ATB puedan tener un papel importante en el control de la inflamación intestinal propia de la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn. Desgraciadamente, en Medicina las cosas no suelen ser tan sencillas.

Rol del ATB en Colitis Ulcerosa:

Existen diversos estudios, realizados durante los años ochenta y noventa del siglo pasado, que evaluaron la utilidad de añadir diversas combinaciones de ATB al tratamiento convencional con cortisona en la colitis ulcerosa activa. En algunos de ellos, no en todos, el uso de ATB por vía oral pareció incrementar ligeramente el número de pacientes que alcanzaban la remisión clínica, respecto a los que recibieron cortisona sola. Cuando ocurrió, este efecto sólo se observó en pacientes con brotes leves o moderados de colitis, no en aquellos con brotes graves (no aún administrando los ATB por vía intravenosa).





Más recientemente, un grupo de investigadores japoneses han ensayado un cóctel de ATB por vía oral (amoxicilina + metronidazol + tetraciclina) en CU leve-moderada, o en formas córticorresistentes o córticodependientes con resultados esperanzadores pero que no han sido reproducidos por otros investigadores.

En consecuencia, pues, el uso de ATB como tratamiento primario de la colitis ulcerosa debe considerarse, a día de hoy, controversial en el mejor de los casos.

Rol del ATB en Enfermedad de Crohn:

Diferentes estudios han comparado el uso de diversos ATB con un placebo (un tratamiento inocuo sin efecto alguno) tanto para inducir la remisión en la EC activa, como para prevenir la recaída en pacientes inactivos. Los resultados de dichos estudios son heterogéneos, pero su análisis combinado (meta-análisis) sugiere que los ATB son sólo ligeramente superiores al placebo en estas situaciones. Más recientemente, un estudio con un antibiótico no absorbible (rifaximina) de liberación prolongada ha demostrado ser superior al placebo para inducir la remisión en enfermedad moderada.

En cualquier caso, las tasas de eficacia de los ATB no son muy elevadas y su efecto nunca se ha comparado con los tratamientos estándar de los que disponemos para la EC (corticoides, inmunosupresores, agentes biológicos).

Una situación en la que determinados antibióticos se han mostrado claramente eficaces es la de los pacientes con EC que han sido operados y se les ha extirpado una porción de intestino. Como es conocido, la cirugía no cura la enfermedad y la reaparición de lesiones es la regla. El metronidazol (y un análogo suyo, el ornidazol) administrados durante tres meses después de la cirugía ha demostrado su eficacia en prevenir la aparición de lesiones a un año vista. Lamentablemente, algunos pacientes no toleran el fármaco y además, si éste se administra durante más de tres meses pueden aparecer efectos secundarios a veces irreversibles, lo cual limita su uso a largo plazo. No obstante, dos estudios controlados, uno de los cuales ha sido realizado por nuestro grupo, sugieren que el uso de metronidazol durante los tres primeros meses asociado a tratamiento a largo plazo con azatioprina (el tratamiento preventivo considerado estándar) es mejor que el uso de azatioprina o metronidazol de forma aislada. Por ello, nuestra práctica es utilizar metronidazol durante los primeros tres meses tras la intervención (siempre que el paciente lo tolere) junto azatioprina a largo plazo, para prevenir la reaparición de lesiones en los pacientes con EC que se operan.

CONCLUSIONES:

- *El hecho de padecer EII no contraindica el uso de antibióticos, cuando éstos están indicados por cualquier motivo.*
- *La administración de antibióticos de amplio espectro, preferiblemente por vía intravenosa, es una condición sine qua non del tratamiento de los abscesos intraabdominales asociados a EC, pudiendo incluso obviar la necesidad de drenaje cuando su tamaño es pequeño.*
- *Metronidazol y/o ciprofloxacino pueden mejorar la enfermedad perianal. Sin embargo se aconseja su uso únicamente como coadyuvantes de otros tratamientos más eficaces.*
- *La eficacia de los ATB como tratamiento primario de la EII debe considerarse, en el mejor de los casos, marginal y controversial. Una excepción lo constituye el metronidazol como profilaxis de la recurrencia postoperatoria en la EC, utilizado durante no más de tres meses, asociado a inmunosupresores a largo plazo.*

TRATAMIENTO DE LA EII

DR. JAVIER OMODEO
DRA. MARIANA OMODEO

*Médico Gastroenterólogo.
Jefe del Servicio de Gastroenterología
Sanatorio 9 de Julio, Tucumán, Argentina.
**Médica Gastroenteróloga.
Integrante Unidad EII - Sanatorio 9 de Julio.
Tucumán, Argentina.

INTRODUCCION:

Ya hemos realizado un paseo meticuloso y prolijo por las opciones de tratamientos propuestos para las EII. Ahora daremos conceptos sobre el abordaje en el tratamiento. Cuando nos enfrentamos a un paciente con probable EII, los profesionales de la salud debemos respetar ciertos principios básicos:

- **Definir la enfermedad**
- **Evaluar el pronóstico**
- **Elegir el tratamiento farmacológico**
- **Monitorear a los pacientes**
- **Manejar brotes y/o complicaciones**

Definir la enfermedad:

Consiste en realizar una historia clínica detallada y revisar en forma profunda los métodos complementarios (análisis, imágenes, endoscopías, anatomía patológica) para tener un diagnóstico lo más preciso posible de la enfermedad que padece nuestro paciente.

En muchos casos este diagnóstico llegará con el tiempo en base al comportamiento de la enfermedad, es decir su evolución, ya que el diagnóstico definitivo se logra con la sumatoria de todos estos parámetros.

Con el diagnóstico de Enfermedad de Crohn (EC) o Colitis Ulcerosa (CU), el siguiente paso será **determinar la extensión y gravedad** de las mismas, es decir que segmentos del intestino están comprometidos y su magnitud.

En el caso de la EC podremos definir si estamos frente a una enfermedad del intestino delgado, del intestino grueso o ambas. También evaluaremos la presencia de lesiones en otros sectores del tubo digestivo o la aparición de fístulas perianales.



En cualquier caso será necesario establecer el grado de actividad definiendo formas leves, moderadas o graves.

Para la CU se determinará si se limita al recto (CU distal o Rectitis Ulcerosa), si se extiende al sector izquierdo (CU izquierda) o lo hace más allá del ángulo esplénico (CU extensa) y también en cada caso se añadirá su gravedad.

Es también de suma importancia considerar la presencia de manifestaciones extraintestinales (MEIs) y presencia de otras enfermedades.

Estos elementos, a los que llamamos fenotipo de la enfermedad, serán fundamentales en la elección del tratamiento ya que determinadas drogas o formas de aplicación de las mismas han mostrado eficacia en determinadas situaciones.



Está ampliamente demostrado que la atención en EII deber ser realizada en equipos médicos especializados.

Evaluar el pronóstico:

Las EI tienen un curso variable y en su evolución vemos pacientes que luego del brote inicial presentan recaídas tiempo después y con intensidad diferente al episodio inicial. A veces mayor, a veces menor y con intervalos diferentes. Se han estudiado distintos elementos que pueden predecir una evolución más grave de la enfermedad y que por lo tanto obligan a instaurar tratamientos más precoces y más intensos.

Para la EC han permitido establecer criterios de bajo riesgo y criterios de alto riesgo como se muestra en la siguiente figura:

Bajo Riesgo		Alto Riesgo
> A 30 años	Edad al diagnóstico	< a 30 años
Limitado	Compromiso anatómico	Extensa
No	Enfermedad perianal	Si
Supeciales	Úlceras	Profundas
No	Resección quirúrgica previa	Si
No	Patrón estenosante o penetrante	Si

ASandborn WJ. Gastroenterology 2014; 147:702-705

En la CU también se han determinado elementos considerados de mayor riesgo, es decir mayores probabilidades de cirugía en pacientes con:

edad temprana al debut

- **historia familiar de EI**
- **sexo masculino**
- **enfermedad extensa**
- **corticoideodependencia o resistencia**
- **asociación con colangitis esclerosante primaria**
- **Otros.**



Todas estas variables permitirán ir estableciendo un perfil personal de nuestros pacientes con el fin de delinear un traje a medida personalizado para cada uno.

Elegir el tratamiento farmacológico:

Como decíamos anteriormente la determinación del fenotipo, gravedad, MEIs, enfermedades asociadas y factores pronósticos definirán la elección del tratamiento farmacológico. Estos tratamientos, tratados en detalle en otros capítulos incluyen a:

Fármacos de menor complejidad:

- **Aminosalicilatos: 5-ASA, mesalazina, sulfasalazina, etc.**
- **Corticoides tópicos y sistémicos.**
- **Inmunomoduladores:**
- **6-mercaptopurina, azatioprina, metotrexato.**



Ventana de oportunidad para realizar el tratamiento precoz en la enfermedad de Crohn y evitar estenosis, fistulas y cirugías.



Ventana de oportunidad para realizar el tratamiento precoz en la Colitis Ulcerosa que reduce el daño intestinal y la incapacidad.



Monitoreo de los pacientes:

El seguimiento estricto de los pacientes es clave en los resultados. Se ha demostrado en diversos estudios que la aplicación de un **Seguimiento y tratamiento basado en objetivos** (Treat to target en inglés) mejora claramente la eficacia. Es necesario establecer objetivos (ver figura) y reevaluarlos periódicamente para definir ajustes en más o en menos de los tratamientos en curso. El cumplimiento de la medicación, los controles y estudios de seguimientos permiten resultados significativamente superiores en pacientes cumplidores versus aquellos que no lo son. La desaparición de los síntomas debe acompañarse de la normalización de otros parámetros objetivos (análisis, endoscopías, biopsias) con el fin último que debe ser cambiar el curso de la enfermedad evitando así secuelas y discapacidades.



Antiguamente, sólo se buscaba que la persona llegue a la remisión clínica, es decir a estar libre de síntomas. Hoy se buscan otras remisiones, la endoscópica por ejemplo y que la persona no necesite corticoides. Logrando que la mucosa aparezca normal en las endoscopías se mejora la historia natural.

Manejar brotes y/o complicaciones:

En el seguimiento pueden aparecer recaídas que deberán ser evaluadas en cada oportunidad. La causa más común es la falta de adherencia o cumplimiento al tratamiento y resulta fundamental lograr en el paciente la comprensión de este punto clave en su evolución.

También puede deberse al uso de fármacos sin indicación médica (automedicación) o además interacciones farmacológicas con tratamientos para otras enfermedades.

Las infecciones intestinales pueden desencadenar una crisis inflamatoria y deben ser descartadas, tanto aquellas frecuentes en la comunidad como las llamadas oportunistas, es decir las que aprovechan la condición de inmunodeficiencia provocada por fármacos destinados a controlar la EII. Finalmente, siempre existe la posibilidad de que la enfermedad se reactive sin una causa aparente y tal situación obligará al médico tratante a reevaluar los tratamientos disponibles.

Conclusiones:

Son muchas las variables que el médico analiza en la toma de decisiones en los pacientes con EII. Cada combinación de estas variables dará al paciente una condición única que determinará un tratamiento personalizado. Es por eso, que al igual que las recomendaciones nutricionales, son medidas individualizadas basadas en otras generales.

Entre el amplio espectro de posibilidades terapéuticas, el equipo médico diseñará una estrategia de tratamiento para un paciente dado, como haríamos con "un traje a medida", que el paciente podrá aceptar o no. Por lo tanto compararse con otros pacientes no resulta una herramienta aconsejada.



CAPITULO 6

Tratamiento Quirúrgico de la Enfermedad Intestinal Inflamatoria



Cirugía en EII: Escenarios posibles.

DR. LUIS OSCAR DIAZ

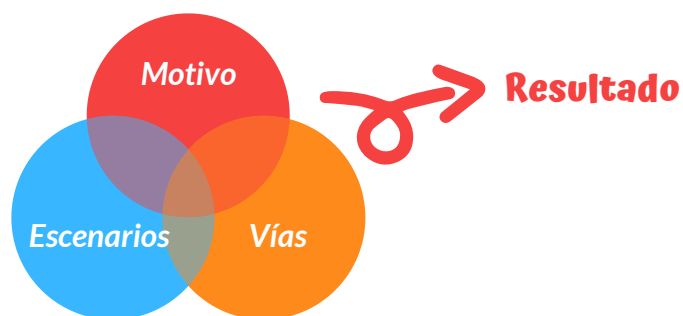
Cirujano Coloproctólogo

Clínica ADOS.

Integrante del Equipo Interdisciplinario EII Fundeccu Argentina

Neuquén, Argentina.

La Enfermedad Intestinal Inflamatoria (EII), puede requerir cirugías por diferentes **motivos**, en diferentes **escenarios** por diferentes **vías**. La interacción de estos elementos incide directamente en el resultado final.



• ESCENARIOS EN COLITIS ULCEROSA:

Los escenarios son dos:

- **Cirugía programada:** en la cual el paciente llega con las mejores condiciones posibles desde el punto de vista nutricional, inmunológico, hematológico, medicamentos, etc.
- **Cirugía de urgencia:** en la cual el paciente llega con lo que hay! No se cuenta con el tiempo necesario para realizar grandes cambios orgánicos (nutricionales, inmunológicos, ect).

Estas grandes diferencias limitan las alternativas quirúrgicas y cambian el objetivo quirúrgico de cada escenario.

En la **cirugía de urgencia el objetivo quirúrgico es salvar la vida** sin alterar, en lo posible, el terreno quirúrgico de futuras cirugías que se realizarán una vez superado el cuadro que ocasionó la intervención de urgencia.

En la **cirugía programada el objetivo es realizar la cirugía que otorgue la mejor calidad de vida con las menores complicaciones posibles**, ya que no se encuentra comprometida la vida de forma inminente.

Cirugía de Urgencia: Objetivo "salvar la vida".



Cirugía programada: Objetivo "calidad de vida".



Para lograr estos objetivos en la cirugía de urgencia se realiza la **colectomía subtotal con fístula sigmoidea**.

Es decir, se saca todo el colon dejando una ileostomía (ano contra natura) abdominal, no sacando el recto y una parte del sigmoides. Esta última parte del colon se respeta ya que si se saca, se altera el terreno para realizar un pouch (o reservorio) en el futuro. Se aboca sigmoides a la pared abdominal como una segunda ostomía.

La Cirugía de urgencia que se realiza se llama:
Colectomía subtotal con fístula mucosa.

• MOTIVOS EN COLITIS ULCEROSA:

Cuáles son los motivos para realizar una cirugía programada en la Colitis Ulcerosa?

- Colitis refractaria a los tratamientos médicos disponibles y que provoca síntomas graves o afecta la calidad de vida en forma importante.
- Brote agudo grave refractario a tratamientos médicos disponibles.
- Alta posibilidad de desarrollar cáncer de colon (presencia de displasia celular) a futuro o presencia actual del mismo.

Cuáles son los motivos para realizar una cirugía de urgencia en la Colitis Ulcerosa?

- Megacolon Tóxico
- Perforación Intestinal
- Hemorragia Digestiva Grave

El **megacolon tóxico** es la dilatación anormal en forma progresiva del colon, en donde al producirse comienzan a liberarse sustancias tóxicas al torrente sanguíneo. Esta dilatación colónica es de estricto control y de tratamiento médico exhaustivo en un principio. Si no responde al tratamiento médico el colon se perfora produciendo peritonitis con alto riesgo y gravedad por infección abdominal.

La **hemorragia digestiva** grave es el sangrado profuso incoercible que requiere frecuentes transfusiones en corto de tiempo y si no se controla el sangrado de forma quirúrgica se pone en riesgo la vida de la persona.

MOTIVOS EN ENFERMEDAD DE CROHN.

A diferencia de la Colitis ulcerosa en la Enfermedad de Crohn **la cirugía no es curativa**, dada la capacidad de la enfermedad de reaparecer en cualquier punto del aparato digestivo y recurrir en otro sitio. Motivo por el cual el objetivo de la cirugía es la de minimizar el impacto de la enfermedad y evitar resecciones quirúrgicas intestinales.

Cuales son los motivos de cirugía de urgencia en la Enfermedad de Crohn?

- Perforación intestinal
- Hemorragia incontrolable.

Y cuales son los motivos de la cirugía de programada en la Enfermedad de Crohn?

- Obstrucción intestinal por disminución parcial del diámetro intestinal refractario al tratamiento médico.
- Displasia de alto grado (alteración celular en vías de transformarse en cáncer).
- Presencia de Cáncer intestinal.

Uno de los motivos más frecuentes de requiere cirugía en la enfermedad de Crohn son las fistulas perianales. Estas son conexiones anormales entre dos superficies epitelizadas, como son el canal anal y la piel. Es decir, son caminos alternativos para la salida de secreción intestinal y de materia fecal.

El origen de las fistulas perianales suele ser una colección de pus (absceso) perianal que se drena para aliviar el dolor que este genera, confeccionándose posteriormente la fistula. La cirugía en la fistula debe usarse en conjunto con el mejor tratamiento médico. La elección para tratar estas fistulas es colocar sedales o drenajes asociándolos al tratamiento médico, ya que la mayoría de las fistulas desaparecerán con el tiempo.



VIAS O MANERAS DE REALIZAR LA CIRUGIA:

Las vías para realizar las cirugías abdominales son las diferentes formas de realizar la misma cirugía. Hay dos vías:

CONVENCIONAL o LAPAROSCOPICA

La **vía convencional o cirugía abierta** requiere una gran incisión en la pared abdominal que permite introducir las manos del cirujano y los ayudantes en el interior del abdomen y poder así confeccionar la cirugía. Esta incisión produce un poco más de discomfort post-operatorio y retrasa la deambulación en la recuperación.

Presenta la ventaja de ser una vía más rápida que la laparoscópica, motivo por el cual es la cirugía de elección en las urgencias por sangrado grave.

En la **vía laparoscópica**, la cirugía se realiza a través de incisiones chicas en la pared abdominal, disminuyendo de esta forma el trauma que reciben los músculos del abdomen. Es una vía que requiere de mayor entrenamiento del cirujano, es más costosa por los insumos y materiales necesarios y es más prolongada que la cirugía convencional. pero la recuperación postoperatoria es más rápida y con menos molestias.

Más allá de los diferentes motivos, las diferentes vías y en los diferentes escenarios, la decisión de realizar la cirugía es una elección que s toma en conjunto.

En esa decisión deben participar: el paciente y sus familiares y el equipo e profesionales El

Cirugía en EII - Preguntas frecuentes.

DR. KARINA COLLIA AVILA

Médica Cirujana Coloproctóloga
Hospital Bonorino Udaondo
Centro Privado de Cirugía y Coloproctología
Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCION:

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye dos enfermedades principales: la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC), las cuales tienen un conjunto de características que permiten diferenciarlas. Aunque existe alrededor de un 5 a 20% de pacientes en los cuales no se encuentra ningún hallazgo que permita realizar estos diagnósticos, dando lugar a la colitis inespecífica.

Algunas de las características diferenciales son las que, incluyen a los síntomas y la visión a través de las endoscopias o colonoscopías, aunque existen otras que el medico patólogo podrá ver cuando estudia las biopsias o el segmento de intestino que se reseca en una cirugía.

Su causa es desconocida, aunque en su desarrollo están involucrados factores inmunológicos, genéticos y ambientales.

Pueden afectar a todo el tracto digestivo (desde la boca al ano) en la EC, o sólo afectar al colon y recto como la colitis ulcerosa.

También puede afectar otros órganos como las articulaciones, la sangre, el hígado, la piel, los riñones o los ojos, mejorando la mayoría de ellas al sacar el segmento de intestino o colon enfermo.

La edad más frecuente de aparición es entre los 15 y los 30 años, siendo más frecuente la colitis ulcerosa en hombres y la enfermedad de Crohn en las mujeres.

Los pacientes con CU se presentan con aumento del número de deposiciones con moco (como gelatina en la materia fecal) y sangre, acompañados o no de dolor abdominal, pujo (ganas continuas y dolorosas de evacuar, con salida escasa de moco o materia fecal) y tenesmo (sensación permanente de evacuar).



Si la afectación es colorrectal los síntomas son iguales que los de la colitis ulcerosa. A diferencia de la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn se asocia frecuentemente a enfermedad perianal, siendo una de sus principales presentaciones los abscesos y fistulas perianales.

Si tengo colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn de colon ¿me tengo que operar sí o sí?

No todo paciente con colitis ulcerosa deberá ser sometido a una cirugía, solo aquellos pacientes que:

- **no respondan al tratamiento médico.**
- **presenten complicaciones del tratamiento médico.**
- **presenten complicaciones de la enfermedad.**

Las complicaciones mencionadas son:

- megacolon tóxico (dilatación aguda del colon).
- cuadros agudos de peritonitis (perforación de intestino).
- estenosis (disminución del calibre del colon que pueden impedir el paso de la materia fecal o confundirse con un cáncer de colon o recto).
- desarrollo de cáncer colorrectal o que presenten displasia de alto grado o múltiple ((lesiones premalignas)

Pese a todo lo mencionado, la causa más frecuente de cirugía sigue siendo la indicación más frecuente la persistencia de síntomas crónicos refractarios a pesar del tratamiento médico máximo, asociado a debilidad física y disfunción psicosocial o a complicaciones de los efectos secundarios de la medicación.

¿Puedo hacer algo para no operarme o retrasar la cirugía?

La adhesión al tratamiento médico (esto es seguir el tratamiento adecuado que el médico le indique) y la llegada de las nuevas drogas biológicas e inmunosupresores hizo que la necesidad de cirugía disminuya aunque no la anula.

Si me tengo que operar en forma programada ¿puedo hacer algo para tener menos riesgo de complicaciones?

Es importante destacar que el seguimiento de estos pacientes debe ser en forma conjunta multidisciplinaria (incluyendo a todo un equipo de salud y al paciente). Es beneficioso que ante una cirugía se llegue en el mejor estado nutricional que se pueda, esto significa que sea evaluado por un nutricionista para que si es obeso le ayude a perder peso y si se encuentra desnutrido le realice el apoyo nutricional necesario, para corregir eventual anemia o bajas proteínas.

Lo ideal es que la persona esté con bajas o nulas dosis de corticoides o de inmunosupresores, o de agentes biológicos si fuera posible.

Doctor: tengo colitis ulcerosa me dice que me tengo que operar. ¿En que consiste la cirugía, que me van a hacer?

La cirugía de elección en la mayoría de los casos consiste en sacar todo el colon y el recto y hacer con el intestino delgado un reservorio el cual se une al ano (**coloproctomía con reservorio ileal**). Como esta cirugía lleva muchas uniones y cada una tiene riesgo de filtrar (sería como cortar y unir una manguera), se realiza una ileostomía de protección (antes se lo llamaba ano contranatura) para que la materia fecal no pase por estas uniones hasta que cicatricen en el término de 60 - 90 días.

Dependiendo del estado general del paciente y de la gravedad del cuadro esta cirugía podrá hacer en una sola operación (sin ileostomía: solo en pacientes muy seleccionados por el riesgo que conlleva no realizarle una ileostomía).

Generalmente se realiza en **3 tiempos** en pacientes agudos (cirugía de urgencia), los cuales no llegan en forma programada sino como resultado de un cuadro agudo: a estos pacientes en el **primer tiempo** se les reseca el colon y se les deja el recto y parte del colon sigmoides (última parte del intestino grueso) y se deja la última porción del intestino delgado (íleon) como ostomía terminal.



Luego de que el paciente recupere su estado general se programa el **segundo tiempo** que consiste en la resección del recto y la conformación del reservorio de intestino delgado y se vuelve a hacer la ileostomía, esta vez en asa (como si sacáramos una manguera doblada y le haríamos un orificio en la zona que se curva y que sale a la superficie).

Ambas cirugías requieren ingresar al abdomen, pero este ingreso puede realizarse a través de una herida que cruza el abdomen desde arriba del ombligo hasta el pubis. O ingresar de la misma forma que se opera una vesícula por vía laparoscópica.

El **tercer tiempo** consiste en el cierre de ileostomía, aquí se cierra la ileostomía a través de la zona donde está implantada, se realiza la incisión alrededor del intestino, una vez liberado se unen ambas bocas y se introduce a la cavidad abdominal, dejando una pequeña herida a ese nivel.

En algunos casos se puede realizar la cirugía, en **dos tiempos**.

Durante la primer cirugía se saca el colon y el recto, se confecciona el reservorio ileal, se lo une al ano y se realiza una ileostomía en asa, la cual es cerrada en el segundo tiempo quirúrgico.

¿Qué debo saber antes de operarme?

Es importante que el paciente converse mucho con su equipo quirúrgico y saber de todas las eventuales trastornos que puede presentar en el postoperatorio.

Generalmente estos están ligados a la disección a nivel de la pelvis. Tanto en el hombre como en la mujer, a nivel de la pelvis encontraremos el aparato génito urinario (útero, vagina, próstata, vesículas seminales, vejiga) y los nervios que le dan función a los mismos como así también a los esfínteres anales. Lo más importante es conocer que estas situaciones pueden ocurrir y no paralizarse y confiar en el equipo médico.

A pesar de los avances con la cirugía laparoscópica existe riesgo de trastornos en la fertilidad de la mujeres y trastornos sexuales como eyaculación retrograda e impotencia en varones y dispaurenia (dolor durante el acto sexual) en las mujeres.

Los trastornos a nivel vesical son muy poco frecuentes (retención urinaria aguda o crónica) Por la misma disección, la pérdida del recto y la manipulación del conducto anal, la coloproctectomía con reservorio ileal puede asociarse a trastornos en la continencia anal. Generalmente estos trastornos se manifiestan como ensuciamiento nocturno y menos frecuentemente con distintos grados de incontinencia muchos de ellos relacionados con el no cumplimiento de la dieta.

Otra información importante que el paciente debe saber es que en un porcentaje no despreciable de pacientes pueden existir síntomas similares a cuando tenía todo el colon y el recto (diarrea con moco y sangre, pujo y tenesmo) debido a la inflamación de reservorio, conocida como pouchitis. La cual en la mayoría de los casos cede con tratamiento médico (ciprofloxacina y metronidazol). También debemos informarle que el riesgo de desarrollar un cáncer de colon desaparece mientras que el de recto disminuye casi a cero pero no se anula.

¿Corro riesgo de que no me puedan unir?

Algo importante que se debe charlar con los pacientes es el riesgo de no poder unir el intestino delgado con el ano.

Esto es poco probable en el mayor número de los pacientes, pero en aquellas personas muy obesas esto puede ocurrir con mayor frecuencia. Por eso es importante que los pacientes sean evaluados por un equipo de nutricionistas y llegar a la cirugía en condiciones óptimas. También se debe conocer que esta unión puede ser difícil en quienes tengan antecedentes de cirugías de resección de intestino delgado.

¿Qué pasa si tengo más 60 años y me tengo que operar? ¿Me pueden unir?

Hasta hace algunos años la edad podía ser una contraindicación relativa para realizar la coloproctomía con reservorio ileal, actualmente se sabe que si el estado general del paciente es bueno, la cirugía se puede realizar sin mayores complicaciones.

¿Qué pasa si tengo incontinencia antes de operarme?

Antes de realizar la coloproctomía con reservorio ileal, se le debe preguntar al paciente si presenta incontinencia fuera del episodio agudo, si se le escapaban los gases o la materia fecal, si usan apósitos, si logra darse cuenta cuando tiene ganas de eliminar gases si es aire o materia fecal, si esto le altera la calidad de vida. Con estos datos el médico hace una escala que nos permitirá saber qué grado de incontinencia tiene el paciente antes de operarse. En los casos de incontinencia severa la coloproctomía con reservorio ileal no está indicada.

¿Cuál es mi riesgo de vida si me opero?

El riesgo de complicaciones en cirugía de urgencia continua siendo alto del 23% - 42% mientras que el riesgo de vida varia del 0 - 4%. En lo referido a la coloproctomía con reservorio ileal (pouch), se ha descrito en centros especializados que el riesgo de muerte es de alrededor del 1%, mientras que el riesgo de tener una complicación postoperatoria continua siendo alta, 18 - 54%. Con un riesgo de que falle la cirugía que no se pueda cerrar nunca la ileostomía o que haya que reoperar y sacar el reservorio del 5-12%.

¿Qué complicaciones puedo tener luego de la cirugía?

Las complicaciones luego del primer tiempo quirúrgico: colectomía subtotal (sacar casi todo el colon) pueden ser:



- sangrado
- infección
- que la herida abdominal se abra (se suelten los puntos de la pared dando lugar a una eventración).
- obstrucción intestinal, la cual puede aparecer luego de cualquier cirugía abdominal.
- complicaciones relacionadas con la ileostomía.

Tanto el sangrado (aunque no siempre) como las eventraciones agudas suelen requerir una nueva cirugía mientras que la oclusión intestinal en algunos casos mejora con reposo digestivo (suero, sonda nasogástrica y nada de comida ni líquidos por boca) y las infecciones pueden ceder con antibióticos y drenaje percutáneo (colocación de drenajes sin cirugía).

El paciente debe conocer que en esta cirugía se puede dejar el intestino grueso como una pequeña ostomía que no funciona a nivel del bajo vientre - región suprapúbica (también llamada fistula mucosa) por la cual saldrá un líquido mucoso o sanguinolento y en algunos casos purulento (pus), lo cual no es una complicación sino es que el recto remanente se encuentra activo y que puede requerir tratamiento local con enemas hasta la segunda cirugía.

Las complicaciones de la ileostomía incluyen:

- que se hunda
- que se estenose (se cierre el orificio por donde sale el contenido intestinal)
- que se necrose (se ponga negra)
- que se prolapse (que salga varios centímetros para afuera)
- que se eventre (haga una hernia al lado de la ileostomía)
- o lo más frecuente que produzca dermatitis periestómic (quemadura por el contenido intestinal de la piel que rodea la ileostomía)

En el **segundo tiempo (cuando se realiza la resección del recto y la confección del reservorio ileal)** las complicaciones podrán ser las mismas que se presentan luego de la colectomía subtotal y las complicaciones que se generan de la rotura de las suturas del reservorio (dehiscencia de las suturas), que son:

- **Sepsis pélvica**, (infección en la pelvis por fuera del reservorio):

Si bien es una complicación importante, su diagnóstico es fácil por el examen con el paciente dormido en quirófano y la tomografía de pelvis. En general el tratamiento se limita al drenaje de las colecciones de pus a través del ano, el lavado por el cabo distal de la ostomía y el uso de antibióticos endovenosos. Menos frecuentemente requiere una nueva cirugía a través del abdomen o un drenaje percutáneo.

- **Rotura de alguna unión** (dehiscencia de anastomosis):

En general se cierran o bloquean con solo dejar la ileostomía por un tiempo mayor a los 90 días.

- **Fistulas** (conexiones de las uniones con distintos órganos: piel, vagina, vejiga):

Algunas cierran con la persistencia de la ileostomía por más de 90 días, otras van a requerir una cirugía para su corrección.

- **Sangrado**: el sangrado por ano suele ceder en forma espontánea, si no lo hiciera se debe llevar al paciente a quirófano y hacer hemostasia (que deje de sangrar) mediante una endoscopia por el ano o una reoperación.

A pesar del riesgo de complicaciones, ¿Cuál será mi calidad de vida si me opero?

Además de mantener la evacuación normal la coloproctomía con reservorio ileal presenta buenos resultados funcionales especialmente en los pacientes jóvenes; en los adultos mayores de 50 años, si bien los resultados se asocian a una tasa de incontinencia leve más elevada, la calidad de vida de estos pacientes es buena y la mayoría de ellos prefieren esto a tener una ileostomía definitiva.

Generalmente, luego de un periodo inicial de ajuste el número de deposiciones se estabiliza al año, año y medio con 5 a 7 deposiciones por día. Varios autores publican éxitos del 93 al 96%, con altas tasas de continencia perfecta durante el día y baja tasa de escapes de materia fecal nocturnos.

En caso de tener un número alto de deposiciones asociado o no a pérdida de materia fecal, ¿existe algo para mejorar?

Es importante que el paciente se ajuste a la dieta, especialmente durante el primer año luego de la cirugía. Si a pesar de la dieta el número de deposiciones aun es alto se pueden dar agentes constipantes como la loperamida o agentes formadores de materia fecal como las fibras. En ocasiones también se pueden utilizar resinas de colestiramina.

Yo me opere, me hicieron un reservorio ileal, estoy embarazada ¿ por cesárea o por parto normal?

En cuanto a la vía de parto, tanto la vía vaginal como una cesárea pueden ser realizadas. El parto vaginal tiene como desventaja el riesgo de alterar la continencia, el cual sería mayor en aquellos casos de alto riesgo de injuria obstétrica (parto instrumental, episiotomía, feto de más de 4 kg, trabajo de parto prolongado mayor a 2 hs). La decisión deberá consensuarse entre la paciente y el obstetra.

Doctor ya me explicó todo acerca de que me puedan unir pero: ¿Cuándo no me pueden unir que me hacen?

En caso de no poder realizar el reservorio ileal y la unión entre el ano y el reservorio se saca todo el colon y el recto y queda una ileostomía terminal de por vida.

¿Cuáles serían las causas por las cuales no me puedan unir?

Las causas son:

- los pacientes obesos, en donde el intestino delgado no llega al ano para realizar la unión.
- pacientes que tienen incontinencia severa preoperatoria fuera de los episodios agudos, ya que si padecen incontinencia con heces normales, una vez operado evacuaran con heces más líquidas, empeorando su cuadro y alterando severamente su calidad de vida.
- pacientes que sumado a la enfermedad inflamatoria padezcan un cáncer de recto inferior que invada esfínteres ya que no se debe comprometer la curación por preservar el ano.
- en el caso de la enfermedad de Crohn colorrectal la coloprotectomía con reservorio ileal está reservada solo para casos muy seleccionados, ya que esta cirugía se asocia en enfermedad de Crohn colorrectal a una alta tasa de fallos.

Si no me unen ¿también tengo riesgo de complicaciones postoperatorias?

Las complicaciones serán las mismas que en cualquier cirugía abdominal tales como sangrado, oclusión, infección, eventración y complicaciones relacionadas a la ileostomía.

Doctor ¿existe alguna otra cirugía?

Tanto en enfermedad de Crohn como en colitis ulcerosa con recto sano la opción es la colectomía total con una unión entre el intestino delgado y el recto (colectomía total con ileorrectoanastomosis). Lamentablemente en colitis ulcerosa que el recto se encuentre sano se ve en solo el 1% de los pacientes.

CONTROLES ENDOSCOPICOS:

CU de más de 10 años sin síntomas: Las personas con CU presentan una posibilidad de 1,5 a 6 veces mayor que la población general de desarrollar un cáncer de colon. Esta complicación es rara durante los primeros años de evolución, aumentando después de los 10 años por lo cual deberá controlarse con colonoscopias cada uno o dos años. Si tuviera asociado una colangitis esclerosante primaria, como el riesgo de cáncer colorrectal aumenta los controles deben comenzar luego del diagnóstico de la misma.

EC de más de 10 años sin síntomas: El riesgo de cáncer colorrectal asociado a EC colorrectal es de 2 a 3 veces más que en la población general, al igual que lo que sucede en la colitis ulcerosa por lo cual se debe controlar con colonoscopias.

EC de intestino delgado: La EC que no afecta al colon o recto no se asocia a mayor riesgo de cáncer colorrectal por lo cual el riesgo y el control del colon deberá ser el de la población general.

CAPITULO 7

Nutrición en la Enfermedad Intestinal Inflamatoria.



Nutrición en la EII.

LIC. VICTORIA NASTASI*
LIC. ANABELLA PAGG**

*Licenciada en Nutrición. Instructora de Residencia de Nutrición en Salud Pública y Comunitaria, Hospital "Prof. Dr. Luis Güemes". Buenos Aires, Argentina.

**Licenciada en Nutrición. Residente de Nutrición en Salud Pública y Comunitaria, Hospital "Prof. Dr. Luis Güemes", Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCION:

La nutrición es un tema de preocupación e interés en toda enfermedad, pero lo es mucho más en una enfermedad digestiva como lo es la EII.

Inicialmente haremos un recorrido por las generalidades referida a los nutrientes para luego bucear en los conceptos específicos de la nutrición en EII.

Nutrientes que aportan los alimentos:

La energía es el combustible que el cuerpo humano necesita para muchos propósitos, por ejemplo: respirar, crecer, formar tejidos, mantenerse sano, mantener la temperatura corporal, caminar, moverse, entre otros. Todos los procesos que se realizan en las células y tejidos, producen y requieren de energía, la cual se obtiene de los alimentos.

Las calorías (**cal**) son la unidad de medida que se utiliza para conocer la cantidad de energía que aportan los alimentos. Los nutrientes son sustancias que forman parte de los alimentos y si su ingesta se encuentra por debajo de ciertos límites mínimos por un periodo de tiempo, pueden ocasionar enfermedades por carencias. El organismo no es capaz de producir la mayoría de los nutrientes que necesita, por lo que es necesario ingerirlos.

Se pueden clasificar acorde al requerimiento diario (cantidad mínima que debe ser aportada en promedio para que una persona mantenga una adecuada nutrición), en:

- **macronutrientes:** incluye a los hidratos de carbono, proteínas y grasas.
- **micronutrientes:** incluye a los minerales y vitaminas.

MACRONUTRIENTES.

HIDRATOS DE CARBONO O CARBOHIDRATOS:

Dentro de los macronutrientes, los hidratos de carbono o carbohidratos son la principal fuente energética del cuerpo humano, aportan 4 kcal por gramo. Acorde a esta función primordial que poseen, representan el mayor porcentaje del aporte total diario de calorías en un plan de alimentación. Pueden clasificarse en:

- Monosacáridos:

Son las unidades mínimas que conforman los hidratos de carbono, que no pueden descomponerse en otros compuestos más simples. Algunos de los principales monosacáridos son **glucosa, fructosa y galactosa**. El cerebro, las glándulas suprarrenales y los glóbulos rojos dependen exclusivamente de la glucosa. Los vegetales, frutas y miel contienen pequeñas cantidades de glucosa y fructosa.

- Disacáridos:

Están conformados por dos monosacáridos que se encuentran unidos, podemos mencionar a sacarosa, lactosa, maltosa. Se encuentran en la miel, azúcar, leche y en algunos cereales.





- Oligosacáridos:

Son moléculas constituidas por la unión de más de dos monosacáridos, como por ejemplo estaquiosa, verbascosa, rafinosa. Pueden encontrarse en cereales y vegetales, como la cebolla.

- Polisacáridos:

Se encuentran formados por la unión de una gran cantidad de monosacáridos. Incluye el almidón (presente en grandes cantidades en cereales como trigo, arroz, maíz, y en vegetales) y otros componentes no amiláceos, como celulosa, hemicelulosa y pectinas, los cuales no son digeridos por el organismo ni tampoco se absorben y constituyen parte de la denominada **fibra alimentaria**.

La **FIBRA**, acorde a la afinidad que tiene con el agua, puede clasificarse en:

- **Solubles:** son hidratadas, producen sustancias viscosas, semejantes a geles y son fermentadas por las bacterias intestinales.

Algunas poseen un efecto prebiótico, es decir que favorecen el crecimiento de las bacterias beneficiosas. En este grupo se incluyen gomas, mucilagos, pectinas, y algunas hemicelulosas. Estas fibras enlentecen o retrasan la absorción de los mono y disacáridos, y además disminuyen el pasaje del colesterol y algunos tóxicos a través de la barrera intestinal. Su papel es regulador y resultan útiles, tanto en el estreñimiento como en la diarrea, por su capacidad de captar agua.

La fibra soluble, al ser fermentada, favorece la formación de butirato por parte de las bacterias colónicas, el cual es un tipo de ácido graso que tiene un efecto antiinflamatorio en el colon y es utilizado por las células del colon (colonocitos) como fuente de energía, favoreciendo el buen estado de la mucosa colónica, y al absorberse también aumenta la absorción de agua, lo que resulta útil en diarreas. Se encuentra en alimentos tales como manzana, zanahoria, avena, pulpa de zapallito y berenjena, entre otros.

La fibra soluble:

Beneficiosa en Eii.

Manzana, zanahoria, avena, pulpa de zapallitos, berenjena, entre otros.

- **Insolubles:** tienen poca afinidad con el agua y permanecen esencialmente sin cambios durante la digestión. Incluye celulosa, lignina, y algunas hemicelulosas. Aumentan el ritmo del tránsito intestinal y arrastran desechos de la pared del intestino, pudiendo irritar una mucosa sensible. Algunos alimentos donde se encuentran presentes son cereales integrales, salvado de trigo, coles, cascara de frutas, legumbres, entre otros.

La fibra insoluble:

Irritativa en Eii.

Cereales integrales, salvado de trigo, cáscaras de frutas, legumbres, entre otros.

El término “azúcares” incluye a los mono y disacáridos, los cuales se absorben y proveen energía rápidamente. Cuando se menciona “azúcares agregados”, se está haciendo referencia a la sacarosa, fructosa, glucosa y a los productos hidrolizados del almidón (jarabe de glucosa, de alta fructuosa entre otros), incorporados en preparaciones de alimentos ultra procesados.

PROTEINAS:

Las proteínas son moléculas formadas por aminoácidos (unidades que componen las proteínas), y son muy importantes para el crecimiento y reparación de los tejidos corporales.

Forman parte estructural de las células y tejidos, y constituyen la mayor porción de los músculos y órganos (además del agua). Pueden aportar energía (4 kcal por gramo) en situaciones donde los hidratos de carbono y grasas no son suficientes, por lo que es importante que la alimentación posea la cantidad suficiente de estos nutrientes para que las proteínas puedan cumplir su función mencionada.

Se encuentran presentes tanto en alimentos vegetales (cereales, legumbres, vegetales, frutas) como animales (carne vacuna, pollo, pescado, lácteos, huevo). Las proteínas de origen animal, contienen todos los aminoácidos que el organismo necesita, incluso aquellos que no puede producir por sí mismo. Las proteínas de origen vegetal, suelen carecer de ciertos aminoácidos que el organismo no puede sintetizar.

GRASAS O LÍPIDOS:

Los lípidos son el tercer macronutriente y aportan energía, siendo su aporte de 9 kcal por gramo, más del doble de energía de lo que aportan los hidratos de carbono y proteínas. Asimismo, aportan ácidos grasos esenciales (que forman parte de las membranas biológicas y no pueden ser producidos por el organismo) y hacen posible el transporte de ciertas vitaminas como vitamina A, D, E y K.

Se encuentran tanto en alimentos de origen vegetal (aceite de girasol, maíz, oliva, canola, palta) y animal (carnes, pollo, pescados, manteca, crema, leche, yogur, quesos).

Existen distintos tipos de grasas; dentro de los lípidos que se encuentran en la alimentación:

- el 90% son triglicéridos.
- el 1-2% fosfolípidos.
- y el resto colesterol.

Tanto los triglicéridos como los fosfolípidos están compuestos por ácidos grasos, en cambio el colesterol posee otro tipo de estructura y se encuentra presente solo en alimentos de origen animal. En condiciones patológicas, el colesterol puede acumularse en las arterias y estrechar la luz de estos vasos, limitando el flujo de sangre. Según su estructura química, es decir según la cantidad de enlaces que unen sus átomos, los ácidos grasos pueden ser saturados (AGS), monoinsaturados (AGM) y poliinsaturados (AGPI). Los AGS y AGM pueden ser sintetizados por el organismo, en cambio los AGPI son esenciales, debiendo aportarlos a partir de los alimentos. Las grasas saturadas, presentes en grasa láctea, el aceite de coco, el cacao, la carne vacuna, cerdo y piel de pollo, provocan aumento de los niveles de colesterol en sangre, pudiendo contribuir a la producción de aterosclerosis desde la niñez y el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria en la edad adulta.

Un efecto opuesto se atribuye a los AGM y AGPI, reduciendo la concentración de colesterol en sangre y de triglicéridos. Los AGM están presentes en cantidades considerables en ciertos alimentos como aceite de oliva, de canola, frutas secas, palta, aceitunas.

Los AGPI se dividen en 2 grupos: Omega 6, presentes en la mayoría de las semillas, granos y sus derivados, especialmente en los aceites vegetales y frutos secos, fundamentalmente nueces y maní, y Omega 3 presente en semillas de lino, chía, nueces pecan, pistachos, pescados, mariscos y aceites de pescados, los cuales además de mejorar la arteriosclerosis, tienen propiedades antiinflamatorias.

Otro tipo de ácidos grasos presente en los alimentos son los trans (AGT) los cuales se encuentran naturalmente en la grasa láctea, y pueden estar presentes en amasados de pastelería, galletitas, golosinas, productos de copetín, entre otros. Estudios realizados han concluido que existe una relación entre un consumo elevado de AGT con un aumento del riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares.

MICRONUTRIENTES:

Dentro de los micronutrientes, como se mencionó anteriormente, tenemos las **vitaminas** y los **minerales**.

VITAMINAS:

Las vitaminas son sustancias esenciales que el organismo no puede producir y necesita su aporte en pequeñas cantidades para su adecuado funcionamiento. Suelen clasificarse en:

- Solubles en grasas (**liposolubles**):

Vitamina **A, D, E y K**.

- Solubles en agua (**hidrosolubles**):

- **B1 (tiamina) - B2 (riboflavina) -**
- **B3 (niacina) - B9 (ácido fólico)**
- **B12 (cianocobalamina)**
- **B6 (piridoxina) - C, entre otras**

La deficiencia de vitaminas o ciertas vitaminas que puede presentar una persona puede deberse a que no se encuentren presentes en la alimentación en la cantidad adecuada, o porque exista una alteración en su absorción (por ejemplo si existe malabsorción de grasas, también habrá malabsorción de vitaminas liposolubles), o porque su requerimiento de vitaminas se encuentre aumentado.

Sus funciones y principales alimentos donde se encuentran presentes, se detalla en la tabla 1:



Vitaminas	Funciones	Alimentos
A	Colabora en la formación y mantenimiento de piel, mucosas, dientes, tejidos blandos y óseos. Contribuye a una buena visión nocturna.	Pescados como caballa, atún, yema, hígado, lácteos a los que se les adiciona vitamina A, vegetales y frutas como zanahoria, zapallo, duraznos.
D	Mantenimiento de los niveles de calcio y fósforo en sangre. Regula el paso de calcio a los huesos.	Leches fortificadas, pescados grasos, yema. El organismo la sintetiza a partir de la exposición solar.
E	Antioxidante.	Aceites vegetales, germen de trigo, brócoli, espinaca, frutas secas.
K	Es fundamental en la coagulación.	Leche, quesos, hígado, tomate, vegetales de hojas verdes.
B1	Colabora en la obtención de energía a partir de macronutrientes. Participa en la síntesis de sustancias que regulan el sistema nervioso.	Carne vacuna, yema, legumbres, cereales integrales, hígado.
B2	Es necesaria para la integridad de las mucosas, piel y córnea.	Carnes, lácteos, cereales integrales, vegetales de color verde.
B3	Es esencial en el metabolismo de hidratos de carbono y ácidos grasos.	Carnes, vísceras, frutas secas, legumbres, trigo.
B6	Interviene en el metabolismo de aminoácidos y neurotransmisores, y en la síntesis de la hemoglobina (encargada del transporte de oxígeno).	Carnes, cereales integrales, vegetales, frutas secas.
B9	Interviene en el metabolismo de las proteínas, en la formación de glóbulos rojos.	Vegetales de hojas verde oscuro, espárragos, lentejas.
B12	Interviene en el metabolismo de hidratos de carbono, proteínas, y grasas, formación de glóbulos rojos, mantenimiento de los tejidos y sistema nervioso.	Alimentos de origen animal.
C	Antioxidante, contribuye a la absorción del hierro no hemínico, interviene en la síntesis de colágeno, crecimiento y reparación de tejidos.	Vegetales y frutas como morrón, tomate, brócoli, kiwi, limón, naranja, mandarina, pomelo.

Respecto a los minerales, los mismos también se requieren en pequeñas cantidades. Entre ellos, podemos mencionar calcio, hierro, zinc, sodio, potasio, fósforo, magnesio.

Para conocer si es necesaria su suplementación, se debe verificar sus niveles en sangre. Sus funciones y principales alimentos en los que se encuentran, se señalan a continuación.



Minerales	Funciones	Alimentos
Calcio	Interviene en la estructura ósea y dentaria, coagulación sanguínea, contracción y relajación muscular.	Lácteos, pescados con espinas, vegetales de hojas verdes, frutas secas.
Hierro	Forma parte de la hemoglobina y mioglobina (transporte y almacenamiento de oxígeno).	Carnes, legumbres, vegetales de hojas verdes. El hierro de origen animal (hierro hemínico) presenta una mejor absorción que el hierro de origen vegetal (hierro no hemínico).
Zinc	Interviene en diversas reacciones enzimáticas. Es fundamental en el sistema inmunitario, cicatrización de	Carnes, vísceras, legumbres, cereales integrales.
	heridas y metabolismo de los hidratos de carbono.	
Sodio	Contribuye al equilibrio de los líquidos corporales dentro y fuera de las células. Contribuye a la transmisión de impulsos nerviosos y contracción muscular.	Sal, quesos duros, fiambres, embutidos, productos enlatados, galletitas, pan.
Potasio	Contribuye al equilibrio de los líquidos corporales dentro y fuera de las células. Es fundamental en el metabolismo energético.	Legumbres, frutas desecadas, espinaca, batata, papa.
Fósforo	Interviene en la estructura ósea y dentaria, forma parte de los fosfolípidos y compuestos que almacenan energía.	Lácteos, legumbres, cereales integrales, huevo.
Magnesio	Interviene en la estructura ósea y en la actividad neuromuscular.	Granos enteros, legumbres, vegetales de hojas verdes.

Además de los nutrientes mencionados, no se debe dejar de lado el agua, la cual es una sustancia esencial para la vida, y se encuentra en distintas proporciones en todos los alimentos, excepto en las partes que contienen lípidos.

El contenido total de agua en el organismo es alrededor del 60%, y posee diversas funciones, tales como: formar parte de la sangre, linfa y secreciones corporales, mantenimiento además la temperatura corporal, participación en la digestión, absorción, metabolismo y excreción, por lo que su consumo es fundamental en cantidades suficientes. Además de encontrarse en bebidas, se encuentra en diversos alimentos en distintas concentraciones: 90% en frutas y vegetales, 12% en legumbres, menos del 5% en frutas secas y 0% en aceites.



¿DIETA IDEAL EN EII?



La calidad de vida de las personas que conviven con una EII está estrechamente relacionada con su estado nutricional. Al tratarse de una enfermedad crónica y por la sintomatología presentada, las personas con EII, se encuentran en mayor riesgo de desnutrición. La misma ocurre cuando el aporte de nutrientes y energía es menor que los niveles de demanda que tiene el organismo para poder mantener las funciones de los tejidos y asegurar un crecimiento normal. En la EII, el estado nutricional de los pacientes se ve comprometido significativamente; se ha observado que la desnutrición ocurre en un 20% a 85% de los pacientes con EII. No existe una única causa que produzca desnutrición en una persona que presenta EII, sino que son varios los motivos que pueden hacer que esté en mayor riesgo de presentarla:

- **Disminución de la ingesta alimentaria:** muchos han experimentado pérdida del apetito, o síntomas gastrointestinales, como dolor abdominal, diarrea, urgencia para defecar, dolor o sangrado rectal al defecar, asociado a la ingesta de alimentos, lo cual hace que surja el temor hacia la comida, y la creencia de que el período de actividad de la enfermedad (brote) es causado por la alimentación, pero se ha observado que esto no es así. La restricción innecesaria de ciertos alimentos lleva a una disminución en la calidad de la alimentación.

- **Alteración en la absorción de los nutrientes:** el grado de alteración depende de la localización, extensión y gravedad de la inflamación. Durante el brote de la enfermedad, la capacidad del intestino para absorber nutrientes se encuentra reducida (a lo que se le llama malabsorción). Las proteínas pueden perderse por el intestino a través de la mucosa intestinal que se encuentra inflamada, y la pérdida de sangre que ocurre durante un brote puede resultar en el agotamiento de las reservas de hierro del cuerpo y anemia.

La presencia de diarrea persistente aumenta la pérdida de ciertos minerales como potasio, magnesio y zinc, y en el caso de esteatorrea (pérdida excesiva de grasa en la materia fecal) se pierden, además de las grasas, vitaminas liposolubles tales como vitaminas A, D, E y K. Los pacientes que presentan fistulas, están expuestos a una pérdida adicional de zinc y magnesio a través de la secreción fistular. Ante una resección de intestino delgado donde existe una reducción de la superficie de absorción o ante el sobrecrecimiento bacteriano intestinal secundario a estenosis, el grado de malabsorción es mayor, y por lo tanto la pérdida de nutrientes también lo es.

- **Aumento de necesidades nutricionales:** en la EII, debido a los mediadores inflamatorios involucrados, el organismo requiere mayor cantidad de energía para mantener las funciones vitales, y si la cantidad de energía aportada a través de la alimentación no es suficiente, el organismo comienza a utilizar las reservas, generando un descenso de peso. A lo anterior, se agrega el hecho de que cada brote, representa una situación de estrés para el cuerpo, a causa de fiebre, procesos infecciosos y el aumento de la pérdida de células de la mucosa intestinal, lo cual incrementa las necesidades energéticas y de nutrientes.

- **Interacción entre fármacos y nutrientes:** los medicamentos utilizados en el tratamiento de la EII también pueden contribuir a deficiencias de determinados nutrientes, como es el caso de calcio, magnesio, ácido fólico, vitaminas liposolubles, grasas.

Los corticoides favorecen la degradación de proteínas, con la consiguiente reducción de las reservas proteicas, resultando en una disminución de la masa muscular.

Consecuencias:

La deficiencia de energía y nutrientes tiene distintos efectos en el organismo, provocando: disminución del peso corporal, retraso del crecimiento y la pubertad de los niños y adolescentes, disminución de las proteínas que se encuentran en la sangre, como por ejemplo inmunoglobulinas que contribuyen a la inmunidad y protegen contra infecciones, atrofia de las vellosidades intestinales lo que causa malabsorción de los nutrientes, alteración de la barrera intestinal, la cual protege contra las bacterias que pueden encontrarse en el tracto gastrointestinal y ocasionar daños, deficiencia de nutrientes específicos ocasionando anemia, enfermedad ósea, entre otros. Además, se ha observado que la desnutrición está asociada a un mayor riesgo de brotes.

No sólo se trata de un bajo peso corporal, como se mencionó anteriormente; pueden existir deficiencias de nutrientes específicos y sin embargo poseer un peso normal, lo cual no significa que la persona esté bien nutrida. Las alteraciones provocadas por la desnutrición, pueden conducir a una reducción de la ingesta (como por ejemplo en la alteración del gusto debido a deficiencia de zinc o vitamina B12) o a que la absorción intestinal no sea eficiente (en el caso de atrofia de las vellosidades intestinales), lo cual hará que las deficiencias de nutrientes continúen estando presentes.

Es por esto que debe hacerse todo lo posible para evitar caer en esta situación. El plan de alimentación resulta fundamental en los pacientes con EII, y el más apropiado es aquel que prevenga y corrija la desnutrición calórico proteica y deficiencias de nutrientes específicos que suele acompañar a esta enfermedad, sin perder de vista la tolerancia

alimentaria individual, con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

El plan de alimentación debe ser equilibrado, variado, suficiente, completo y adecuado a las características de cada persona, con alimentos ricos en proteínas, calcio y hierro. Cuando se provee de todos los nutrientes que el organismo requiere, la respuesta a infecciones intestinales mejora. En cambio, si existen deficiencias de nutrientes, le resulta dificultoso al organismo hacer frente a las complicaciones.



Antes de la implementación del plan de alimentación, es importante que el licenciado en nutrición realice la evaluación del estado nutricional, valorando además la sintomatología, la localización, extensión y severidad de la afectación y los fármacos utilizados, lo cual permitirá confeccionar un plan de alimentación adecuado, conteniendo los nutrientes necesarios y cuidando la tolerancia alimentaria de cada persona.

Alimentación personalizada: ¿por qué?

Un plan de alimentación personalizado, lo más variado posible, que tenga en cuenta las distintas zonas afectadas, la severidad que presente cada persona y su sintomatología, contribuye a un adecuado estado nutricional, sin que el mismo ocasione ni disminuya los brotes de la enfermedad.

Se debe valorar individualmente la tolerancia a los alimentos, ya que el hecho de que en alguna ocasión hayan resultado problemáticos no necesariamente significa que deban ser excluidos de la alimentación. Se mencionan distintas dietas utilizadas en EII, que acorde a ciertas personas y en su experiencia personal, les han resultado beneficiosas. Sin embargo, no suelen poseer una evidencia sólida y no se debe olvidar que lo que ha podido resultar beneficioso para una persona puede que no lo resulte para otra debido a las características que presenta cada uno.

Soporte Nutricional en EII:

Cuando se menciona el soporte nutricional, se refiere a un conjunto de procedimientos para asegurar el ingreso adecuado de nutrientes al organismo. Las formas en que puede realizarse son: soporte oral, con alimentación adaptada y/o suplementos orales, soporte **enteral** con acceso al aparato digestivo mediante sondas que llegan al estómago o intestino y utilizando fórmulas líquidas con una composición definida, o soporte **parenteral** (por vena) con acceso vascular por lo general a grandes venas, infundiendo nutrientes en su estado elemental a la vena en los casos en que no sea posible utilizar el aparato digestivo.

La finalidad que tiene el soporte nutricional por vía enteral y/o parenteral es prevenir o corregir la desnutrición cuando no es posible mantener un estado nutricional adecuado solamente con una alimentación vía oral, mantener o suplir la



masa proteica corporal, promover la cicatrización de la mucosa y mantener los niveles de macro y micronutrientes dentro de parámetros adecuados.

La nutrición enteral se emplea generalmente en pacientes en los que tienen brotes graves de la enfermedad (que son más propensos a desnutrirse rápidamente). En los últimos años, se ha observado que la nutrición enteral posee un beneficio terapéutico, cuando es bien tolerada, observado una disminución de las pérdidas de proteínas gastrointestinales, reducción de la permeabilidad intestinal y disminución de la eliminación fecal de leucocitos, lo cual sugiere un efecto antiinflamatorio sobre el intestino en la enfermedad de Crohn, de manera que en ciertos casos, puede ser utilizado como tratamiento primario del brote, para inducir la remisión. Diversos estudios realizados observaron su efecto benéfico en cuanto a la remisión clínica con respecto a los corticosteroides en población infantil, aunque no es tan evidente en población adulta. Los mecanismos por los que la nutrición enteral ejerce su acción terapéutica primaria no se conocen con exactitud, pero podrían incluir: alteración favorable de la flora o microbiota intestinal (conjunto de microorganismos que viven en el intestino y fermentan las sustancias no digeribles y protegen contra patógenos), disminución de la carga antigénica (sustancias

que el sistema inmunitario reconoce como ajenas) de las fórmulas enterales, disminución de la síntesis intestinal de mediadores inflamatorios, y aporte de micronutrientes esenciales. La nutrición enteral suele aportarse de manera exclusiva durante 6 a 8 semanas, asegurando un aporte calórico, macro y micronutrientes adecuado, y luego de ese periodo, se inicia la reintroducción de la alimentación de forma gradual, disminuyendo de forma paulatina la nutrición enteral.

En ciertos casos, se requiere de suplementos nutricionales que complementen la alimentación vía oral, con el fin de aportar macro y micronutrientes. Se debe evaluar individualmente en qué casos serían necesarios, acorde a la valoración de la ingesta alimentaria presente y el estado nutricional.

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES EN BROTOS.

La EII evoluciona en brotes, pudiendo aparecer los mismos sin ningún factor desencadenante. Cuando la enfermedad se encuentra en un estadio inestable, no se debe olvidar que ciertos factores tales como el estrés, la ansiedad, o el exceso de trabajo, entre otros, pueden resultar desfavorables. Por lo que es importante tener en cuenta ciertos hábitos alimentarios como comer despacio, de manera pausada, sentado en un ambiente tranquilo, y masticar bien los alimentos. Otro hábito alimentario que favorece la tolerancia alimentaria es que la alimentación sea fraccionada, es decir que se realicen varias comidas, con una cantidad moderada, en vez de comidas copiosas. La ingesta de grandes cantidades de alimentos representa un mayor esfuerzo digestivo, y la sobrecarga sobre un tejido dañado implica un aumento de la inflamación existente y de los síntomas.

En un **brote**, el aparato digestivo se encuentra especialmente irritado, por lo que existen ciertas recomendaciones dietéticas a implementar en este momento con el fin de aliviar los síntomas. No se conocen alimentos específicos que desencadenen un brote en la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa, así como tampoco hay un plan de alimentación determinado que pueda generar la remisión de la enfermedad. La severidad del brote y la zona de afectación es particular de cada persona, y por lo tanto el plan de alimentación se adaptará a cada individuo. Las recomendaciones dietéticas en un brote se refieren a la restricción o moderación de estímulos intestinales como lactosa (que se encuentra en lácteos), fibra, especialmente fibra insoluble, y ciertas grasas procesadas.

Derribando mitos:

- **Ningún alimento produce o incentiva un brote de EII.**
- **El hábito alimentario saludable SI es beneficioso: Comer despacio, masticar bien los alimentos, sentado en un lugar tranquilo, comer en forma fraccionada.**

Durante un brote es recomendable:

Restringir o moderar la LACTOSA (Lácteos), FIBRA INSOLUBLE y Grasas.

La **lactosa** es un disacárido que se encuentra en los lácteos, y que para su digestión se requiere la enzima lactasa, la cual se produce en el intestino delgado.

Algunas personas, independientemente de la EII, presentan intolerancia a la lactosa debido a la ausencia o disminución de dicha enzima. Al no ser digerida correctamente, la lactosa fermenta en el intestino generando distensión abdominal, gases, dolor abdominal y diarrea. La inflamación intestinal puede disminuir la producción de la enzima lactasa por lo que, en muchos casos durante los brotes los pacientes no toleran los lácteos, sin embargo la gran mayoría sí los toleran en la remisión del brote. En el caso de que el consumo de leche durante los brotes genere un aumento del tránsito intestinal, se debe evitar su consumo. Durante un periodo variable luego del brote la producción de lactasa suele encontrarse alterada. La mayoría de los pacientes que no toleran la leche (mayor contenido de lactosa) pueden tolerar, sin embargo, otros derivados lácteos como el yogur y los quesos, los cuales poseen menor contenido de lactosa o lactosa fermentada. No hay razón alguna para sustituir los productos lácteos enteros por otros descremados, excepto en aquellos casos en donde exista malabsorción de grasas.

Otro disacárido que puede no ser favorable es la **sacarosa (azúcar)** ya que puede ser dificultosa su absorción y en cantidades elevadas producir diarreas al atraer agua hacia la luz intestinal.

Respecto a la **fibra**, durante los brotes se recomienda un plan de alimentación reducido en residuos con el fin de disminuir la frecuencia de los movimientos intestinales. Durante un aumento de la actividad de la enfermedad, es apropiado evitar la fibra insoluble, la cual se encuentra en cereales integrales, salvado de trigo y ciertas frutas y vegetales como apio, espárragos. La fibra soluble que está contenida en ciertas frutas y vegetales, produce menos residuo y es fermentada en el colon por las bacterias presentes, generando diversas sustancias, algunas de las cuales son beneficiosas para las células del colon. Se debe tener en cuenta que, al fermentar, también se producen gases, lo cual puede aumentar el dolor y la distensión abdominal durante un brote, por lo que el consumo de alimentos con alto contenido de fibra soluble se restringirá en tal caso, dependiendo de su intensidad.

Debido al tipo de fibra presente en las frutas y vegetales se realiza una selección de los mismos. En los casos de diarrea, donde la pérdida de líquidos es abundante, el consumo de **agua** resulta muy importante. Muchas veces se cree que la ingesta de agua aumentará los síntomas, pero esto puede suceder cuando se toma agua rápidamente, por lo que se recomienda que la ingesta de agua sea en pequeñas cantidades, a temperatura templada, de a pequeños sorbos frecuentemente durante el día y no en grandes cantidades, para que su ingesta no genere molestias. Se recomienda para una mejor tolerancia, no utilizar sorbetes ni bombillas para ingerir líquidos, y evitar bebidas gasificadas, con el fin de no incorporar aire en el sistema digestivo junto con los líquidos, lo cual puede generar molestias.

Respecto a la **forma de cocción de los alimentos**, se prefiere la cocción por hervido, al vapor, a la plancha, o al horno, sin utilizar grasas en la cocción. Los alimentos cocidos presentan una mejor tolerancia que aquellos crudos.

Luego del periodo del brote, la reintroducción de alimentos debe ser gradual, sin olvidar que la inflamación producida en el aparato digestivo requiere cierto tiempo para su total recuperación. Alimentos tales como café, condimentos picantes, alcohol, chocolate, frituras, grasas saturadas, pueden resultar irritantes para el aparato digestivo.



EN BROTE: La cocción al vapor es la más recomendada. también a la plancha.



EN BROTE: Los alimentos cocidos se toleran mejor que los crudos.



En brote: moderar o excluir según tolerancia: lactosa, sacarosa y fibra insoluble.



Alimentos recomendados en BROTE SEVERO EII:

Lácteos:

- queso por salut

Huevo:

- se preferirá la clara, deberá ser cocido por hervido, no como fritura.

Grasas:

- aceite de girasol, maíz, oliva (utilizado en crudo para condimentar, no en cocciones)

Líquidos:

- agua
- infusión de té suave, manzanilla
- caldos caseros de vegetales colados
- jugo de compota de manzana,
- gelatina dietética.

Carnes:

- pollo (retirando la piel)
- pescado (merluza, brótola, atún fresco)
- carne vacuna magra

Cereales:

- fideos de sémola
- arroz
- harina de maíz (polenta)
- sémola
- pan francés desecado
- galletas de agua y galletas de arroz

Vegetales:

- zanahoria
- papa (sin cáscara)

Frutas:

- banana madura,
- manzana (sin cáscara, rallada o cocida)

Recordar que los alimentos cocidos se toleran mejor que los crudos y que la cocción más recomendada es al vapor, seguida de plancha, parrilla y horno, no utilizando grasas para la cocción.

Alimentos recomendados en BROTE LEVE o INICIO DE REMISION: en este caso , se podrán incluir otros alimentos tales como:

Cereales:

- pastas simples y rellenas con ricota (con aceite, queso o salsa de tomate liviana),
- empanadas o tartas caseras
- pan francés tostado
- tostadas de mesa,
- galletas de vainilla sin relleno y reducida en grasa
- bizcochuelo casero bajo en grasa.

Vegetales:

- zapallo y calabaza
- pulpa de zapallitos
- berenjenas
- tomate sin semillas y sin cáscara
- batata
- chauchas tiernas (sin hilos ni porotos)
- remolacha
- hojas de acelga, espinaca (cocidos)

Condimentos:

- orégano, laurel, perejil, tomillo, albahaca y canela.

Frutas:

- pera, durazno, damasco y membrillo en preparaciones tipo puré, al horno, compota.

Huevo:

- entero (bien cocido).

Lácteos:

- leche deslactosada (la eliminación total de la leche sólo está indicada en aquellas personas que presenten intolerancia)
- yogur
- queso blanco (untable, ricota)

Dulces:

- azúcar (poca cantidad, para endulzar infusiones)
- mermelada de manzana, durazno, damasco o pera.

Líquidos:

- jugos dietéticos de manzana, durazno, damasco o pera, infusión de mate cocido liviana.

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES EN REMISION



En la etapa de remisión, es importante llevar a cabo un plan de alimentación que cubra los requerimientos de macro y micronutrientes con el fin de evitar deficiencias nutricionales, acorde a la tolerancia alimentaria individual.

La alimentación debe estar compuesta por los distintos grupos de alimentos, ya que cada uno aporta nutrientes específicos:

Lácteos: calcio, zinc, magnesio, vitamina D, A, proteínas

Carnes: hierro, proteínas, zinc, vitaminas B12, K, A

Cereales: hidratos de carbono, fibra, vitaminas del grupo B

Vegetales y frutas: fibra, vitaminas C y A, ácido fólico, potasio, magnesio

Huevo: zinc, vitamina D, A

Aceites: vitamina E y ácidos grasos esenciales

Azúcar y dulces: aportan energía pero no nutrientes indispensables

La alimentación adecuada de una persona que presenta EI está compuesta en gran medida por el autoconocimiento de cada individuo sobre los alimentos que de forma repetida aumentan sus síntomas. Que un alimento haya generado síntomas en una ocasión determinada no quiere decir necesariamente que siempre vaya a hacerlo, sino que puede tratarse de un episodio puntual y que se deba al curso de la enfermedad. En estos casos es recomendable evitarlo por un periodo de tiempo y volver a incluirlo en la alimentación, modificando la cantidad o forma de cocción. La alimentación va a ser particular de cada persona, intentando que sea lo más variada posible, con el fin de evitar restricciones innecesarias y deficiencias nutricionales. Resulta útil anotar diariamente los alimentos consumidos, así como también el momento o situación de consumo y la aparición de síntomas, permitiendo identificar aquellos alimentos que pueden resultar irritantes en ciertos casos.

Esto ayudará a conocer el aporte de nutrientes que se presenta y, mediante el análisis de un licenciado en nutrición, evaluar si los requerimientos de nutrientes están siendo cubiertos.

Puede que sea necesario modificar la cantidad ingerida, o el tipo de alimento, o incorporar alimentos que no se encuentren presentes en la alimentación.

En la **etapa de remisión**, muchos pacientes pueden llevar a cabo una alimentación sin restricciones alimentarias.

Respecto a los **hábitos alimentos**:

- La manera de alimentarse se vuelve relevante al momento de las comidas. Ingerir los alimentos, y masticarlos de manera insuficiente o triturarlos completamente, afecta la digestión de los mismos.
- En la saliva se encuentran presentes enzimas que inician la digestión de algunos nutrientes, y si los alimentos no están en contacto con la saliva, no tienen lugar las enzimas para actuar.
- Si los alimentos llegan al estómago triturados, las secreciones digestivas actúan mejor, facilitando su posterior absorción.
- Comer en un espacio tranquilo, relajado, evitando el estrés, contribuye a una adecuada digestión de los alimentos.
- Los grandes volúmenes de alimentos ingeridos en una toma, generan un mayor trabajo digestivo, por lo que se recomienda una alimentación fraccionada, que puede ser cuatro comidas (desayuno, almuerzo, merienda y cena) y colaciones (pequeñas ingestas realizadas en el día, fuera de las comidas), lo cual además contribuye a aumentar la ingesta calórica y prevenir la desnutrición.

La eliminación de los **lácteos** de la alimentación de los pacientes con EII, no se encuentra justificada. Ningún componente de los lácteos favorece la inflamación intestinal o el desencadenamiento de un brote. Los lácteos son las principales fuentes de proteínas y calcio, y resultan importantes para prevenir la descalcificación de los huesos, lo cual es frecuente en la EII y es favorecida por algunos de sus fármacos utilizados.

Se puede iniciar con el consumo de leche deslactosada, e introducir gradualmente leche con lactosa en pequeñas cantidades y vigilando la tolerancia. Se puede incorporar en preparaciones (como por ejemplo flan o salsa blanca), y si existe una buena tolerancia, se aumentara la cantidad poco a poco. El yogur y los quesos pueden ser mejor tolerados debido a que su contenido de lactosa es menor que en la leche.

La restricción de las **grasas** de la alimentación no se encuentra fundamentada científicamente. Sin embargo, la digestión de grasas puede resultar un problema en ciertos casos, ya que para la misma se requiere de bilis e íleon terminal intacto. Existe un tipo de grasa que requiere menor trabajo digestivo, los Triglicéridos de Cadena Media (MCT), los cuales no requieren bilis para su digestión y se absorben fácilmente. Suele estar presente en ciertas fórmulas enterales. Cuando las grasas no son digeridas, suelen pasar a colon y generar diarreas con exceso de grasa en las deposiciones, en cuyo caso resulta conveniente limitar la cantidad de grasas y aceites. Se han llevado a cabo algunos estudios que investigan el rol que tienen los ácidos grasos omega 3 en la reducción del proceso inflamatorio, los cuales tienen propiedades antiinflamatorias y se encuentran principalmente en pescados. Sin embargo los resultados no han sido concluyentes.

La introducción de **fibra** luego de la etapa de brote, debe ser progresiva tanto en cantidad como en la forma en que se encuentra (alimentos cocidos o crudos).

Algunos estudios investigaron si en pacientes con colitis ulcerosa la fibra soluble presente en semillas de ispágula y de los germinados de cebada reduce la inflamación y aumenta el tiempo de periodo de remisión, gracias al incremento de la producción butirato a partir de la fermentación bacteriana en colon, sin embargo, aún no se cuenta con evidencia sólida y concluyente al respecto. En la enfermedad de Crohn con estenosis, es recomendable llevar a cabo una dieta reducida en residuos, es decir, evitar en la alimentación la fibra insoluble (celulosa, lignina y algunas hemicelulosas) la cual produce un residuo fecal abundante que puede favorecer la obstrucción intestinal cuando existe estenosis. En cambio, la fibra soluble es fermentada en colon por las bacterias presentes, generando menor residuo.

Se han realizado investigaciones respecto a implementación de la **Dieta Reducida en FODMAPs** en pacientes con EII. El acrónimo “FODMAP”, corresponde a la expresión en inglés: “Fermentable Oligisaccharides, Disaccharides, Monosaccharides And Polyols” (Oligosacáridos, Disacáridos, Monosacáridos y Polialcoholes Fermentables), los cuales al restringirse de la alimentación, podrían contribuir a la reducción de síntomas gastrointestinales.

La dieta reducida en FODMAPs posee dos fases, una fase de restricción de los FODMAPs durante un periodo de tiempo, y una fase de reintroducción gradual de los mismos, eligiendo aquellos alimentos que contengan un tipo de FODMAP a la vez.

Dieta Reducida en FODMAPs: su nombre es el acrónimo “FODMAP” que corresponde a la expresión en inglés:

“**F**ermentable **O**ligisaccharides, **D**isaccharides, **M**onosaccharides And **P**olyols” (Oligosacáridos, Disacáridos, Monosacáridos y Polialcoholes Fermentables).

Este tipo de dieta fue inicialmente ideado para ser implementado en pacientes con síndrome de intestino irritable, y también se han realizado estudios pequeños evaluando su efecto en pacientes con EII, observando una reducción de los síntomas gastrointestinales (dolor abdominal, meteorismo, distensión y diarrea), excepto en aquellos casos que presentaban estreñimiento. Para poder hacer una recomendación respecto a la implementación de este tipo de dieta, es necesario contar con evidencia proveniente de estudios más amplios. Respecto a los probióticos, son microorganismos vivos que, al ser agregados en la alimentación en cantidad suficiente, estimulan el crecimiento de bacterias intestinales beneficiosas para la salud. Existen distintos tipos de probióticos y se encuentran en algunos alimentos tales como ciertos tipos de productos lácteos, gránulos de kéfir. Ciertos estudios realizados con el probiótico VSL#3 (combinación de distintas cepas de probióticos), observaron que induce y mantiene en remisión la colitis ulcerosa, no observándose este efecto en la enfermedad de Crohn. Algunos de los mecanismos por lo cual los probióticos serían beneficiosos apuntan a la disminución de microorganismos patógenos, producción de ácidos grasos de cadena corta a partir de la fermentación bacteriana, volviendo el medio más ácido, prevención de adhesión de patógenos y estimulación de la respuesta inmune. Aunque se han realizado diversos estudios, no se cuenta con datos suficientes para realizar una recomendación generalizada al respecto.



Durante la etapa de remisión, se incluirán en el plan de alimentación alimentos de buena calidad nutricional, teniendo en cuenta la tolerancia de cada persona y la máxima variedad posible:

- **Carnes:** todas, al consumir carnes quitarle la grasa visible, incorporar carnes con las siguientes frecuencias: pescado dos o más veces por semana, pollo dos veces por semana y carnes rojas hasta tres veces por semana.
- **Cereales:** todos
- **Vegetales y frutas:** consumir variedad de tipos y colores. Pueden ser cocidas y crudas (introducir estas últimas en forma progresiva luego de la etapa de brote).
- **Lácteos:** todos
- **Huevo:** entero (bien cocido).
- **Aceites:** maíz, girasol, oliva, canola, utilizar aceite crudo como condimento, evitando como forma de cocción las frituras.
- **Dulces:** con moderación, limitar el consumo de bebidas azucaradas y la cantidad de azúcar agregada a infusiones.



COMO SE PRODUCE LA DIGESTIÓN.

La mayor parte de los nutrientes que se encuentran en los alimentos están unidos en grandes moléculas que no se pueden absorber directamente en el intestino por su tamaño o porque no son solubles. El sistema digestivo reduce estas moléculas a unidades más pequeñas para facilitar su absorción y convierte las moléculas insolubles en formas solubles, para lo cual intervienen distintos órganos, cada uno con funciones particulares.

En el **estómago**, luego de ser los alimentos transportados hacia el mismo por el esófago, los alimentos son macerados y se mezclan con la secreción gástrica. La misma contiene ácido clorhídrico, el cual destruye las bacterias presentes en los alimentos, activa enzimas para que puedan actuar, y promueve la absorción de calcio y hierro. Además contiene enzimas que actúan sobre proteínas y lípidos (con una acción limitada), y el factor intrínseco el cual facilita la absorción de la vitamina B12.

El grado de digestión en este punto de macronutrientes es pequeño. Cuando los alimentos adquieren la consistencia y concentración adecuada, el estómago permite el paso de su contenido hacia el intestino delgado, donde tiene lugar la mayor parte de la digestión, y regula de esta manera la progresión del alimento.

El **intestino delgado** es una formación tubular con una longitud de 4 a 7 m (duodeno, yeyuno e íleon), donde su función principal es la de digerir los alimentos y absorber los nutrientes. El *duodeno* es un órgano fijo, mide alrededor de 20-25 cm, contiene glándulas que producen bicarbonato para contrarrestar la acidez gástrica y en él se vierten las secreciones biliares y pancreáticas. La secreción proveniente del páncreas contiene bicarbonato con el fin de neutralizar la acidez proveniente del estómago, y enzimas que descomponen las moléculas de hidratos de carbono, proteínas y grasas. La secreción biliar (contiene principalmente sales biliares), producida por el hígado y almacenada en la vesícula biliar hasta el momento en que se

vierte en el intestino, actúa sobre las grasas y las vitaminas liposolubles, las emulsiona, las fragmenta y las prepara para que puedan actuar sobre ellas las enzimas.

Al entrar en contacto con las enzimas del páncreas, los almidones se reducen a mono y disacáridos, las enzimas pancreáticas y las producidas en el intestino delgado consumen la digestión de proteínas, convirtiéndolas en pequeños péptidos y aminoácidos, y las grasas se reducen desde gotitas visibles hasta emulsiones microscópicas, que las enzimas pancreáticas pueden atacar y reducir a mezcla de moléculas más pequeñas, que constan principalmente de ácidos grasos. Además de las secreciones de la boca y el estómago, las del páncreas, intestino delgado y vesícula biliar contribuyen con una considerable cantidad de líquido en el intestino. En general, el aparato digestivo secreta una cantidad casi tres veces mayor de líquido que el que se ingiere.

El *yeyuno íleon* se inicia luego del duodeno y se extiende hasta su desembocadura en el intestino grueso a nivel de la válvula ileocecal. Mide de 4 a 6 m, donde el 50% constituye el yeyuno y la longitud restante el íleon. A lo largo del intestino delgado, se absorben macronutrientes, minerales, vitaminas, y la mayor parte de agua remanente antes de llegar al colon (al duodeno llegan 4 litros, al yeyuno 6 litros y solo 1 o 2 litros llegan al colon). La pared del intestino delgado presenta vellosidades, proyecciones pequeñas que sobresalen, y cada una de ellas está revestida de extensiones cilíndricas aun más pequeñas que se denominan microvellosidades, las cuales aumentan la superficie de absorción del intestino, facilitando el proceso digestivo. El íleon tiene una función exclusiva que es la absorción de sales biliares (que intervienen en la absorción de grasas y vitaminas liposolubles) y de la vitamina B12 (en las últimas porciones). La válvula ileocecal, se encuentra entre el íleon (la parte final del intestino delgado) y el ciego (la parte inicial del intestino grueso). Su función es controlar el pasaje del contenido presente en

en el intestino delgado dentro del ciego permitiendo el adecuado tiempo para la absorción y digestión, y previniendo el reflujo del contenido al intestino delgado.

La función principal del **intestino grueso** (ciego, colon y recto) es la de absorber agua y sales minerales de la materia no digerida, y formar y almacenar las heces hasta su expulsión al exterior. El promedio de su longitud es de 1,6m en un rango que varía entre 1 a 3 m. El colon (ascendente, transverso, descendente, y sigmoideo) juega un papel clave en el mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico del organismo. Participa en la absorción de nutrientes como el agua, sodio y ácidos grasos de cadena corta provenientes de la fermentación bacteriana. El colon recibe aproximadamente 1500 ml por día de secreciones del tracto gastrointestinal. Sin embargo, en las heces sólo se eliminan alrededor de 150-200 ml diariamente, el resto es absorbido en colon, siendo la eficiencia de absorción elevada. Las bacterias presentes en el intestino fermentan las sustancias no digeridas y sintetizan vitamina K y ácido fólico. En el ciego y colon ascendente se realiza la mayor parte de la absorción, mientras que en el colon transverso y descendente los movimientos peristálticos impulsan el contenido fecal. Por lo que las funciones del colon pueden dividirse según sus porciones: colon derecho (en él se produce la mayor parte de la fermentación bacteriana y absorción de agua y sodio y cloro) y colon izquierdo (almacenamiento de las heces y órgano propulsor permitiendo la defecación). Los ácidos grasos de cadena corta, provenientes de la fermentación bacteriana, aumentan la absorción de agua y sodio y permiten recuperar la energía proveniente de los hidratos de carbono no absorbidos en el intestino delgado.

Resumen de las principales acciones que suceden en cada órgano:

- **Boca:** Digestión mecánica (trituración de los alimentos) e inicio de digestión de hidratos de carbono.
- **Estómago:** Digestión de las proteínas.
- **Duodeno:** Absorción de aminoácidos, hidratos de carbono, lípidos, minerales y vitaminas hidrosolubles.
- **Yeyuno:** Absorción de macronutrientes y vitaminas hidrosolubles.
- **Íleon:** Absorción de vitaminas liposolubles, vitamina B12, lípidos y sales biliares.
- **Colon:** Absorción de agua, sodio, potasio, cloro. Recibe 1.5 lts y reabsorbe 1.3 lts.

LO QUE OCURRE LUEGO DE UNA CIRUGÍA.

Las resecciones intestinales producen pérdidas de la superficie de absorción, pudiendo verse afectada la digestión y/o absorción de nutrientes y agua. Las alteraciones que pueden producirse dependen de la extensión de la resección (la cantidad de superficie digestiva y absorptiva intestinal remanente) y de la zona específica de resección (por ejemplo la absorción de ciertas sustancias es más efectiva en el intestino proximal -duodeno y yeyuno- como el caso del hierro, calcio, o en la porción distal -íleon- como las sales biliares y vitamina B12).

Acorde al sitio de la resección, algunos nutrientes pueden sufrir malabsorción. Las resecciones de duodeno y yeyuno se suelen tolerar mejor que las de íleon ya que si bien al principio puede existir malabsorción, con el tiempo el íleon comienza a adquirir su función absorptiva. En cambio, en las resecciones de íleon, el yeyuno no puede compensar sus funciones, pudiéndose producir malabsorción de grasas, vitaminas liposolubles, vitamina B12, y sales biliares, las cuales pasan al colon y producen diarrea y esteatorrea.

El grado de malabsorción de los mismos depende de la extensión de la resección.

El tránsito intestinal se encuentra generalmente acelerado debido a que las enzimas pancreáticas e intestinales no tienen tiempo suficiente para estar en contacto con los alimentos para degradar los nutrientes y por la pérdida de ciertas hormonas intestinales que regulan la motilidad. La ausencia de la válvula ileocecal aumenta el tránsito intestinal y la posibilidad de sobrecrecimiento bacteriano en el intestino remanente, donde las bacterias compiten por los nutrientes, reduciendo la absorción de grasas y vitaminas liposolubles, y pudiendo disminuir la absorción de la vitamina B12.

Luego de una resección intestinal, la actividad de ciertas enzimas se encuentra disminuida, especialmente la lactasa, pudiendo generar malabsorción de lactosa.

Muchos pacientes después de una resección intestinal presentan hipersecreción gástrica, generando náuseas, reflujo gastroesofágico, esofagitis.

En el aparato digestivo suceden cambios adaptativos; la adaptación intestinal es el resultado del aumento del tamaño de las células epiteliales, y con ello aumenta la absorción de los diferentes nutrientes. Es importante recordar que cada persona presenta características propias respecto al proceso individual de adaptación y tolerancia alimentaria.

La alimentación en el periodo postoperatorio inmediato depende de la extensión del segmento resecado, la zona resecada y el intestino remanente. A partir del estado nutricional de la persona y de las características de su resección intestinal, se confeccionará el plan de alimentación adecuado e individual, teniendo en cuenta las alteraciones digestivas que pueden producirse y asegurando el aporte necesario de nutrientes que requiere cada persona. La intervención quirúrgica suele aumentar los requerimientos de nutrientes para la reparación del tejido, recuperación y rehabilitación, por lo que el aporte de nutrientes debe ser adecuado con el fin de evitar que el organismo consuma sus reservas para obtener energía.

Una vez realizada la resección de intestino delgado, la alimentación se inicia una vez superado el riesgo de apertura espontánea del órgano suturado (unido por medio de una costura).

Las recomendaciones dietéticas en resecciones de intestino delgado:

- Se refieren al fraccionamiento de la alimentación (ingestas frecuentes y de pequeño volumen)
- Con preferencia de carnes magras, pollo, pescados magros, vegetales y frutas cocidos con predominio de fibra soluble y sin cáscara, leche deslactosada (con la introducción progresiva y gradual de lactosa en cada caso particular monitoreando la tolerancia)
- Evitando cantidades excesivas de azúcares, condimentos picantes, y alimentos con elevado contenido de grasas (como frituras o manteca por ejemplo).

Las recomendaciones dietéticas en resecciones de colon:

- En los primeros días postoperatorios, las deposiciones son mayormente líquidas y de gran volumen, por lo que la dieta será reducida en residuos, realizando progresiones acorde a la tolerancia.
- El aporte de pectinas (fibra soluble) contribuye a deposiciones de mayor consistencia y favorece la absorción de agua.
- En las resecciones de colon izquierdo, las deposiciones suelen tener mayor consistencia, por lo que la alimentación contendrá residuos pero modificados por la cocción de los alimentos, y la progresión de la alimentación suele realizarse más rápidamente.
- Se prefieren los vegetales y frutas con predominio de fibra soluble, cocidos y sin cáscara, carnes magras.
- El consumo de líquidos durante el día en pequeñas tomas
- Evitar alimentos con elevado contenido de grasas.
- Evitar alimentos que pueden producir gases (bebidas con gas, legumbres, coles, frutos secos, entre otros).

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES EN OSTOMIAS

Ileo - Colostomía.

La ostomía consiste en generar una comunicación, por medio de una apertura quirúrgica, de un víscera hueca (en este caso del intestino delgado o grueso) por la pared abdominal, con el fin desviar el tránsito intestinal hacia el exterior, hacia una bolsa colectora o bolsa de ostomía.

Las **COLOSTOMIAS** pueden ser definitivas o temporarias y comienzan a funcionar entre 2 y 5 días después de la cirugía, observando al inicio la generación de gases y deposiciones con gran contenido de líquido, y luego la consistencia va cambiando, volviéndose más sólidas.

En general la excreción varía entre 200 a 600 ml por día. En estos casos suele verse afectada la absorción de agua y minerales, no así la de otros nutrientes.

Acorde al lugar donde se encuentra la ostomía, cambiará el nombre y de características:

- **Ostomía del Colon: Colostomía,**
- **Ostomía del Íleon Ileostomía.**

Las **colostomías derechas** tienen débitos más abundantes, frecuentes y líquidos (debido a que existe una menor superficie de absorción de agua y minerales), en cambio, las colostomías izquierdas tienen débitos menos abundantes y sólidos y presentan una menor alteración de los movimientos colónicos.

Puede producirse una alteración en la microbiota intestinal y verse afectada la fermentación bacteriana de sustancias no digeribles.

Para la confección del plan de alimentación es necesario tener en cuenta el tipo y extensión de la resección, el tránsito intestinal presente, y la tolerancia alimentaria, además del estado nutricional previo a la cirugía.

- Se iniciará con la tolerancia a líquidos, y se progresará a una alimentación restringida en estímulos intestinales como por ejemplo fibra insoluble, lactosa, grandes cantidades de azúcares, condimentos picantes, entre otros, luego de la cual se continuará con la reintroducción gradual de los mismos.
- La mayoría de los pacientes suele tolerar bien una alimentación sin restricciones luego del periodo de adaptación, acorde a su tolerancia alimentaria.
- Las recomendaciones dietéticas se basan en evitar aquellos alimentos que contribuyen a la producción de olor y gases.

- **Dentro de los alimentos que AUMENTAN LA FORMACION DE GAS encontramos:**

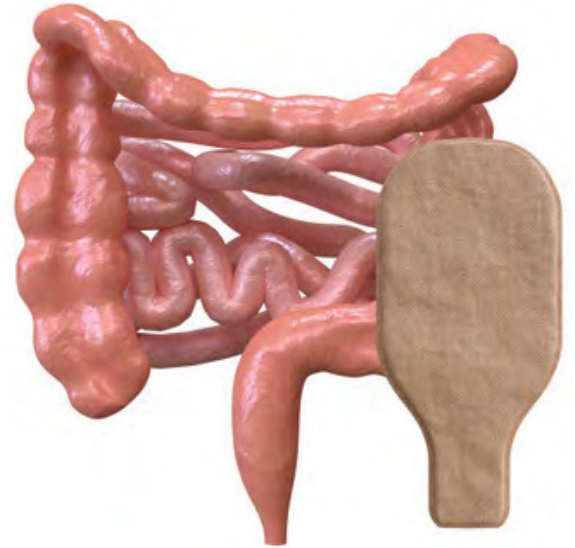
Pescado, cebolla, ajo, huevo, legumbres, coles (brócoli, coliflor, repollo), papa, batata, choclo, sandía, melón, cítricos, nueces, azúcares, dulces, bebidas dulces, cerveza, quesos (parmesano, gruyere, roquefort).

- **Respecto a los alimentos que PRODUCEN MAL OLOR, podemos mencionar:**

Pescado, cebolla, ajo, huevo, maíz, porotos secos, zapallo, espárragos, coles, bebidas con gas.

- **En cambios, los alimentos que pueden CONTRIBUYEN A DISMINUIR EL OLOR el olor son:**

Yogur, ricota, frutas frescas (manzana, cítricos, frutilla), perejil, menta.





Las **ILEOSTOMIAS** son la apertura del íleon distal hacia la pared abdominal, y comienzan a funcionar dentro de las 24 horas. En estos casos, la capacidad del intestino para absorber sodio y agua se encuentra disminuida, por lo que el débito será líquido y cuando el funcionamiento es adecuado se descargan 500 a 600 g de materia fecal siendo el 90% de la misma agua, la cual también contiene enzimas que pueden dañar la piel.

La excreción es continua, pudiendo aumentar con las comidas o con aquellos alimentos que contienen elevada cantidad de sustancias no digeribles (ej. fibra insoluble). Se debe tener en cuenta que durante la primera semana el débito es abundante, y luego comienza a disminuir paulatinamente. Debido a la pérdida de sodio y potasio que existe, debe vigilarse su aporte en la alimentación. Cuando existe resección de íleon terminal, pueden presentarse alteraciones en la reabsorción de sales biliares y malabsorción de vitamina B12 (pudiendo requerir su suplementación), generando esteatorrea con excesivas pérdidas de líquidos.

- Durante las primeras 24 a 48 hs luego de la cirugía, se realizará hidratación parenteral (a través de las venas).
- Cuando la ileostomía está funcionando (para gases y secreciones), se iniciará con una alimentación libre de residuos y estímulos intestinales.
- Es importante realizar un aporte adecuado de líquidos, que equilibre las pérdidas por la ileostomía (resulta conveniente llevar a cabo un registro con el débito y el líquido ingerido), y agregar sal a las comidas con el fin de aportar sodio y cloro (siempre que no haya contraindicaciones).
- La incorporación de alimentos debe hacerse de manera gradual.
- Se debe tener en cuenta fraccionar la alimentación en varias ingestas de pequeño volumen
- Masticar bien los alimentos
- Evitar alimentos con alto contenido de fibra insoluble o almidón resistente (el cual se encuentra por ejemplo en las bananas verdes, no maduras, cereales cocidos y enfriados)
- Evitar alimentos que contribuyen a la producción de gas y olor, así como también alimentos que puedan bloquear el estoma: apio, choclo, pochoclo, pasas, frutas secas, legumbres, cáscara de manzana, repollo crudo, coco, champiñones, naranjas, ananá, semillas.

En los casos en que el débito sea muy elevado, y no responda a medidas farmacológicas, puede incorporarse psyllium (fibra soluble), 1 cucharada con poca cantidad de líquido, alejado de las comidas y medicación, con el fin de lograr una mayor consistencia de las deposiciones. A medida que el intestino delgado va adaptándose, el débito se vuelve más espeso y blando, aunque hay que tener en cuenta que no llegará a tener una consistencia dura.

Los alimentos que suelen ser bien tolerados son:

- pan tostado o desecado
- galletas de arroz
- arroz
- harina de trigo, de maíz
- fideos de sémola
- eche deslactosada
- carnes magras, pollo sin piel, pescados magros (merluza, brótola)
- huevo duro
- zanahoria cocida, manzana y pera cocidas sin cáscara
- aceites como condimento
- bizcochuelo casero
- bizcochuelo desecado
- edulcorantes
- mermelada dietética
- galletitas dulces simples bajas en grasas, condimentos como: sal, laurel, orégano, perejil, canela, vainilla
- infusiones como té, té de manzanilla.

Los alimentos limitados (se debe evaluar su tolerancia) son:

- pan blanco
- quesos frescos, yogur
- carnes con grasa visible
- embutidos de calidad con poca grasa
- calamares, pescado azul,
- zapallito, berenjenas, tomate, remolacha cocidos y sin cascara ni semillas
- banana madura, manzana rallada
- caramelos, miel y azúcar en baja concentración
- condimentos como vinagre, jugos dietéticos.

Los alimentos desaconsejados son:

- cereales integrales,
- legumbres
- leche, crema de leche, quesos duros
- carnes fibrosas
- embutidos con mucha grasa, paté, salchichas
- mariscos
- huevo frito
- verduras fibrosas, frutas crudas, frutas secas
- frituras
- salsas como mayonesa, helados, chocolate,
- bebidas alcohólicas, bebidas con gas, café.

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES EN EL POUCH ILEAL.

El reservorio o pouch ileal consiste en la resección del colon, recto y la conformación de un reservorio con el íleon, donde se cierra la ileostomía con reconstrucción del tránsito intestinal. Con la resección del colon y recto se pierde la capacidad de absorber agua y minerales, la fermentación bacteriana de las sustancias no digeribles y la función de reservorio de materia fecal. Una vez que se inicia el funcionamiento el reservorio ileal (luego de un periodo de adaptación), las deposiciones durante el día pueden ser seis, y durante la noche puede presentarse alguna deposición más.

Algunos pacientes presentan situaciones de incontinencia nocturna durante el primer año luego de la cirugía. Con el paso de los meses, el reservorio se va adaptando y suele mejorar la consistencia y frecuencia de las deposiciones, pudiendo demorar un año la adaptación.

El plan de alimentación se enfoca en aportar todos los nutrientes necesarios, en cantidades adecuadas, dentro de una alimentación saludable lo más variada posible, que no exacerbe los síntomas gastrointestinales y prevenga la irritación perianal.

Las características del plan se adaptarán en cada caso particular acorde a la consistencia y frecuencia de las deposiciones, así como también al grado de continencia y estado nutricional.

Primera Etapa:

- En un primer momento luego de la cirugía, se prefieren alimentos con fibra soluble, de fácil digestión.
- Se restringe de la alimentación lácteos (debido al contenido de lactosa), azúcar, y aquellos alimentos que contienen fibra insoluble.
- Algunos alimentos que resultan beneficiosos son el arroz hervido, papas (no enfriadas y recalentadas, sino consumidas en el momento en que se cocinan), manzana cocida sin cascara, banana madura, pan desecado o galletas de arroz.

- En el caso de irritación perianal se deberán evitar alimentos que agraven la diarrea, limitar el consumo de azúcares, incluir alimentos ricos en pectinas (como manzana o zanahoria cocida), evitar los alimentos con alto contenido en fibra insoluble y condimentos picantes.
- Para mejorar la consistencia de las deposiciones, puede ser útil el agregado de fibra soluble en la alimentación (como por ejemplo psyllium).



Segunda Etapa:

- Una vez que el reservorio se ha adaptado, se continuará con la introducción de otros alimentos, de manera gradual y monitoreando la tolerancia, que contengan azúcar, lactosa, fibra, con el fin de lograr mayor variedad en la alimentación.



CAPITULO 8

Cáncer en la Enfermedad Intestinal Inflamatoria



Cáncer de Colon en la EII- Generalidades

Parte 1.

DR. CARLOS VARSKY *
DRA MARIA CAROLINA CONLON **

*Médico Gastroenterólogo. Ex Jefe de Departamento de Diagnóstico y Tratamiento, Hospital Posadas. Director de Gastroenterología y Endoscopia Centro Médico Privado. Buenos Aires, Argentina.
**Médica Gastroenteróloga. Servicio de Gastroenterología, Hospital Posadas, Gastroenteróloga y Endoscopista Centro Médico Privado. Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCION:

Uno de los cánceres que más afecta a la población en nuestro país es el Cáncer de Colon y Recto (CCR).

Un cáncer de colon detectado y tratado precozmente tiene buen pronóstico. Más aún, en ocasiones podemos detectar lesiones potencialmente precursoras del cáncer y resolverlas con relativa facilidad (extirpación endoscópica: polipectomía/mucosectomía).

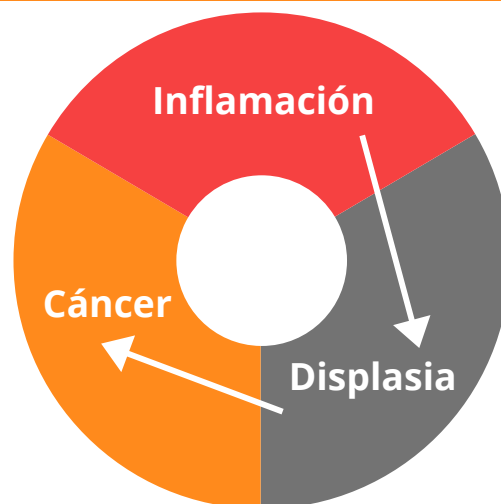
Para prevenir el desarrollo del cáncer de colon se aconsejan medidas en toda la población en riesgo (población general a partir de los 50 años de edad, individuos con ciertos antecedentes familiares, etc.). La colonoscopia es uno de los estudios más aceptados como herramienta en la prevención y detección precoz del cáncer de colon.

Tanto la Enfermedad de Crohn (EC) cuando afecta al colon (podemos llamarla en ese caso Colitis de Crohn) como la Colitis Ulcerosa (CU) aumentan el riesgo de cáncer de colon y la necesidad de vigilancia endoscópica.

La aparición (los médicos la llamamos incidencia) de CCR en pacientes con CU es de 2 a 5 veces mayor que en la población general. Por otro lado, está ampliamente aceptado que los pacientes con Colitis de Crohn (CC) tienen un riesgo similar al de la CU con similar extensión y duración de compromiso colónico.

¿PORQUE HAY RIESGO DE CANCER DE COLON EN QUIENES PADECEN EII?

Si bien los mecanismos íntimos de la aparición de cáncer en EII no están del todo aclarados, la inflamación crónica parece jugar un papel fundamental en la secuencia displasia-cáncer.



La displasia es una etapa celular en donde comienzan cambios, dando paso al desarrollo del cáncer con el tiempo.

Parece ser además que el tratamiento antiinflamatorio empleado (compuestos con 5-aminosalicilatos e inmunomoduladores) actúa como prevención de esta progresión, no sólo combatiendo la inflamación sino que podrían llegar a tener un efecto de quimioprotección (protección química).

Algunos estudios sugerían que el Ácido Fólico (una vitamina del complejo B) podría tener también un efecto quimioprotector, pero nuevas experiencias no confirmaron esta hipótesis.





VIGILANCIA DE CÁNCER COLORECTAL EN EII.

Las personas con CU y CC extensa tienen riesgo aumentado de padecer cáncer colorrectal (CCR). Para su prevención o detección precoz deben practicarse colonoscopías de control (colonoscopia completa inicial cuando se diagnostica la enfermedad) y vigilancia (controles colonoscópicos periódicos).

El riesgo de cáncer aumenta con la mayor duración y extensión de la enfermedad, historia familiar de cáncer de colon, historia personal de lesiones precancerosas como la displasia de colon o en el caso de CU, si hubiera estrechamiento de la luz del colon.

Los pacientes con CU que muestran compromiso de por lo menos todo el lado izquierdo del colon y pacientes con EC que compromete más de un tercio del colon se consideran con riesgo aumentado de sufrir CCR.

Para evaluar la extensión, hoy en día nos basamos no sólo en lo que vemos en la endoscopia, sino también en lo que muestran las biopsias, ya que en ocasiones un sector de la mucosa que parece normal, muestra inflamación en la histopatología (estudio de las biopsias por un médico patólogo). En presencia de compromiso sólo rectal (proctitis) no se ha demostrado riesgo aumentado de CCR, pero pacientes con proctitis sola, pueden desarrollar mayor extensión de la enfermedad con el tiempo, con el consiguiente aumento de riesgo.

La primera colonoscopia (de catastro, o en inglés screening), es la que define inicialmente cada cuánto deberá hacerse la vigilancia.

En principio la vigilancia es necesaria en todo paciente que tenga CU con compromiso endoscópico (lo visible en la colonoscopia) o histológico (según lo que muestran las biopsias) de inflamación que vaya más allá del recto, y en aquél con EC que comprometa más de un segmento y/o al menos un tercio del colon.

Si durante la colonoscopia se encuentran pólipos u otras lesiones similares serán extirpadas por el endoscopista y mandadas a analizar (biopsias).

Si no se pueden extirpar serán sólo biopsiadas (en estos casos, la biopsia es sólo una muestra de un trocito de tejido).

Cuando hablamos de “displasia” en la mucosa del colon (no confundir con el concepto de displasia en otros órganos como por ejemplo las displasias mamaria, que es algo totalmente distinto), nos referimos a cambios en la estructura del tejido y/o de las células de la mucosa que pueden ser precancerosos o indicar un riesgo de malignización. En años más recientes, el advenimiento de videoendoscopios más sofisticados, con magnificación y con imagen de Alta Definición (HD) ha permitido una mejor detección de displasia que era invisible con los endoscopios menos modernos.

Cuando se encuentra displasia múltiple o no reseccable la cirugía es una opción, cuya necesidad y oportunidad será aconsejada por el especialista. También la cirugía con resección del colon (colectomía) es necesaria, obviamente, si se encuentra un cáncer ya establecido.

En pacientes colectomizados (operados con resección del colon) el riesgo de cáncer disminuye notablemente, aunque se debe mantener vigilancia de la zona de anastomosis (unión quirúrgica) y del pouch ileal (artificio quirúrgico que construye un nuevo recto cuando se ha extirpado el original), sobre todo cuando éste último se inflama.

COMIENZO DE LOS ESTUDIOS ENDOSCOPICOS (Catastro o Screening)

Vamos a hablar ahora de los estudios endoscópicos tendientes a descartar o prevenir la progresión a cáncer rectocolónico (CCR). No hablamos aquí de la colonoscopia utilizada para diagnosticar la enfermedad o la que se hace para evaluar estado a efectos de ajustar el tratamiento.

Años atrás se aconsejaba comenzar los estudios colonoscópicos 8 a 10 años después del comienzo de los síntomas, y 15 años para pacientes que sólo tenían afectación del lado izquierdo del colon (Colon descendente, sigmoides y recto). Estudios más recientes demostraron que con estos criterios se llegaba lamentablemente a un diagnóstico tardío de CCR. Por lo tanto, las guías actuales recomiendan comenzar no más allá de los 8 años del comienzo de los síntomas, o antes si el paciente tiene antecedentes personales de colangitis esclerosante primaria (una enfermedad del hígado y las vías biliares que suele relacionarse con EII), o CCR en familiares cercanos. Este control se debe efectuar incluso en pacientes con CU limitada al recto, dado que la enfermedad pudo haberse extendido o las biopsias demostrar compromiso microscópico más extenso. Las guías actuales recomiendan vigilancia cada uno a tres años, dependiendo de diversos factores de gravedad, enfermedades previas y antecedentes familiares. Incluso en pacientes que tienen su enfermedad en remisión la vigilancia es aconsejable, más aún considerando que en ausencia de actividad inflamatoria la displasia se identifica con mayor facilidad (las lesiones inflamatorias activas pueden enmascarar la displasia).

Hay diversos criterios para elegir el intervalo de vigilancia, existiendo variaciones de acuerdo a consensos de las sociedades científicas de diversos países. Mostramos aquí un esquema posible, sin que sea necesariamente el elegido por el especialista, que será el que establezca lo más apropiado en cada caso según lo consensado con el paciente.

Riesgo	Intervalo de Vigilancia	Factores de riesgo
BAJO	CADA 5 AÑOS	Colitis extensa sin inflamación endoscópica histológica o colitis del lado izquierdo o colitis de Crohn con compromiso < 30% del colon.
INTERMEDIO	CADA 3 AÑOS	Colitis extensa con inflamación endoscópica/histológica moderadamente activa o Pólipos post-inflamatorios ("seudopólipos") o historia familiar de cáncer colorrectal en familiares de 1er. Grado a >50 años de edad.
ALTO	ANUAL	Colitis extensa con inflamación con moderada/severa actividad endoscópica o histológica o estrechez en los últimos 5 años o Displasia in los últimos 5 años negándose a cirugía o Colangitis esclerosante primaria historia familiar de cáncer colorrectal en familiares de 1er. Grado a <50 años de edad.

Dividimos al recto y colon en los siguientes segmentos: recto, colon sigmoides, colon descendente, colon transverso y cecoascendente.

Nota: Para la elaboración del presente Capítulo hemos tomado como Referencia a las Guías sobre el Rol de la Endoscopia en Enfermedad Inflamatoria Intestinal de la ASGE (American Society for Gastrointestinal Endoscopy) publicadas en 2015.

Cáncer en Enfermedad Intestinal Inflamatoria.

Parte 2.

DR. FERNANDO GOMOLLON

INTRODUCCION:

Debemos, en primer lugar, asumir con normalidad que a lo largo de la vida al menos una de cada tres personas sufrirá un cáncer. También sabemos que en unos años (hacia 2030) una de cada cien personas tendrá una enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Será, por tanto, cada vez más frecuente que nos encontremos con una coincidencia entre ambos tipos de enfermedad en la misma persona.

Creo que en este momento podemos dividir el tema en tres apartados de actualidad:

1. el cáncer colorrectal como complicación de la enfermedad inflamatoria intestinal
2. los tumores como uno de los riesgos de los tratamientos que utilizamos en las EII
3. la problemática de tratar las EII cuando anteriormente se ha padecido un cáncer o cuando ambas entidades coinciden.

Un factor común que está detrás de muchas de las coincidencias entre tumores y EII es el tabaquismo (activo o pasivo), no está de más recordarlo al principio del capítulo.

• *Cáncer colorrectal y enfermedad inflamatoria intestinal.*

Aunque originalmente se describió con la colitis ulcerosa (CU) cuando una enfermedad de Crohn (EC) afecta al colon podemos asumir prácticamente lo mismo. Ya hace más de 30 años que se sugirió que cuando se sufre una CU el riesgo de sufrir un cáncer colorrectal (CCR) a lo largo de la vida es claramente mayor que en la población general. De hecho, en 2001 Jane Eaden demostró en un metaanálisis (análisis conjunto de los datos de diferentes estudios) que el riesgo era

significativamente mayor que en la población general, y que ese riesgo aumentaba con los años de seguimiento. Si bien numerosos datos de la literatura científica han confirmado estos datos, conforme los estudios son más modernos el riesgo individual se demuestra menor, de hecho, en algún análisis reciente es difícil encontrar una significación estadística. No obstante, es mejor que consideremos que sí existe el riesgo para poder minimizarlo.

El riesgo se asocia a la duración de la colitis (a mayor duración más riesgo), a su extensión (el riesgo es mayor en una colitis que afecte a todo el colon que en una colitis que sólo afecte al recto o proctitis), y es mucho mayor en aquellos pacientes que además tienen una colangitis esclerosante primaria (una minoría de pacientes).

Es prácticamente seguro, de acuerdo con el hallazgo de múltiples pruebas experimentales, epidemiológicas y clínicas, que el factor más asociado al riesgo es que se mantenga la inflamación activa.

Como en los últimos 30 años se ha prestado mayor atención al tratamiento de mantenimiento, y se ha insistido en muchos centros en la importancia del tratamiento de mantenimiento, no es sorprendente que haya disminuido el riesgo global de CCR en las personas con EII. Por otra parte, los sistemas de cribado de CCR que aplicamos en la población general no son útiles en las EII, porque es imposible distinguir entre neoplasia y enfermedad inflamatoria con la sangre oculta en heces.

Los caminos por los que la mucosa del colon se transforma en cáncer, son diferentes en el caso de las EII y en los casos de la población general.

Además de la importancia crítica de la inflamación, sabemos que la mayoría de los cánceres aparecen sobre lesiones previas que llamamos displasia. Esta circunstancia nos proporciona la misma oportunidad que en la población general significan los pólipos. Si somos capaces de detectar la displasia, podremos actuar antes de que el CCR haya alcanzado estadios en los que el tratamiento es más sencillo.

Para ello, en todos los pacientes con EII, particularmente en aquellos con una CU extensa de comienzo temprano, se lleva a cabo un programa de cribado basado en la realización periódica de colonoscopias. Unos 8 o 10 años después del diagnóstico, se inicia el procedimiento llevando a cabo una colonoscopia con cromoendoscopia (una endoscopia en la que además de visualizar la mucosa con la luz normal del endoscopio, utilizamos colorantes para identificar mejor las lesiones displásicas). Si se detectan lesiones se resecan y se analizan histológicamente. Dependiendo del grado de las lesiones bastará con el tratamiento endoscópico o será recomendable una cirugía. Un punto esencial es decidir con qué frecuencia llevamos a cabo las exploraciones.

- Se pueden hacer cada 6 meses (en los casos de muy alto riesgo, aquellos en los que hemos detectado ya displasia en las endoscopias anteriores)
- Cada año en aquellos con una colangitis esclerosante primaria.
- Cada 3 a 5 años en el resto de personas, en dependencia de la extensión, la presencia o ausencia de inflamación, el tratamiento, y otros factores personales.

Hay diversas guías que recomiendan a veces actitudes diferentes, por lo que será esencial la decisión de cada clínico, en cada ambiente, y con cada paciente.

¿Puedo hacer algo como paciente?

Claro que sí. Lo más importante es cumplir (adherirnos al) con el tratamiento.

Si seguimos las recomendaciones en cuanto al tratamiento será probable que mantengamos controlada la enfermedad. Si hay poca inflamación la probabilidad de desarrollo de cáncer es claramente menor.

Es más, cabe la posibilidad de que la **mesalazina**, que es el medicamento que más a menudo se utiliza en el tratamiento de mantenimiento de la CU, tenga un efecto protector. Aunque no estamos seguros de que sea independiente de su efecto antiinflamatorio, en casi todos los estudios que se analiza, aquellas personas que toman regularmente mesalazina muestran riesgos menores del desarrollo de CCR.

El otro punto sobre el que podemos actuar es acudiendo puntualmente a las **revisiones endoscópicas**. Y prepararnos bien para esas colonoscopias de control. Si en una colonoscopia estándar es recomendable una buena preparación, en una en la que llevamos a cabo cromoendoscopia es absolutamente esencial.

Si el colon no está perfectamente limpio, la colonoscopia es simplemente imposible. Es nuestra responsabilidad acudir bien preparados. Para una cromoendoscopia tienen que guardarnos un hueco más largo en la agenda de endoscopias, si no nos la pueden hacer hemos perjudicado, además, a otras personas a las que se les ha tenido que retrasar su procedimiento. Nuestra responsabilidad personal y social es ir muy bien preparados a la Unidad de Endoscopias.

Si llevamos bien el tratamiento, si acudimos a las revisiones, y si se lleva a cabo un buen programa de cribado nuestro riesgo individual será incluso menor que el de la población general. Veamos el lado positivo: somos conscientes de que si vigilamos el riesgo las probabilidades de problemas son muy pequeñas.



- **Fármacos usados en las EII y riesgo de cáncer.**



En realidad, en nuestro organismo se están produciendo transformaciones de células normales en células con potencial cancerígeno todo el tiempo, constantemente. La mayoría de las células con potencialidad tumoral no son viables, y mueren espontáneamente.

Otras, casi todas las restantes, son detectadas por nuestro sistema inmune y eliminadas. Una de las misiones fundamentales del sistema inmune es la vigilancia para detectar este tipo de células y eliminarlas. Algunas células ocasionalmente sobreviven, se esconden del sistema inmune y finalmente tienen éxito desarrollando un tumor, que puede ser al final un tumor maligno.

Muchos de los medicamentos que utilizamos en las EII afectan al sistema inmune. De hecho, están diseñados para disminuir la actividad del sistema inmune que está exageradamente activo como una parte de los fenómenos que ocurren en las EII.

Como no podemos ser completamente selectivos, si disminuimos la actividad del sistema inmune, disminuimos la vigilancia que este ejerce sobre todas las células del organismo, y ello podría aumentar el riesgo de tumores. De hecho, los fármacos inmunosupresores que utilizamos más a menudo son las tiopurinas, de las que básicamente usamos dos muy a menudo: mercaptopurina y azatioprina. Estos medicamentos fueron originalmente desarrollados como antitumorales por una gran investigadora, Gertrude Elion, en los años 50 del siglo pasado, sobre todo para el tratamiento de las leucemias. Paradójicamente, cuando los utilizamos a largo plazo como inmunosupresores se asocian a un riesgo de linfoma y también de tumores cutáneos.

Este riesgo es real, pero individualmente muy pequeño. Se concentra mucho más en personas de más de 65 años, por lo cual los utilizaremos

más restrictivamente y con más supervisión en personas de edad más avanzada, y caso de detectarse lesiones sospechosas (cutáneas, por ejemplo) pediremos ayuda al dermatólogo para su evaluación. El riesgo es real, pero pequeño, y claramente inferior al beneficio que se obtiene si los fármacos se indican adecuadamente, a las dosis correctas.

Mucho más se ha escrito y polemizado sobre el riesgo de tumores cuando se utilizan antiTNF (fármacos dirigidos al factor de necrosis tumoral alfa, como son infliximab, adalimumab, golimumab y certolizumab) y en menor grado otros biológicos como vedolizumab o ustekinumab, cuyos mecanismos de acción sugieren un menor riesgo. Llevamos ya 20 años utilizando infliximab, y aunque Carlos Gardel nos recuerde en su famoso tango “Volver” que “veinte años no es nada”, han recibido este tipo de tratamientos millones de personas con artritis reumatoide, psoriasis, enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa; por ejemplo. Y parece claro que el riesgo de tumores es muy bajo. Es posible que haya un riesgo superior al que encontramos en la población general de melanoma, aunque no está claro en todos los estudios. No obstante, la aparición de lesiones cutáneas sospechosas debería motivar una consulta con el dermatólogo. Como pacientes, tanto para cuando llevemos tratamiento con estos agentes biológicos, o con inmunosupresores, o (sobre todo) con combinaciones de los dos, debemos tomar el sol con moderación y utilizar medidas de protección; sobre todo en los primeros años de la vida, porque parece que el efecto de la radiación solar sobre la piel que aumenta el riesgo de tumores cutáneos afecta sobre todo al principio de la vida.

Como dato optimista y contrapartida, se suele citar menos que si estos fármacos controlan bien la actividad inflamatoria de la enfermedad inflamatoria intestinal, los riesgos de tumores intestinales como el CCR al que hemos dedicado el apartado anterior, disminuyen significativamente. De hecho, utilizando el registro español de pacientes ENEIDA hemos demostrado que el riesgo de displasia y de CCR en aquellos pacientes con CU en tratamiento con azatioprina es claramente menor.

Existen riesgos, son pequeños y están claramente compensados con las ventajas en el control de las EII. Podemos minimizarlos si seguimos las medidas de protección de la radiación solar, si cuando aparece una lesión cutánea nos la evalúa el dermatólogo, y si seguimos los procedimientos de seguimiento que nos recomienden en nuestra Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

- **Cáncer previo (o concomitante) y tratamiento de las EII.**

Otra circunstancia posible, y cada vez más común, es que cuando nos diagnostican una EII seamos supervivientes de un proceso tumoral previo (por ejemplo, es bastante común el antecedente de un cáncer de mama) o bien nos sea diagnosticado un tumor sin relación con la EII (por ejemplo, un cáncer de próstata) mientras seguimos el tratamiento de nuestra EC o nuestra CU. En ese momento se nos plantea el problema de si podemos seguir con el tratamiento, de si tenemos que retirarlo, o si está o no contraindicado empezar un tratamiento determinado para nuestra EII.

No es una situación sencilla. Los escenarios potenciales son infinitos (muchos tipos de tumores, muchos tipos de fármacos, muchos tipos de enfermedad inflamatoria, diversos riesgos individuales, como el tabaquismo previo o activo). La información científica de la que disponemos para todos estos escenarios potenciales es, por el contrario, muy escasa; aunque se va acumulando rápidamente.

Por ello, en cada situación se establecerá un

compromiso de consenso entre el médico a cargo de la EII, el oncólogo y el paciente. Muchas veces será una solución consensuada pero no basada en experiencias ni estudios previos, con un grado de incertidumbre muy importante. Tenemos que asumirlo. No todos los tumores tienen la misma probabilidad de recaída, ni todos los fármacos los mismos riesgos. Podemos valorar algunos ejemplos. Si hay antecedentes de un linfoma o de un tumor cutáneo, no parece muy razonable iniciar ni mantener tratamientos con mercaptopurina o azatioprina.

Sin embargo, si hace más de cinco años que sufrimos un cáncer de pulmón y ahora tenemos una enfermedad de Crohn perianal, parece razonable utilizar antiTNF. Cada caso requerirá una discusión específica. Poco a poco, las sociedades científicas vamos recopilando información que puede servir como guía general, pero con tantos escenarios posibles, es más que probable que cada caso individual se beneficie de la opinión del oncólogo.

Resumen:

Siendo ambos tipos de patología muy frecuentes, cada vez se darán más coincidencias en la misma persona de ambos tipos de problemática. Conforme más vayamos aprendiendo mejores consejos individuales podremos dar, pero, hoy por hoy, en cada situación hará falta una evaluación cuidadosa de la información disponible junto con una gran dosis de sentido común, sin perder la perspectiva de que la propia vida es un riesgo permanente. Como pacientes, nuestra contribución más importante para disminuir el riesgo de cáncer debe ser no fumar, ni activa ni pasivamente, y convertirnos, además, en activistas antitabaco.

INDICE TEMATICO

Prólogo Dr. Miguel Ángel Gassull Duró - Página 4

Prólogo Dr. Fernando Gomollón - Página 6

Palabras de Bienvenida - Dra. Fabiana Miele - Página 7

Agradecimientos - Página 8

Homenaje al Dr. René Favaloro - Página 9

Homenaje al Dr. León Pecasse - Página 10

CAPITULO 1 - ¿QUÉ ES Y CÓMO SE PRODUCE LA EII? - Página 17

**El aparato digestivo - Dra. Fabiana Miele
Página 18**

**Definición y Epidemiología - Dra. Fabiana Miele
Página 21**

**Bases genéticas de la EII - Dra. Silvia
Página 22**

**¿Qué es la microbiota Intestinal? - Dra. Guillermina Diez
Página 25**

**¿Cómo se produce la EII? - Dr. Fernando Gomollón
Página 27**

CAPITULO 2 - MANIFESTACIONES DE LA EII - Página 37

**Tipos de EII - Dra. Fabiana Miele
Página 38**

**Síntomas Digestivos de la EII - Dra. Fabiana Miele, Dr. Abel Novillo
Página 42**

**Conceptos básicos para comprender la EC Perianal - Dra. Fabiana Miele
Página 45**

**Enfermedad de Crohn Perianal - Dra. Karina Collia
Página 47**

**Manifestaciones Extraintestinales de la EII. Parte 1 - Dra. Irene González Partida
Dr. Yago González- Lama
Página 50**

INDICE TEMATICO

Manifestaciones Extraintestinales de la EII. Consejos prácticos. Parte 2
Dr. Roque Sáenz Fuenzalida
Página 55

Enfermedades asociadas a la EII: Enfermedad Celíaca - María Laura Moreno
Página 58

EII en niños y adolescentes - Dr. Alejandro Costaguta, Dra. Mónica Contreras
Página 64

¿Es la EII una enfermedad psicosomática? - Dra. Fabiana Miele
Página 73

El Síndrome de Intestino Irritable - Dra. María Laura Moreno
Página 76

CAPITULO 3 - SITUACIONES ESPECIALES EN EII - Página 83

Fertilidad, embarazo y lactancia en EII - Dr. Javier Omodeo, Dra. Mariana Omodeo
Página 84

Anemia en la EII - Dr. Pablo Raña
Página 88

Alteraciones de la Coagulación en EII - Dra. Graciela Diaz
Página 94

Salud Bucal en EII - Dra. Jorgelina Contini
Página 97

Osteopenia y Osteoporosis en EII - Dra. Soledad Biancucci, Dra. Lilien Salvatori
Página 101

Cuidados de la piel en EII - Dra. Paula Mariash
Página 104

CAPITULO 4 - DIAGNÓSTICO EN EII - Página 107

Diagnóstico de EII: Introducción - Dra. Fabiana Miele
Página 108

Evaluación del paciente con EII - Dr. Sócrates Bautista
Página 109

Diagnóstico de EII: Generalidades - Dr Flavio Swartz
Página 111

Los análisis de laboratorio - Dra. Fabiana Miele
Página 112

INDICE TEMATICO

Check List (lista de comprobación) en EII - Dra. Fabiana Miele
Página 115

Visitando al Infectólogo en EII: Vacunas - Dra. Liliana Calani, Dra. Maria Victoria Galvez
Página 118

Visitando al Infectólogo: infecciones - Dra. Liliana Calani, Dra. Maria Victoria Galvez
Página 122

Calprotectina fecal - Dra. Virginia Matallana Royo, Dr. Yago González-Lama
Página 124

Colonoscopia (endoscopia) en EII - Dr. Fernando Gomollón
Página 127

Preparaciones de colonoscopia - Dra. Fabiana Miele
Página 132

La Biopsia: Anatomía patológica en EII - Dra. Maria Celina Mac Donnell
Página 135

Cápsula Endoscópica en EII - Dra. Guillermina Diez
Página 139

Radiología convencional y contrastada - Dra. Silvina Quintana
Página 141

Ecografía Intestinal en EII - Dra. Silvina Quintana
Página 144

Tomografía Abdominal y Enterorresonancia en EII - Dr. Cristian Daher, Dr. Eduardo Meichtry
Página 147

CAPITULO 5 - TRATAMIENTO DE LA EII - Página 153

Aminosalicilatos (Mesalazina) - Dra. Miriam Mañosa
Página 155

Mesalazina: Consejos prácticos - Dra. Fabiana Miele
Página 156

Corticoides - Dr. Julio Tenca
Página 160

Corticoides: Consejos prácticos - Dr. Jorge Ninno.
Página 162

Inmunosupresores en EII - Dr. Joaquín Montero
Página 165

INDICE TEMATICO

Agentes Biológicos - Dra. Miriam Mañosa
Página 167

Fármacos Biosimilares - Dr. Eugeni Domenech
Página 170

Agentes Biológicos: Consejos prácticos - Dra. Fabiana Miele
Página 174

Probióticos y Prebióticos en EII - Dra. I. Iranzo González-Cruz , Dr. Joaquín Hinojosa Del Val
Página 180

Trasplante de materia fecal - Dr. Egardo Smecuol
Página 184

Antibióticos en EII - Dr. Eduard Cabre
Página 187

Tratamiento de la EII: Generalidades - Dr. Javier Omodeo, Dra. Mariana Omodeo
Página 190

CAPITULO 6 - CIRUGÍA EN EII - Página 195

Cirugía en EII: escenarios posibles - Dr. Luis Diaz
Página 196

Cirugía en EII: preguntas frecuentes - Dra. Karina Collia
Página 199

CAPITULO 7 - NUTRICIÓN EN EII - Página 207

Nutrición en EII - Lic. Victoria Nastasi, Lic. Anabella Pagg
Página 208

CAPITULO 8 - CÁNCER DE COLON EN EII - Página 231

Cáncer de Colon en EII: Generalidades (Parte 1) - Dr. Carlos Varsky, Dra. Carolina Conlon
Página 232

Cáncer en EII (Parte 2) - Dr. Fernando Gomollón
Página 235