

Enfermedad de Crohn

¿Qué es la enfermedad de Crohn y cuáles son sus causas?

La enfermedad de Crohn (del latín *morbus Leśniowski-Crohn*) pertenece al grupo de enfermedades inflamatorias intestinales inespecíficas. Puede manifestarse en cualquier segmento del tracto digestivo, desde la cavidad oral hasta el recto.

La inflamación más habitualmente se localiza en la porción distal del íleon y, en segundo lugar, afecta simultáneamente a los intestinos delgado y grueso, así como al colon. La afectación del esófago, estómago y duodeno tiene lugar en un porcentaje pequeño de los casos, mientras que en un 50 % de los enfermos se presentan fisuras, abscesos y fístulas en la zona perianal.

Se desconoce la causa exacta de la enfermedad de Crohn. Entre los mecanismos de aparición se mencionan 3 factores principales: la susceptibilidad personal (genética), la microbiota intestinal y la respuesta inmunológica de la membrana mucosa del paciente. La enfermedad se desarrolla cuando en personas susceptibles a ella se producen deficiencias en los mecanismos de la respuesta inmunológica a microorganismos internos.

¿Con qué frecuencia se presenta la enfermedad de Crohn?

La incidencia de la enfermedad de Crohn en Europa se sitúa entre 1 y casi 11,4/100 000 personas anualmente. Según los datos británicos, la incidencia de enfermedades inflamatorias intestinales se duplica cada 10 años. (...) La mayor incidencia tiene lugar en la juventud y en la tercera y cuarta década de la vida, aunque algunos consideran que la incidencia alcanza su segunda culminación después de los 60 años de edad.

(...) El 15 % de los familiares de primer grado de los enfermos con enfermedades inflamatorias intestinales inespecíficas también están afectados por ellas. El riesgo de padecerlas es el siguiente: el 8,9 % en hijos, el 8,8 % en hermanos y el 3,5 % en padres.

¿Cómo se manifiesta la enfermedad de Crohn?

Entre los síntomas generales inespecíficos se encuentran: debilidad, fiebre y pérdida de peso (puede estar causada por una nutrición insuficiente o síndrome de malabsorción).

Los síntomas locales dependen de la localización, extensión y grado de afectación del tracto digestivo. Más frecuentemente, en el 40-50 % de los enfermos, se ve afectada la porción distal del íleon (*ileitis terminalis*), en el 30-40 % tiene lugar una afectación simultánea de los intestinos delgado y grueso (*ileocolitis*), mientras que en el 20 % se presenta afectación solo colónica. Mucho menos frecuente es la afectación de la porción proximal del intestino delgado y, de carácter excepcional, la afectación de la parte superior del tracto digestivo o del apéndice.

El cuadro clínico depende de la localización de lesiones.

• **Forma clásica con afectación de la porción distal del íleon:** suele tener un inicio insidioso. A veces las primeras manifestaciones son anemia o fiebre sin causa conocida. En la mayoría de los enfermos predominan el dolor del abdomen y la diarrea. En ~30 % de los enfermos se presenta un tumor palpable en el cuadrante abdominal inferior derecho. La afectación extensa del intestino delgado da lugar a un síndrome de malabsorción que, además de la esteatorrea, se manifiesta con anemia, hipoproteinemia, avitaminosis (sobre todo la

vitamina B12) y trastornos electrolíticos. Con el tiempo se desarrollan malnutrición y caquexia.

• **Intestino grueso:** los síntomas pueden parecerse a los de la colitis ulcerosa; el síntoma más frecuente de la enfermedad del colon es la diarrea. A menudo se presenta dolor abdominal, sobre todo cuando las lesiones afectan al ciego y al íleon.

• **Zona perianal:** lesiones exofíticas cutáneas, ulceraciones, fisuras, abscesos y fístulas perianales; se presentan en un 50-80 % de los pacientes con afectación del colon y en el 27 % de los casos pueden ser la primera manifestación de la enfermedad.

• **En algunos enfermos se presentan complicaciones extraintestinales** en la piel, articulaciones, ojos, vías biliares (p. ej. eritema nudoso) y urinarias.

¿Cómo actuar ante los síntomas?

Ante la aparición de diarrea recurrente, dolor abdominal, fiebre o una pérdida de peso no deseada y sin causa conocida, sangrado en el tubo digestivo o cambios perianales (abscesos, fisuras, fístulas perianales), es necesario consultar al médico de cabecera para realizar un diagnóstico adecuado.

Las personas diagnosticadas con la enfermedad de Crohn y en las que se presenta una exacerbación de los síntomas deben acudir urgentemente al médico, quien decidirá sobre la necesidad del tratamiento hospitalario o la continuación de la terapia en condiciones ambulatorias. Algunos síntomas de la enfermedad (p. ej. sangrado en el tubo digestivo u obstrucción) pueden ocasionar efectos secundarios graves y requieren intervención médica urgente.

¿Cómo se establece el diagnóstico?

El diagnóstico requiere una evaluación conjunta de los resultados de la anamnesis y exploración física, así como de las exploraciones complementarias, pero la más importante es la valoración de la imagen endoscópica del intestino con toma de muestras para estudio histopatológico. Las pruebas de laboratorio, tales como determinación de proteína C-reactiva y hemograma, son útiles en la diferenciación entre enfermedades inflamatorias y enfermedades funcionales.

Entre las pruebas de imagen resulta útil la tomografía computarizada. El engrosamiento de la pared intestinal limitado a la parte derecha del colon, proliferación fibroadiposa del mesenterio y abscesos intraabdominales observados en dicha prueba sugieren la enfermedad de Crohn.

Cualquier método de valoración diagnóstica del intestino delgado (tránsito intestinal, enteroscopia, cápsula endoscópica) resulta útil, puesto que se trata de un segmento del tracto digestivo que sigue siendo poco accesible y difícil de explorar. En el diagnóstico diferencial es de vital importancia la colonoscopia con toma de muestras para estudio histopatológico.

No existen criterios diagnósticos precisos, especialmente aquellos que siempre permitieran diferenciar la enfermedad de Crohn con afectación del intestino grueso de la colitis ulcerosa; en un 10 % de los enfermos se diagnostica colitis indeterminada.

¿Cuáles son los métodos de tratamiento?

En el período de exacerbación de la enfermedad se utilizan **fármacos antiinflamatorios e inmunosupresores** (inhiben la respuesta inmunológica desfavorable).

En la enfermedad de Crohn de actividad leve se utilizan **aminosalicilatos** (sulfasalazina y mesalazina) y/o **glucocorticoides** (prednisona, metilprednisolona) por vía oral. La mesalazina tiene un uso más amplio en el tratamiento de la enfermedad de Crohn del intestino delgado. En la colitis se utiliza sobre todo la sulfasalazina. En casos graves, el tratamiento se basa en la administración intravenosa de glucocorticoides (hidrocortisona, metilprednisolona) y en caso de ineficacia, se aplican fármacos inmunosupresores.

También están disponibles nuevos fármacos: los denominados **anticuerpos monoclonales** (infiximab o adalimumab) y un glucocorticoide nuevo, budesonida.

A menudo, los enfermos con enfermedad de Crohn son sometidos a tratamiento quirúrgico. Generalmente, se trata de procedimientos realizados debido a complicaciones locales (abscesos, fístulas), aunque algunos pacientes son operados por estenosis, obstrucción intestinal parcial y sospecha de cáncer.

¿Es posible una curación completa?

El tratamiento de la enfermedad de Crohn es crónico; se basa en la prevención de recaídas y en el alivio de las exacerbaciones. Una curación completa es probablemente imposible, pero existen formas leves de la enfermedad que cursan sin períodos de exacerbaciones.

Una consecuencia rara a largo plazo de las enfermedades inflamatorias intestinales es el cáncer de colon (en un 1,5 % de los enfermos). Los factores que favorecen el riesgo de este cáncer son: un largo período de enfermedad y afectación de gran parte del intestino grueso.

¿Qué se debe hacer después de finalizar el tratamiento?

No se debe suspender los fármacos por cuenta propia sin haberlo consultado con el médico, ni siquiera cuando los síntomas han remitido hace mucho tiempo. Durante un período de remisión el tratamiento crónico es el método más eficaz para prevenir recaídas.

Durante el tratamiento crónico el médico indica realizar exámenes de control (p. ej. hemograma, pruebas de función hepática, prueba de creatinina), los cuales tienen por objetivo una detección temprana de las eventuales complicaciones derivadas del uso de fármacos.

También es importante la profilaxis de la osteoporosis, bastante frecuente en pacientes con enfermedad de Crohn debido a alteraciones del metabolismo fosfocálcico (que se deben, entre otros, a malabsorción de vitamina D en el intestino delgado y corticoterapia crónica).

También es importante el seguimiento endoscópico: en enfermos con un curso de enfermedad mayor a 10 años es necesaria una vigilancia para el cáncer de colon (una colonoscopia cada 2 años).

Dieta para la enfermedad de Crohn

No existe una dieta especial recomendada en la enfermedad de Crohn. Se debe seguir la dieta de una persona sana: variada y rica en nutrientes, vitaminas y minerales. La malnutrición y deficiencias de minerales (especialmente de ácido fólico, hierro y zinc) son frecuentes en la enfermedad de Crohn.

Lo más importante es evitar alimentos que desencadenan o intensifican las molestias, siendo estos (aunque solo en algunos pacientes): leche y sus derivados, trigo, levadura, maíz, plátanos, tomates, huevos y vino.

En los períodos de exacerbación debe evitarse el consumo de alimentos ricos en fibra, tales como: pan integral, legumbres, verduras (sobre todo la col), frutas y platos con alto contenido en fibra que puedan agravar la diarrea.

Si se presenta estenosis intestinal, se debe seguir una dieta baja en fibra, excluyendo manzanas, cítricos, lechugas, espinacas, remolachas, pepinos, pieles de frutas y hortalizas, setas, nueces y semillas.

¿Qué hacer para evitar la enfermedad de Crohn?

Se desconoce la causa exacta de la enfermedad de Crohn, por lo que no se sabe cómo puede evitarse. Sin embargo, es posible prevenir recaídas: lo más importante es seguir las indicaciones del médico y abandonar el hábito de fumar. Las personas con antecedentes familiares de enfermedades inflamatorias intestinales inespecíficas se encuentran en el grupo de mayor riesgo, por lo que deben someterse a un procedimiento diagnóstico preciso si ha observado algún síntoma alarmante.

autor:
Anna Mokrowiecka (MD, PhD)