

DR. A. HILLARY STEINHART

Enfermedad de Crohn y colitis

Entender y controlar la enfermedad inflamatoria intestinal (EII)



EDICIONES OBELISCO

Si este libro le ha interesado y desea que le mantengamos informado de nuestras publicaciones, escríbanos indicándonos qué temas son de su interés (Astrología, Autoayuda, Psicología, Artes Marciales, Naturismo, Espiritualidad, Tradición...) y gustosamente le complaceremos.

Puede consultar nuestro catálogo en www.edicionesobelisco.com

Los editores no han comprobado la eficacia ni el resultado de las recetas, productos, fórmulas técnicas, ejercicios o similares contenidos en este libro. Instan a los lectores a consultar al médico o especialista de la salud ante cualquier duda que surja. No asumen, por lo tanto, responsabilidad alguna en cuanto a su utilización ni realizan asesoramiento al respecto.

Colección Salud y Vida natural
ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS
Hillary Steinhart

Título original: *Crohn's & Colitis: Understanding & Managing IBD*

1.ª edición: marzo de 2023

Traducción: *Jordi Font*
Maquetación: *Juan Bejarano*
Corrección: *M.ª Ángeles Olivera*
Diseño de cubierta: *Enrique Iborra*

Texto © 2006, 2012, 2018, A. Hillary Steinhart
Diseño e ilustraciones © 2006, 2012, 2018, Robert Rose, Inc.
(Reservados todos los derechos)
© 2023, Ediciones Obelisco, S. L.
(Reservados los derechos para la presente edición)

Edita: Ediciones Obelisco, S. L.
Collita, 23-25. Pol. Ind. Molí de la Bastida
08191 Rubí - Barcelona - España
Tel. 93 309 85 25
E-mail: info@edicionesobelisco.com

ISBN: 978-84-9111-979-1
Depósito Legal: B-1.440-2023

Impreso en L&C Printing Group

Printed in Poland

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada, transmitida o utilizada en manera alguna por ningún medio, ya sea electrónico, químico, mecánico, óptico, de grabación o electrográfico, sin el previo consentimiento por escrito del editor. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Índice

Prefacio	7
----------	---

PRIMERA PARTE

Entender la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa

1. ¿Qué es esta enfermedad?	11
¿Qué es la enfermedad inflamatoria intestinal?	11
Glosario de la enfermedad inflamatoria intestinal	13
¿Quién sufre la enfermedad inflamatoria intestinal?	16
¿En qué parte del cuerpo se manifiesta la enfermedad inflamatoria intestinal?	18
¿Qué falla en la enfermedad inflamatoria intestinal?	25
¿Cuáles son las posibles complicaciones de la enfermedad inflamatoria intestinal?	28
2. ¿Cómo sé si padezco una enfermedad inflamatoria intestinal?	43
Reconocer los síntomas	43
Síntomas comunes	44
Métodos de diagnóstico	55
Pronóstico	67
3. ¿Qué puedo esperar ahora que padezco una EII?	69
Preguntas frecuentes	69
¿Puedo morir por culpa de esta enfermedad?	71
¿Empeorará la enfermedad?	71
¿Puede mejorar mi enfermedad?	74
¿Puedo seguir asistiendo a la escuela?	76
¿Puedo conseguir y mantener un trabajo?	77
¿Tendré que ser hospitalizado?	79

¿Tendré que pasar por el quirófano?	79
¿Necesitaré una «bolsa» fuera de mi cuerpo para recoger las heces?	80
¿Qué cambios en el estilo de vida tendré que hacer?	81
¿Podré quedarme embarazada?	83
¿Puedo tomar mi medicación durante el embarazo?	83
¿Empeorará mi enfermedad durante el embarazo?	84
¿Esta enfermedad afectará al nacimiento de mi hijo?	85
¿Puedo viajar si tengo una EII?	86
¿Qué provoca la EII?	88
4. ¿Cómo he enfermado?	89
Factores causales	89
Posibles causas infecciosas	91
Posibles causas ambientales	94
Posibles factores hereditarios (genéticos)	97
Teoría unificada	105
Implicaciones para el tratamiento	107

SEGUNDA PARTE

Gestionar la enfermedad inflamatoria intestinal

5. Estrategias dietéticas para gestionar la EII	111
Información fiable	111
La dieta correcta	113
Prevenir la malnutrición	115
Modificaciones de la dieta	122
Dietas de eliminación	123
Dietas reducidas en lactosa	124
Fuentes de calcio	129
Vitamina D	133
Otros suplementos de vitaminas y minerales	135
Suplementos calóricos líquidos	138
Dietas bajas en fibra	140
Dietas para controlar un volumen de heces elevado	144

Dietas líquidas	147
Fobias alimentarias	151
Soporte nutricional	151
Investigación en nutrición	154
Asesoramiento dietético	159
6. Apoyo psicológico para gestionar la EII	161
Preocupaciones psicológicas	161
Estrés	163
Depresión	165
Estrategias de afrontamiento	169
Enfréntate al sistema médico	178
7. Farmacoterapia para gestionar la EII	181
Objetivos del tratamiento	181
Consideraciones de la medicación	184
Opciones de farmacoterapia	191
Fármacos antiinflamatorios no esteroideos	193
Fármacos que contienen mesalamina (ácido 5-aminosalicílico)	195
Fármacos glucocorticoides (esteroideos)	203
Antibióticos	214
Fármacos inmunosupresores	216
Fármacos no biológicos (moléculas pequeñas)	225
Fármacos biológicos	227
Terapias médicas futuras	242
Medicina alternativa y complementaria	245
Diseños de estudios de investigación clínica	249
Opción quirúrgica	252
8. Tratamiento quirúrgico de la EII	253
Necesidad de cirugía	254
Ileostomía y colostomía	255
Procedimientos quirúrgicos para la colitis ulcerosa	257
Procedimientos quirúrgicos para la enfermedad de Crohn	265

Cirugía laparoscópica	278
Prevenir la recurrencia	280
Niños con EII	284
9. Tratamiento de la EII en niños	285
Desafíos familiares	286
Manejo especial	286
Perspectivas	294
Recursos y bibliografía	295
Índice analítico	305
Acerca del autor.....	231

PREFACIO

Vivir con la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) puede suponer todo un desafío, no sólo para quienes padecen enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, sino también para quienes tienen un familiar o amigo cercano aquejado de uno de estos trastornos. Enfrentarse a este problema requiere la ayuda de profesionales de la salud bien informados. También es muy importante saber qué impacto pueden tener tanto la enfermedad de Crohn como la colitis ulcerosa sobre tu vida y de qué estrategias de manejo dispones.

De todos modos, la cantidad de información que puedes encontrar cuando tratas de aprender sobre la EII puede llegar a ser abrumadora. Hay muchísimas fuentes posibles de información: médicos, enfermeras, libros, folletos, páginas web, asociaciones de pacientes, chats en Internet, amigos y familiares... A menudo, esta información es confusa y contradictoria, y la calidad de la información varía mucho según la fuente. Este exceso de información puede hacer que estés confuso y frustrado, lo que dificulta aún más el manejo de estas enfermedades crónicas.

Hemos escrito este libro para ofrecer a pacientes, familiares, amigos y profesionales de la salud una descripción clara, actual y concisa de las posibles causas subyacentes, las características clínicas y los tratamientos efectivos de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. En lugar de limitarnos a presentar una lista de datos sobre los trastornos, hemos proporcionado un contexto clínico aplicado basado en nuestros años de experiencia con muchos centenares de pacientes que han sido evaluados, seguidos y tratados en el Centro de EII del Hospital Mount Sinai. También hemos intentado que esta información sea relevante para los pacientes con EII y sus familias, explicando historias de casos y respondiendo a las preguntas que los pacientes formulan con frecuencia. Esperamos proporcionar otro medio para tratar estas enfermedades, que sólo ahora estamos realmente comenzando a comprender.

Hemos escrito este libro para ofrecer a pacientes, familiares, amigos y profesionales de la salud una descripción clara, actual y concisa de las posibles causas subyacentes, las características clínicas y los tratamientos efectivos de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.

PRIMERA PARTE

**ENTENDER
LA ENFERMEDAD DE CROHN
Y LA COLITIS ULCEROSA**

¿QUÉ ES ESTA ENFERMEDAD?

CASO DE ESTUDIO

Kelly

Kelly, una estudiante universitaria de 22 años, desarrolló calambres abdominales, urgencia para defecar, diarrea y sangre en las heces. Los síntomas aparecieron gradualmente y al principio eran intermitentes. Comenzaron durante el mes previo a los exámenes del primer trimestre y, aunque parecieron mejorar una vez terminados los exámenes, los síntomas continuaron hasta el segundo trimestre. Acudió al centro de salud de la universidad, donde la examinaron y derivaron a un especialista. Éste le realizó una serie de pruebas y le dijo a Kelly que padecía una EII, en concreto, colitis ulcerosa.

Kelly estaba muy preocupada: colitis ulcerosa sonaba a enfermedad grave. Además, el médico le dijo que no tiene cura, aparte de la cirugía. No era justo. «Soy joven y nadie en mi familia ha tenido esta enfermedad. Siempre he sido muy consciente de la salud... Sigo una dieta saludable, que incluye leche y productos lácteos. Soy una persona activa y no fumo», protestó. No podía dejar de hacer preguntas en su empeño por entender los motivos: «¿Qué es la enfermedad inflamatoria intestinal? ¿La colitis es una infección? ¿Puedo tomar antibióticos para curarme? ¿La ha provocado el estrés de los exámenes? ¿Qué pasa si sigo una dieta diferente? ¿El ibuprofeno que tomo para los dolores de cabeza podría tener algún impacto?».

Su médico la calmó y comenzó a responder las preguntas de Kelly...

(continúa en la página 69)

¿Qué es la enfermedad inflamatoria intestinal?

La EII no es una única enfermedad o problema médico. El término describe de manera general cualquier problema o enfermedad que provoque una inflamación del tracto gastrointestinal. Estrictamente hablando, esta definición incluiría infecciones del intestino, como, por ejemplo, una infección provocada por la bacteria *Salmonella*. Sin embargo, el término «enfermedad intestinal inflamatoria» (EII) suele reservarse para dos trastornos similares: la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. Las causas específicas de estos trastornos aún no son totalmente conocidas.

Localización de la inflamación

En la enfermedad de Crohn, la inflamación ocurre con mayor frecuencia en la parte inferior del intestino delgado (el íleon) y en el intestino grueso, también conocido como colon. La enfermedad de Crohn también puede afectar al esófago, al estómago y a las partes superiores del intestino delgado (duodeno y yeyuno).

Enfermedad de Crohn

La enfermedad de Crohn tal vez se remonte a principios del siglo XIX, según las descripciones de casos de dolencias similares en la bibliografía médica de esa época. En 1932, los doctores Crohn, Ginzburg y Oppenheimer, del Hospital Mount Sinai de Nueva York, describieron por primera vez el problema como una entidad patológica específica. La forma de la enfermedad que describieron en un primer momento se centraba en la inflamación del íleon, la última parte del intestino delgado, por lo que denominaron a la afección ileítis regional, ya que «ileítis» significa inflamación del íleon. Años después de que el Dr. Crohn y sus colegas describieran la afección, se le dio el nombre de enfermedad de Crohn. A principios de la década de 1950, se reconoció que la enfermedad de Crohn no afectaba necesariamente sólo al íleon, sino que también podía afectar a otras partes del tracto gastrointestinal, como el colon o el intestino grueso.

Inflamación limitada

En la colitis ulcerosa, la inflamación se limita al intestino grueso, que también incluye el recto. El resto del tracto gastrointestinal no se ve afectado.

Colitis ulcerosa

Al igual que la enfermedad de Crohn, es probable que la colitis ulcerosa estuviera algún tiempo entre nosotros antes de que fuera descrita por completo a finales del siglo XIX. La colitis ulcerosa a veces se denomina proctitis ulcerosa, proctosigmoiditis ulcerosa o pancolitis ulcerosa. Estos nombres se relacionan sobre todo con la extensión de la inflamación del colon más que con cualquier diferencia fundamental en las supuestas causas de la colitis ulcerosa. Durante la primera mitad del siglo XX, el tratamiento de la colitis ulcerosa era quirúrgico, y muchos pacientes acababan falleciendo por complicaciones tanto de la enfermedad como de la cirugía. Sin embargo, desde la década de 1940 ha habido una mejora constante en el manejo médico y quirúrgico de la colitis ulcerosa, y hoy en día la muerte por complicaciones de la enfermedad o de su tratamiento es extremadamente rara.

Síndrome del intestino irritable

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y el síndrome del intestino irritable (SII) se confunden a menudo porque sus nombres son muy parecidos. El SII es una enfermedad poco conocida del tracto gastrointestinal. Aunque el SII se caracteriza por malestar o dolor abdominal crónicos y una alteración en el hábito intestinal normal, es una afección bastante diferente de la EII (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa). Se cree que en el SII los problemas surgen por un cambio en la manera en que funciona el intestino o en el modo en que el cerebro detecta el funcionamiento del intestino.

En el SII, no ha habido una evidencia clara o consistente de que la inflamación juegue un papel en la causa de los síntomas en el ser humano. Esto es diferente en el caso de la EII, en la que la inflamación es la principal característica definitoria de la enfermedad y en la que el tratamiento contra la inflamación ayudará a tratar esta patología y a aliviar sus síntomas. En el SII, el tratamiento suele centrarse en modificar la motilidad del tracto gastrointestinal o la transmisión de los impulsos de dolor del intestino al cerebro.

Glosario de la enfermedad inflamatoria intestinal

Los gastroenterólogos utilizan varios términos técnicos para describir la EII. Puedes comenzar a usar el vocabulario de esta enfermedad en tus conversaciones con tu médico especialista. Estos términos se definen con más detalle en su contexto más adelante en el libro.

Absceso: Colección localizada de tejido muerto e infectado (pus), que normalmente se vuelve líquido. Las consecuencias pueden ser graves si no se actúa de forma rápida y adecuada; la actuación implica drenar el material infectado y prescribir antibióticos.

Absorción: Proceso digestivo que consiste en extraer nutrientes de los alimentos y transferirlos al sistema circulatorio; por ejemplo, la absorción de la vitamina B₁₂ tiene lugar en el íleon (la última sección del intestino delgado), lo que suele resultar problemático en la EII.

Colon (intestino grueso): Parte inferior del tracto gastrointestinal, principal responsable de reabsorber líquidos y electrolitos (sales) de las heces.

Colonoscopia: Procedimiento de diagnóstico de la EII que consiste en introducir un endoscopio a través del ano y el recto hasta el colon, donde se puede tomar una biopsia de tejido para su análisis.

Distensión: Aumento significativo en el tamaño del abdomen que puede deberse a meteorismo, heces o líquidos.

Duodeno: Primera parte del intestino delgado, que recibe el alimento ingerido después de haber salido del estómago. Aunque el duodeno es relativamente corto (unos 30 cm de longitud), desempeña un papel importante en la absorción de algunos nutrientes, particularmente hierro; también es el lugar donde las enzimas digestivas del páncreas y las sales biliares del hígado se mezclan por primera vez con los alimentos para ayudar en el proceso de digestión.

Enfermedad inflamatoria intestinal (EII): Cualquier afección o enfermedad que provoque la inflamación del tracto gastrointestinal, más comúnmente en el intestino delgado, el intestino grueso y el recto.

Enzima: Proteína que modifica la velocidad de una reacción química, por lo general relacionada con una función metabólica importante del organismo.

Esfínter anal: Válvula muscular que se encuentra al final del recto y que, por lo general, evita que las heces salgan cuando se supone que no deben hacerlo. Un daño en el esfínter o en los nervios que lo inervan puede provocar incontinencia fecal.

Estenosis: Estrechamiento del canal central en un segmento del intestino que puede conducir a obstrucción o bloqueo.

Fístula: Comunicación anormal del intestino a otros órganos, a la pared abdominal o a la piel.

Gastroenterología: Especialidad médica que se ocupa del estudio del sistema, las enfermedades y la salud digestivas.

Granuloma: Colección distintiva de células inflamatorias o inmunitarias que aparece en tejidos afectados por ciertas enfermedades, incluida la enfermedad de Crohn.

Íleon: Última parte del intestino delgado; constituye aproximadamente un tercio de la longitud total del intestino delgado. Es el lugar en el que se absorbe la vitamina B₁₂.

Incontinencia fecal: Pérdida de la capacidad de retener las heces.

Puede ocurrir cuando existe inflamación del recto o de la parte inferior del colon, o cuando se ha producido algún daño en el esfínter anal.

Linfocito: Tipo de glóbulo blanco que es importante en la protección inmunitaria contra una serie de posibles bacterias y virus que pueden provocar infecciones.

Motilidad: Movimiento de los alimentos a través del tracto gastrointestinal.

Mucosa: Revestimiento interno del tracto gastrointestinal. La integridad de la mucosa es importante para llevar a cabo muchas de las funciones del tracto gastrointestinal, en particular la digestión de los alimentos y la absorción de nutrientes.

Pancolitis: Inflamación que afecta a todo el colon.

Perforación: Agujero en la pared del intestino que permite que el contenido intestinal, a menudo con numerosas bacterias, penetre en la cavidad abdominal, donde puede provocar una infección grave.

Peristaltismo: Contracciones involuntarias que hacen que los alimentos se desplacen a través del tracto gastrointestinal.

Proctitis: Forma de colitis que afecta sólo al recto.

Proteína: Compuesto formado por cadenas largas de aminoácidos. Las proteínas son responsables de muchas funciones críticas, incluido el mantenimiento de la estructura corporal y las funciones metabólicas.

Recto: Última parte del colon (intestino grueso), donde las heces quedan retenidas antes de ser expulsadas. La inflamación del recto puede provocar dificultad para retener las heces durante un período prolongado.

Serosa: Revestimiento exterior (membrana) que recubre el intestino.

Síndrome del intestino irritable (SII): Síndrome gastrointestinal funcional caracterizado por síntomas de dolor o malestar abdominal, junto con un cambio en el hábito intestinal. No hay inflamación del tracto gastrointestinal.

Tracto gastrointestinal: Tracto que se extiende desde la boca hasta el ano.

Úlcera: Área en el tracto gastrointestinal en la que se observa una pérdida del revestimiento interno normal (mucosa). Las úlceras pueden provocar complicaciones, como sangrado o abscesos.

Vellosidades: Proyecciones digitiformes del revestimiento interno del intestino delgado (mucosa) que tienen la función de aumentar la superficie de mucosa disponible para la absorción de nutrientes.

Yeyuno: Segunda parte del intestino delgado; constituye alrededor de dos tercios de la longitud total del intestino delgado y es responsable de la absorción de la mayoría de los nutrientes de los alimentos.

La paradoja de fumar

Fumar aumenta el riesgo de desarrollar la enfermedad de Crohn, y en aquellas personas que ya están enfermas, puede provocar que esta patología sea más agresiva o más grave. En cambio, fumar parece proteger contra la colitis ulcerosa. Hay más probabilidades de que los pacientes con colitis ulcerosa sean no fumadores o exfumadores. En el caso de los exfumadores, parece ser que el período inmediatamente posterior a dejar de fumar es un momento de riesgo importante de desarrollar colitis ulcerosa. Esta observación ha llevado a algunos investigadores a utilizar nicotina en forma de parches para la piel como tratamiento para la colitis ulcerosa. A pesar de la fuerte asociación entre fumar cigarrillos y la protección contra la colitis ulcerosa, este enfoque de tratamiento no ha sido sistemáticamente efectivo.

¿Quién sufre la enfermedad inflamatoria intestinal?

El inicio de la EII puede estar influenciado por la edad, el género y la geografía.

Factores de edad

La enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa suelen comenzar en personas jóvenes. Aunque es poco frecuente ver este trastorno en niños de menos de 5 años, se produce un aumento en la aparición de EII hasta los 20 años, con un pico de incidencia en el grupo

de edad entre los 20 y los 40 años. Es menos común, pero ciertamente no es extraño, que las personas de más de 50 o 60 años sufran por primera vez la EII. En cambio, es bastante raro que la enfermedad aparezca en personas de edad avanzada; cuando los síntomas aparecen por primera vez en alguien de este grupo de edad, el médico suele considerar otras afecciones o enfermedades como más probables que la EII.

Género

La EII parece incidir en hombres y mujeres aproximadamente en el mismo porcentaje, aunque algunos estudios han sugerido que la incidencia puede ser ligeramente superior en mujeres. Estas diferencias pueden variar según la edad de la primera aparición de la EII, pero incluso aunque tales diferencias existan, es probable que sean menores y sin mayor importancia.

Estudios poblacionales

Aunque suele creerse que son enfermedades que se dan con mayor frecuencia en los países desarrollados, se ha observado enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa en todas las razas y en todos los países específicamente estudiados. De todos modos, parece que existen algunas diferencias interesantes entre países, así como entre grupos étnicos dentro de un país determinado.

Estas enfermedades son mucho menos comunes en Asia, si bien esto puede estar cambiando. En Japón, por ejemplo, la enfermedad de Crohn era prácticamente desconocida hace más de medio siglo, pero desde entonces parece observarse un aumento constante en la incidencia. La incidencia en la población judía se encuentra entre las más altas de cualquier grupo étnico o racial; de todos modos, dentro de la población judía parece observarse una diferencia en la incidencia según el país de origen. En un estudio, la incidencia de EII fue mayor en los judíos de ascendencia asquenazí (europea) que en las poblaciones judías de ascendencia sefardí (del norte de África y de Oriente Medio).

Gradiente norte-sur

Por lo general, la incidencia de EII es más alta en América del Norte y los países del norte de Europa, y más baja en los países de latitudes más meridionales. Esto se ha descrito como un «gradiente norte-sur». Sin embargo, este gradiente no es exclusivo de la comparación norte-sur, sino que probablemente refleja un gradiente subyacente entre países desarrollados y países en vías de desarrollo.

Los diferentes riesgos de EII en distintos países no se deben sólo a razones puramente hereditarias o genéticas, sino que la incidencia creciente de la enfermedad de Crohn observada en Japón sugiere que los factores ambientales tienen un efecto importante en el riesgo de desarrollar EII. Además, los estudios llevados a cabo con personas del sur de Asia que emigraron a América del Norte han demostrado que mantienen el riesgo más bajo de EII que también se observa en su país de origen, mientras que sus hijos, que por lo general han nacido y han crecido en América del Norte, tienen un riesgo más elevado de desarrollar EII a lo largo de su vida. Estas variaciones en la incidencia de la EII aportan pistas sobre los posibles factores o causas subyacentes, y han dado lugar a una serie de preguntas y teorías interesantes que se están estudiando con más detenimiento.

¿En qué parte del cuerpo se manifiesta la enfermedad inflamatoria intestinal?

Crítico para la vida

El tracto gastrointestinal cumple varias funciones críticas que ayudan a mantenernos con vida. Permite que los nutrientes, el agua, los minerales y las vitaminas entren en nuestro organismo, a la vez que evita la entrada de sustancias nocivas.

La EII aparece en secciones específicas del tracto gastrointestinal. Antes de considerar qué funciona mal en la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, debemos comprender cómo funciona un intestino sano. El sistema inmunitario intestinal puede funcionar mal en la EII.

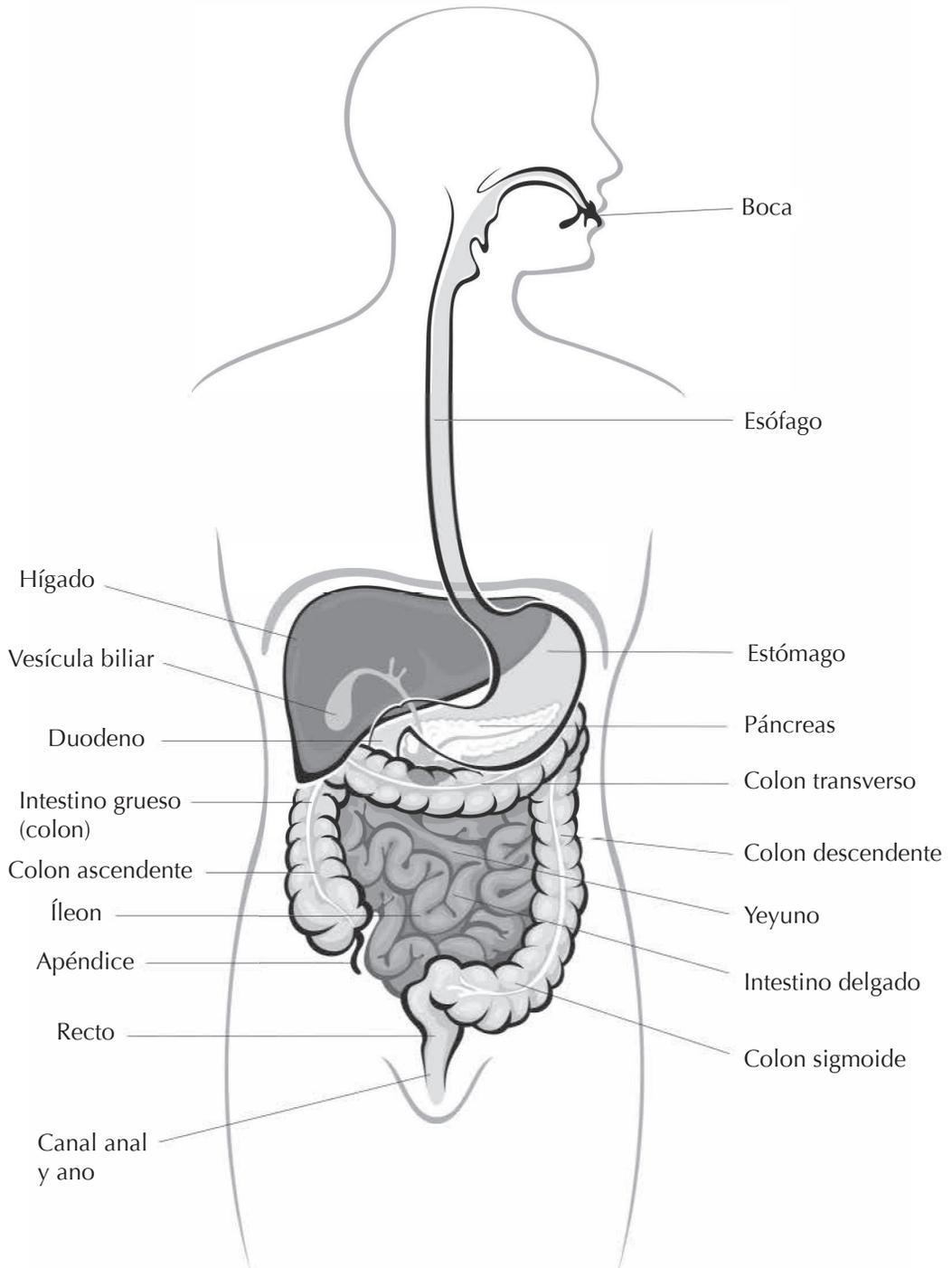
Funciones del tracto gastrointestinal

El tracto gastrointestinal es una estructura tubular que se extiende desde la boca hasta el ano. El intestino tiene dos funciones vitales: absorción de nutrientes y protección inmunitaria.

Absorción de nutrientes

La función principal del intestino es absorber nutrientes. Éstos proporcionan el combustible y los componentes básicos necesarios para mantener todas las demás funciones corporales. El intestino absorbe agua, minerales y vitaminas de los alimentos y bebidas ingeridos.

Partes principales del tracto gastrointestinal



Protección inmunitaria

Al mismo tiempo que permite o promueve la absorción de nutrientes, el tracto gastrointestinal debe mantener fuera del organismo a numerosos elementos potencialmente dañinos. Entre ellos se incluyen organismos microscópicos, como bacterias, virus y parásitos, así como determinadas proteínas peligrosas que provocan enfermedades si entran en el cuerpo desde el intestino. Así pues, el tracto gastrointestinal es una parte importante del sistema inmunitario de nuestro organismo.

Partes principales del tracto gastrointestinal

El tracto gastrointestinal tiene seis componentes principales: boca, esófago, estómago, intestino delgado, intestino grueso y ano. Todos ellos pueden verse afectados por la EII.

Boca

La boca y las estructuras internas (labios, dientes, lengua y paladar) están involucradas en la ingestión de los alimentos. Los dientes permiten triturar los alimentos en partículas pequeñas que se descomponen y son digeridas con más facilidad por las enzimas presentes en el intestino. Los labios, la lengua y el paladar ayudan a masticar y tragar los alimentos.

Esófago

El esófago es un tubo que transporta los alimentos, una vez tragados, desde la boca hasta el estómago. Una válvula situada en la parte inferior del esófago evita que los alimentos y el ácido del estómago asciendan por el esófago hasta la boca, provocando acidez estomacal que puede dañar el revestimiento interno del esófago. Cuando vomitas, esta válvula se abre para permitir que salgan los ácidos y los alimentos, y cuando eructas, se abre para permitir que salgan los gases.

Estómago

Esta estructura en forma de saco se encuentra en la parte superior del abdomen. Recibe y retiene los alimentos que se acaba de ingerir,

Úlceras en la EII

Una úlcera es una zona que ha perdido su revestimiento mucoso. Cuando una persona habla de úlceras, suele referirse a las úlceras duodenales o gástricas (estómago), que, por lo general, son diferentes de las úlceras que pueden aparecer en caso de EII. En la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, las úlceras suelen aparecer en el intestino delgado y el intestino grueso, y, con mucha menos frecuencia, en el estómago y el duodeno.

y los empuja lentamente hacia el intestino delgado, donde tiene lugar la mayor parte de la absorción de nutrientes. En el extremo inferior del estómago hay una válvula que ayuda a regular la rapidez con la que los alimentos abandonan el estómago para entrar en el intestino delgado. El estómago envía una señal importante al cerebro para indicar cuándo se ha comido lo suficiente.

El estómago también segrega ácido desde su revestimiento. Ayuda a proteger contra infecciones provocadas por bacterias dañinas que podrían ser ingeridas inadvertidamente con los alimentos. El ácido estomacal también ayuda con la digestión inicial de las proteínas de los alimentos. Una enzima llamada pepsina, que también es segregada por el estómago, brinda una ayuda adicional para descomponer las proteínas.

Intestino delgado

El intestino delgado es una estructura tubular de unos 4 o 5 m de longitud. Se divide en tres segmentos: de arriba a abajo, el duodeno, el yeyuno y el íleon. En el intestino delgado tiene lugar la absorción de la mayoría de nutrientes de los alimentos.

Mucosa

La absorción de nutrientes depende de la presencia de un revestimiento interno (o mucosa) altamente especializado. El revestimiento de la mucosa está formado por células cuya principal razón de ser es absorber nutrientes del interior (o lumen) del intestino y pasarlos al organismo, donde sirven como componentes básicos o combustible para otras funciones corporales. La superficie de la mucosa se pliega en muchas proyecciones digitiformes, conocidas como vellosidades, que aumentan de manera eficiente la superficie y, por lo tanto, el número de células disponibles para la absorción de nutrientes. La superficie de estas células contiene enzimas que ayudan a descomponer los alimentos en componentes más pequeños para poder ser absorbidos con más facilidad. Cuando el intestino está inflamado, como sucede con la EII, las vellosidades pueden reducirse en número o en tamaño, o incluso pueden desaparecer por completo, de modo que el revestimiento interno del intestino pare-

ce liso. Esta pérdida de vellosidades da como resultado una capacidad reducida para absorber nutrientes. Cuando la inflamación es grave, el revestimiento de la mucosa puede llegar a desaparecer por completo, dejando el tejido subyacente expuesto al interior del intestino.

Funciones principales

La función principal del intestino grueso es absorber líquidos (agua) y minerales, como sodio y potasio, presentes en el contenido intestinal, y pasarlos al torrente sanguíneo. Al absorber líquidos, el colon hace que las heces sean sólidas en lugar de líquidas, y ayuda a prevenir la pérdida de líquidos y la deshidratación.

Intestino grueso

El intestino grueso, también conocido como colon, mide aproximadamente de 1 a 1,2 m de longitud. Se conoce como intestino grueso porque su diámetro es mayor que el del intestino delgado. Se divide en varias secciones: ciego, colon ascendente, colon transverso, colon descendente, colon sigmoide y recto.

Recto

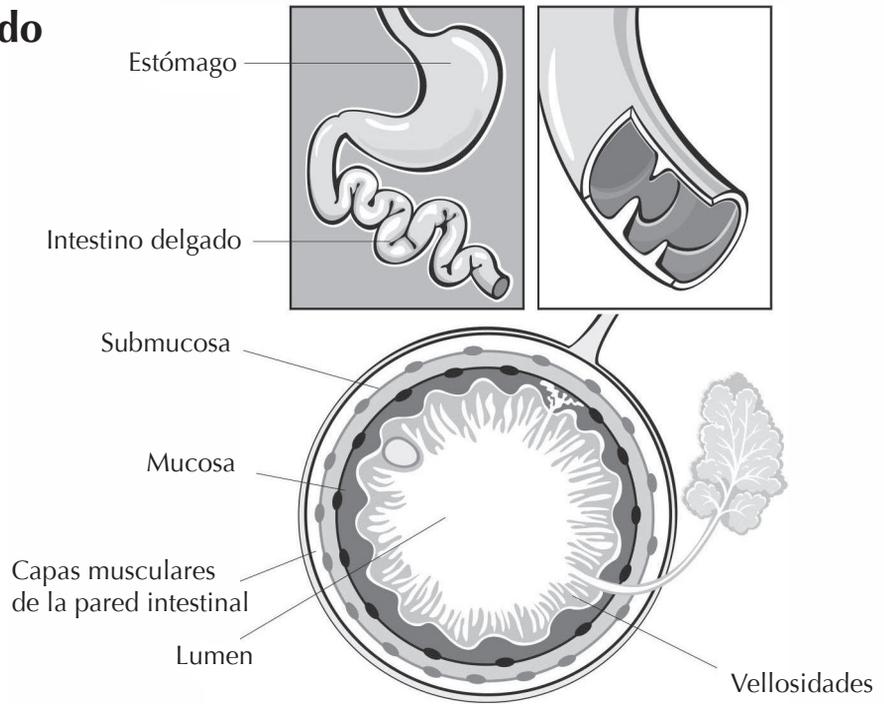
La última parte del intestino grueso se conoce como recto. Hasta cierto punto, la pared del recto puede estirarse para permitir que las heces se mantengan en su interior hasta el momento apropiado para evacuar. Cuando el recto está inflamado o tiene algún otro problema, esta capacidad para retener las heces se reduce y es posible que sientas la necesidad de ir al baño con mucha frecuencia y urgencia. En algunos casos, esto puede dar lugar a accidentes con la pérdida asociada del control de la función intestinal, también conocida como incontinencia fecal. Esta necesidad de frecuentes visitas al baño y la urgencia que puede acompañarla pueden ser uno de los síntomas más preocupantes de la EII.

Ano

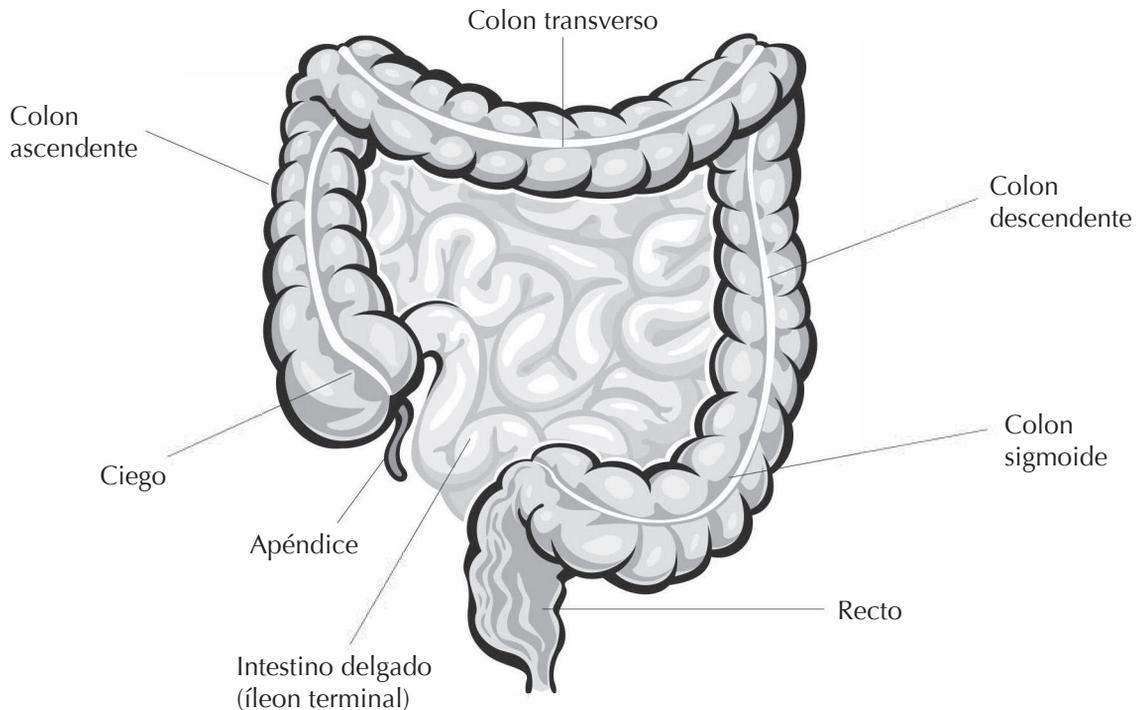
El ano (o canal anal) es el paso que siguen las heces cuando salen del cuerpo. La función principal del ano es evitar que las heces presentes en el recto salgan cuando no quieres que lo hagan. En otras palabras, ayuda a prevenir la incontinencia fecal. Dentro del canal anal hay dos esfínteres (o válvulas) anales musculares principales que ayudan a evitar que las heces salgan involuntariamente.

Uno de ellos, el llamado esfínter anal externo, se encuentra bajo tu control consciente. En otras palabras, puedes controlar o presionar este esfínter en concreto cuando intentas retener las heces o los

Intestino delgado



Intestino grueso



Partes relacionadas del tracto gastrointestinal

Hay otras partes del tracto gastrointestinal involucradas en mayor o menor medida en la digestión y la absorción de nutrientes. Estos órganos, que, por lo general, están conectados a la parte tubular del tracto gastrointestinal a través de pequeños canales (o conductos), incluyen el hígado, la vesícula biliar y el páncreas. La vesícula biliar y el páncreas no suelen verse afectados por la EII; en cambio, en un pequeño porcentaje de pacientes, el hígado, sí. En algunas ocasiones, esto puede conducir a daño hepático.

Hígado

El hígado tiene muchas funciones, si bien la producción de bilis es la que está más relacionada con la digestión. La bilis es similar a un detergente, ya que permite que la grasa se descomponga y se convierta en una forma que se puede disolver o mezclar con agua. Por lo general, la grasa permanece separada del agua, como la grasa que flota en una sopa de pollo. Esta capacidad de la bilis para descomponer la grasa en partículas pequeñas y dispersarlas dentro del contenido acuoso del intestino delgado es crucial para la digestión y la absorción de las grasas.

Vesícula biliar

Por lo general, la bilis que produce el hígado se almacena en la vesícula biliar, un pequeño saco situado junto al hígado, hasta que se necesita después de una comida. Cuando la producción de bilis no es adecuada o si la bilis no llega al intestino, se reduce la absorción de grasas de la dieta. Como consecuencia, la grasa puede terminar perdiéndose con las heces y se aprecia como gotitas de grasa o de aceite en las heces.

Páncreas

El páncreas es una glándula que produce una serie de enzimas digestivas que se segregan en la parte superior del intestino delgado. El páncreas se encuentra muy cerca del duodeno y tiene un pequeño conducto que lo atraviesa y que transporta las enzimas pancreáticas hasta el duodeno. Estas enzimas ayudan a descomponer las proteínas, el almidón y las grasas de la dieta en componentes que el intestino puede absorber con más facilidad.

Signos de inflamación

La inflamación aparece como respuesta a cualquier tipo de lesión, ya sea por una infección grave o potencialmente mortal, o por algo tan nimio como un corte con un papel. Los signos clásicos de inflamación son dolor, hinchazón, enrojecimiento y pérdida de la función normal.

gases. El otro, el esfínter anal interno, no se encuentra bajo control voluntario, sino que funciona de manera refleja a nivel subconsciente. Mantener la continencia y asegurar el vaciado suave y completo del recto requiere la coordinación de los dos esfínteres anales; si cualquiera de los dos está dañado o enfermo, puede provocar incontinencia fecal.

¿Qué falla en la enfermedad inflamatoria intestinal?

La enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa implican inflamación del intestino. Una persona sana suele tener cierto grado de inflamación en el tracto gastrointestinal, pero en las personas con EII, la inflamación es extensa y excesiva.

Inflamación intestinal normal

En el intestino, el grado de inflamación presente de manera normal en personas sanas no suele ser suficiente para provocar la pérdida de la función o para ser percibida a simple vista, pero cuando se observa con el aumento de un microscopio, siempre se pueden ver algunos glóbulos blancos, llamados linfocitos, en el revestimiento interno y justo debajo del revestimiento intestinal.

Estas células defensivas son parte del sistema inmunitario del intestino y ayudan a protegerlo de bacterias, virus, parásitos y proteínas potencialmente dañinos que no están presentes en el organismo. La cantidad de inflamación está regulada para que haya suficiente respuesta inmune para proteger frente a estos peligros, pero no tanta como para causar problemas.

Algo bueno en exceso puede ser perjudicial, y la cantidad de inflamación en el revestimiento intestinal no es una excepción. Si hay demasiada inflamación o si no se controla de manera adecuada, la inflamación puede provocar hinchazón y daño a los tejidos del tracto gastrointestinal. Este daño puede dar problemas con el funcionamiento normal del tracto gastrointestinal, incluida la absorción de nutrientes y líquidos, y la retención y expulsión de heces en el momento adecuado.

Cuando el daño es bastante grave, puede desprenderse el revestimiento interno del tracto gastrointestinal, lo que provoca un abanico de síntomas, como dolor abdominal, diarrea, sangre en las heces, pérdida de peso y retraso en el crecimiento infantil.

Inflamación excesiva

La inflamación excesiva o descontrolada es fundamental para la aparición de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. A medida que los científicos aprenden más sobre los factores que controlan el grado de inflamación en el intestino, conocen más sobre las causas de estos trastornos.

Signos de colitis ulcerosa

La inflamación en la colitis ulcerosa se limita al colon, pero la extensión de la inflamación dentro del colon varía de una persona a otra, y en un individuo puede variar a lo largo del curso de la enfermedad.

En la colitis ulcerosa, cualquier porción del colon puede estar inflamada, dejando el resto intacto. Sin embargo, el recto siempre está inflamado o enfermo.

Pancolitis

En muchos casos, todo el colon está inflamado y se conoce como pancolitis. Cuando la inflamación se extiende hacia arriba, lo hace de forma continua. En otras palabras, no hay zonas inflamadas separadas entre sí por zonas normales de colon.

Proctitis

En algunas personas con colitis ulcerosa, sólo hay inflamación en el recto. Esta forma particular de la enfermedad a menudo se conoce como proctitis o proctitis ulcerosa. Se han observado algunas diferencias entre la proctitis y las formas más extendidas de la enfermedad, como la pancolitis. La proctitis ulcerosa es inusual en los niños y tiende a observarse con más frecuencia cuando la enfermedad se presenta por primera vez en personas de mediana edad o de edad avanzada.

Signos de enfermedad de Crohn

En la enfermedad de Crohn, la inflamación puede darse en cualquier parte del tracto gastrointestinal. Aunque aparece con mayor frecuencia en el íleon y el colon, puede afectar al esófago, al estómago, al duodeno y al yeyuno.

Lesiones en parche

Las regiones del intestino afectadas por la enfermedad de Crohn pueden no ser adyacentes entre sí, y se habla de lesiones en parche o de islas de lesión. Por ejemplo, una persona con la enfermedad de

Extensión limitada

Como la extensión de la inflamación en la proctitis ulcerosa es tan limitada (suele afectar como máximo a los últimos 15 cm del intestino grueso), los pacientes que padecen esta variante de la enfermedad no suelen estar tan enfermos como aquellos con formas más extensas de colitis ulcerosa.

Crohn puede tener una región inflamada en la parte media del intestino delgado (yeyuno) y otra región inflamada en el intestino grueso, con un intestino normal entre las dos regiones inflamadas.

Penetración intestinal

En la colitis ulcerosa, la inflamación tiende a estar limitada al revestimiento más interno del intestino, pero en la enfermedad de Crohn, la inflamación tiende a penetrar desde el revestimiento más interno, donde aparecen por primera vez la inflamación y las úlceras, a través de las capas más profundas del intestino hasta la superficie exterior (serosa). Esto da como resultado un defecto u orificio en la pared del intestino, lo que puede provocar infecciones localizadas en la cavidad abdominal (abscesos) o comunicaciones (fístulas) desde el intestino hasta otros órganos, la pared abdominal o la piel. En la enfermedad de Crohn la inflamación también puede aparecer en diminutas colecciones localizadas de células inflamatorias, llamadas granulomas, que sólo se pueden observar con el aumento de un microscopio. Estos granulomas son prácticamente diagnósticos de la enfermedad de Crohn.

Variación regional

La amplia variación en las regiones del intestino que se ven afectadas por la enfermedad de Crohn puede conducir a diferencias importantes en cómo un paciente experimenta la enfermedad y en cómo acude a la atención médica. Esta variación también afecta los enfoques a la hora de tratar la enfermedad.

Signos de colitis indeterminada

En una pequeña proporción de personas con enfermedad inflamatoria intestinal que afecta al colon, no es posible, por las características de la enfermedad, diferenciar entre la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn. En estos casos, la afección se designa como colitis indeterminada o enfermedad inflamatoria intestinal de tipo indeterminado. En algunos casos de colitis indeterminada, el patrón de la enfermedad cambia con el tiempo, y se hará evidente que, en realidad, el paciente tiene colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn. Sin embargo, algunos pacientes seguirán teniendo características tanto de la colitis ulcerosa como de la enfermedad de Crohn, y no será posible distinguir entre las dos.

El enfoque para el tratamiento de las dos enfermedades con medicamentos es similar. En cambio, la diferenciación se vuelve mucho más importante si se contempla la cirugía como tratamiento,

ya que los enfoques quirúrgicos de la colitis ulcerosa y de la enfermedad de Crohn pueden ser bastante diferentes debido al hecho de que la enfermedad de Crohn puede reaparecer después de la cirugía en regiones del intestino que no estaban afectadas antes de la intervención quirúrgica.

¿Cuáles son las posibles complicaciones de la enfermedad inflamatoria intestinal?

Complicaciones específicas de la enfermedad de Crohn

- Estenosis.
- Abscesos.
- Fístulas.

Existen varias complicaciones graves que pueden aparecer por sufrir una EII. Aquí es donde radica el peligro. Algunas complicaciones son comunes a la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, mientras que otras son exclusivas de una u otra forma de EII. Por lo general, las complicaciones se pueden dividir en aquellas que aparecen por culpa de la propia inflamación o ulceración que ocurre en el intestino y aquellas que surgen en zonas del cuerpo que no están directamente conectadas con el intestino o relacionadas con la propia inflamación intestinal.

Complicaciones de la inflamación y la ulceración

La inflamación y las ulceraciones pueden provocar estenosis, fístulas y abscesos en el intestino. Si estas complicaciones no se tratan adecuadamente, pueden, a su vez, provocar más daños en los tejidos e infecciones descontroladas. Si bien estas complicaciones se observan a menudo en la enfermedad de Crohn, son muy raras en la colitis ulcerosa.

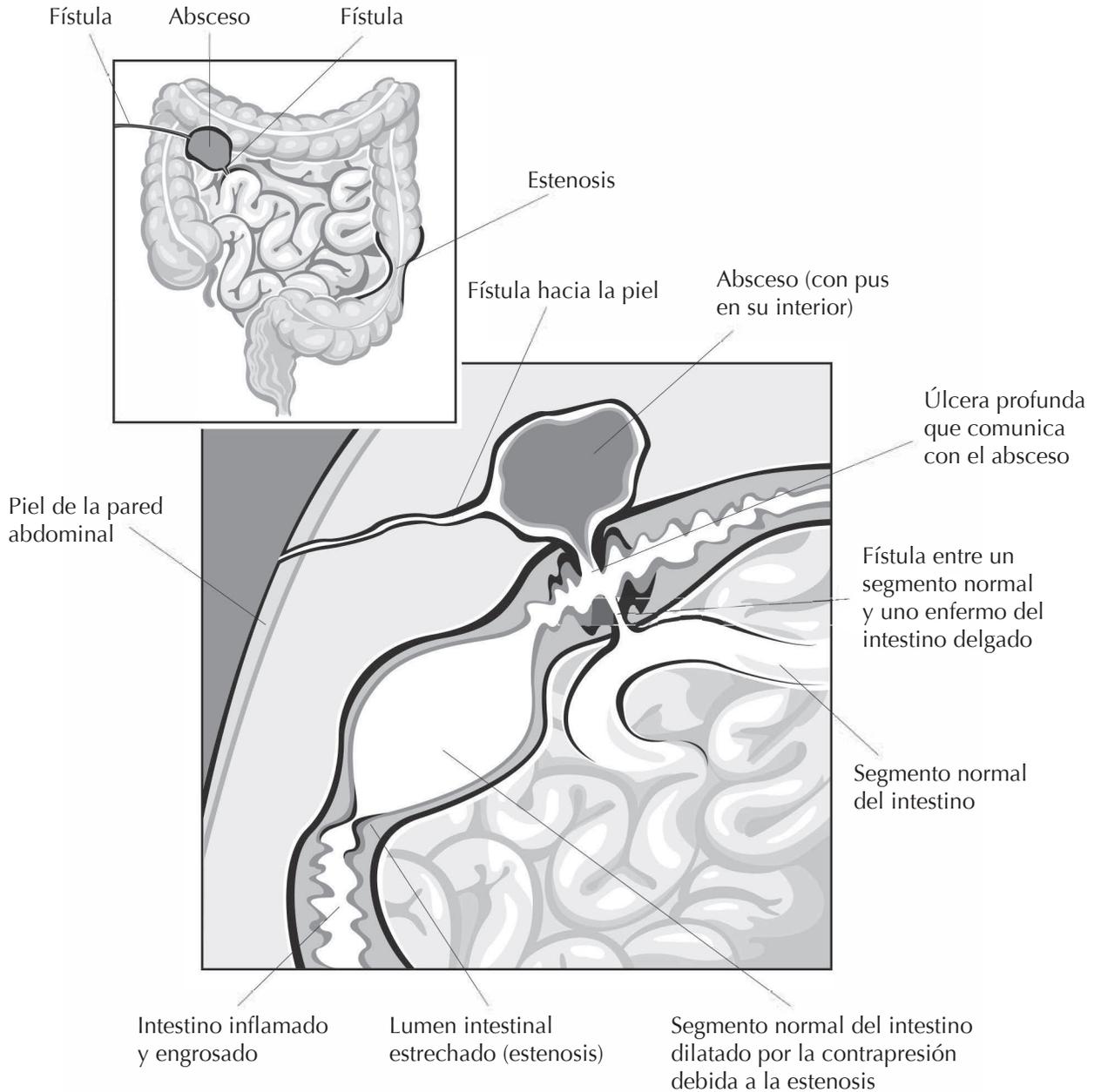
Comidas a evitar si sufres estenosis intestinal

- Palomitas de maíz .
- Frutos secos.
- Semillas.
- Maíz.
- Verduras crudas.
- Pieles de las frutas.

Estenosis

Las estenosis no son necesariamente un problema hasta que provocan una obstrucción intestinal, por lo general conocida como oclusiones. Los alimentos y otros elementos quedan atrapados en la estenosis estrechada, impidiendo el paso de otras sustancias. Esto produce una contrapresión en el intestino «por encima» de la estenosis, lo que provoca un dolor agudo, a menudo de tipo cólico,

Complicaciones de la enfermedad de Crohn: Estenosis, abscesos y fístulas



distensión abdominal y náuseas y vómitos. A veces puede haber señales de aviso de que una estenosis puede estar empeorando o provocando una obstrucción; entre estos signos se incluyen dolor frecuente o recurrente en el centro del abdomen después de comer, junto con una sensación de distensión o hinchazón de éste.

P ¿Qué son las estenosis?

R Las estenosis son segmentos del intestino en los que la abertura interna, normalmente ancha, se estrecha. Puede deberse a la inflamación que aparece en los tejidos de la pared intestinal como consecuencia de una inflamación activa, similar a la hinchazón que aparece al sufrir una lesión, como un hueso roto. La mayoría de las veces, la estenosis se debe a la cicatrización de los tejidos intestinales después de episodios repetidos o continuos de inflamación y curación.

Atención médica inmediata

Si existe fiebre con los síntomas de la estenosis, si hay vómitos frecuentes o si después de 6 a 8 horas los síntomas de la obstrucción no comienzan a desaparecer, como lo demuestra la reducción del dolor, la disminución de la distensión abdominal y la reanudación de los movimientos intestinales normales y el paso de gases, entonces se necesita atención médica inmediata.

Obstrucción intestinal

No todas las personas con estenosis desarrollan obstrucción intestinal. Si sufres una obstrucción intestinal que no es grave y conoces los síntomas, a veces puedes controlarla por tu cuenta evitando los alimentos sólidos y bebiendo sólo líquidos durante varias horas o incluso algunos días. Si tienes una estenosis, es importante que evites comer alimentos de difícil digestión y que, como consecuencia, puedan quedar obstruidos en la parte estrechada del intestino. Entre estos alimentos se incluyen las palomitas de maíz, los frutos secos, las semillas, el maíz, las verduras crudas (sobre todo las fibrosas, como el apio) y pieles de frutas.

Esta complicación puede resultar en una situación de emergencia. Por lo general, necesitarás monitorización en un entorno hospitalario, con administración de líquidos intravenosos para prevenir la deshidratación y, posiblemente, la inserción de una sonda nasogástrica (un tubo de plástico que se inserta por la nariz y desciende por el esófago hasta el estómago) para extraer líquidos y gases del estómago.

Síntomas de obstrucción abdominal

- Cólicos intensos, por lo general en la región central del abdomen.
- Distensión o hinchazón del abdomen.
- Reducción del número de deposiciones.
- Acumulación de gases.
- Náuseas y vómitos.

No necesariamente aparecen todos los síntomas cuando se ha producido una obstrucción intestinal, sobre todo si es parcial o incompleta.

Si la obstrucción no se resuelve con estas medidas, suele ser necesario someterse a una cirugía para extirpar el área del intestino estenosada. Afortunadamente, la mayoría de las obstrucciones que se deben a las estenosis de la enfermedad de Crohn se resuelven sin la necesidad inmediata de cirugía, pero las obstrucciones repetidas acostumbran a significar que se requiere intervención quirúrgica. En ese caso, la cirugía se puede programar de forma electiva para llevarla a cabo cuando el paciente esté bien alimentado, no esté enfermo y no tome fármacos que pudieran afectar a la curación y la recuperación posquirúrgica. Los medicamentos no son muy efectivos para aliviar la obstrucción, sobre todo cuando el estrechamiento se debe a la cicatrización.

Abscesos

Cuando una úlcera profunda atraviesa todas las capas del intestino, el contenido intestinal, sobre todo bacterias y material fecal, puede filtrarse hacia la cavidad abdominal y los tejidos que rodean el intestino. Cuando de repente se filtra una gran cantidad de este material, puede producirse una infección grave, en ocasiones mortal, conocida como peritonitis.

En la enfermedad de Crohn, por lo general esta fuga se produce de forma muy gradual y los tejidos que rodean al intestino tienen la oportunidad de reaccionar y formar una barrera contra la fuga libre de bacterias a la cavidad abdominal. Como resultado, las bacterias se acumulan en un área localizada que queda aislada de manera

Infección bacteriana grave

Cuando un absceso no se trata del modo adecuado, puede aumentar de tamaño y, por último, las bacterias pueden propagarse al torrente sanguíneo y por todo el organismo, o bien pueden aparecer en los órganos y tejidos adyacentes o en la cavidad abdominal, lo que hace que el pus se extienda por todo el abdomen. Cualquiera de estas situaciones puede ser en extremo grave e incluso potencialmente mortal.

efectiva. Las bacterias crecen dentro de esta región aislada, provocando una infección localizada conocida como absceso. Lo normal es que un absceso contenga pus en su interior.

Fístulas

Las fístulas son canales anormales que unen una parte del intestino con otra o con otro órgano. Cuando una región del intestino se inflama y ulcera, la úlcera puede atravesar el grosor de la pared intestinal y llegar a un tejido adyacente. Esto se ve facilitado por el hecho de que la superficie exterior del intestino inflamado tiende a ser «pegajosa» y se adhiere con facilidad a otros segmentos adyacentes del intestino, a los órganos que lo rodean o a la superficie interna de la pared abdominal. Cuando se forma una fístula entre dos segmentos del intestino, es posible que no haya malas consecuencias obvias, pero que la fístula haga que los alimentos ingeridos pasen por alto grandes segmentos del intestino. Esto puede provocar una disminución de la absorción de nutrientes, lo que conduce a pérdida de peso y malnutrición. Las fístulas pueden pasar de los intestinos a los órganos adyacentes, como la vejiga, lo que, a su vez, provoca infecciones urinarias recurrentes.

Fístulas perianales

El tipo más común de fístula aparece en la zona que rodea al ano. Se cree que estas fístulas anales surgen por culpa de una infección o inflamación de las glándulas que se encuentran justo debajo del revestimiento de la abertura anal. La infección o inflamación puede penetrar en varias direcciones a través de los tejidos circundantes y finalmente llegar a la piel que rodea el ano. Las fístulas perianales, también llamadas fístulas perineales, pueden ser extremadamente molestas y, en el caso de algunas personas, dominan todas las demás manifestaciones de la enfermedad de Crohn.

Las personas con fístulas perianales pueden sufrir episodios continuos de dolor alrededor de la región del ano, junto con hinchazón y drenaje de mucosidad, pus, sangre y heces. En las mujeres, la inflamación y las fístulas pueden extenderse desde la zona que rodea el ano hasta el área de la vagina. Cuando son particularmente gra-

Dolor y vergüenza

Cuando una fístula pasa del intestino a la piel de la pared abdominal o a la zona que rodea el ano, el líquido intestinal o las heces salen por la abertura de la fístula hacia la piel. Además de ser antiestético, este líquido intestinal dificulta la limpieza de la zona y puede irritar la piel circundante.

Debido a su ubicación, algunas fístulas también pueden obstaculizar algunos tipos de actividad sexual. Ello no se debe tan sólo al dolor que puede estar asociado con una fístula, sino también a la posible vergüenza de estar «sucio». Si tienes esta impresión, es importante que seas consciente de que no estás solo. Hablar de tus preocupaciones con tu pareja a menudo ayudará a calmar algunos de tus temores sobre la intimidad. Juntos, incluso podéis pensar en actividades o posiciones sexuales que ambos encontréis placenteras y que no te resulten dolorosas o incómodas.

ves, los síntomas relacionados con las fístulas pueden interferir con las actividades cotidianas, como sentarse, caminar, hacer ejercicio o ir en bicicleta.

Manifestaciones extraintestinales

Tanto la enfermedad de Crohn como la colitis ulcerosa pueden estar asociadas con la inflamación de los tejidos fuera del tracto intestinal, en especial las articulaciones, los ojos, la piel y el hígado. Las manifestaciones extraintestinales a menudo ocurren cuando la enfermedad intestinal es más activa o sintomática, pero también pueden aparecer cuando los intestinos no dan ningún problema. Por desgracia, no existe una buena manera de predecir quién podría tener estas complicaciones en particular, ni sabemos cómo evitar que ocurran. De todos modos, sabemos que ciertas complicaciones tienen alguna base genética o hereditaria que contribuye a su aparición en la EII.

Inflamación articular

Probablemente los síntomas articulares son la manifestación extraintestinal más común de la EII y se presentan hasta en un 30 por 100 de los pacientes. Las articulaciones más a menudo afectadas

Complicaciones de la EII fuera del intestino (manifestaciones extraintestinales)

- Síntomas articulares (dolor, rigidez, hinchazón).
- Sacroilitis.
- Inflamación ocular.
- Lesiones en la piel.
- Enfermedad hepática (colangitis esclerosante primaria).
- Enfermedad ósea.

son las rodillas, los tobillos, las muñecas y las articulaciones pequeñas de los dedos de las manos (nudillos) y de los pies. Los síntomas de afectación o inflamación de las articulaciones incluyen dolor y rigidez en las articulaciones o, cuando son más graves, hinchazón y enrojecimiento.

Problemas agravados

Por desgracia, algunos de estos problemas articulares, en especial la sacroilitis, tienden a persistir incluso cuando se trata y se controla adecuadamente la enfermedad intestinal subyacente. Para agravar el problema, algunos de los medicamentos que se suelen utilizar para tratar la inflamación de las articulaciones, como los antiinflamatorios no esteroideos, pueden ser dañinos para el tracto intestinal de los pacientes con EII.

Sacroilitis

En los pacientes con enfermedad de Crohn o con colitis ulcerosa puede aparecer en la parte baja de la espalda un tipo específico de artritis, conocida como sacroilitis. Por lo general, se presenta primero con rigidez en la parte inferior de la espalda por las mañanas y una vaga molestia en la parte inferior de la espalda o en las caderas. En una forma más grave, llamada espondilitis anquilosante, la inflamación puede extenderse hacia la parte superior de la columna vertebral y, en última instancia, hacer que los huesos de la columna se fusionen, lo que reduce la flexibilidad y la movilidad. Para la espondilitis anquilosante, existe un análisis de sangre que puede predecir quién está en riesgo de desarrollarla, pero por desgracia no es posible prevenir su desarrollo.

Inflamación ocular

La inflamación ocular es una consecuencia poco común, pero potencialmente grave, de la EII. Pueden aparecer varias formas diferentes de inflamación ocular (conocidas como iritis, uveítis y epiescleritis), todas ellas muy relacionadas entre sí, que provocan enrojecimiento ocular y, a menudo, dolor. En algunos casos, el dolor empeora con las luces brillantes y también puede existir visión borrosa. Cualquiera de estos síntomas debe ser evaluado de inmediato por un médico e iniciar el tratamiento, que por lo general consiste en colirios medicados que contienen esteroideos, aunque sólo deben administrarse después de un examen adecuado por parte de un médico cualificado.

Lesiones cutáneas

Hay dos tipos principales de lesiones cutáneas que suelen aparecer, aunque no con mucha frecuencia, en pacientes con EII: eritema

nodoso y pioderma gangrenoso. Si bien no se sabe con certeza si el tratamiento temprano de las lesiones cutáneas de la EII produce mejores resultados, es importante estar atento a cualquier lesión cutánea que resulte en especial dolorosa o que aumente de tamaño sin razón aparente.

Aunque no está causada directamente por la propia enfermedad, un tercer tipo de lesión cutánea, la psoriasis, se puede observar con más frecuencia en la EII, sobre todo en pacientes con enfermedad de Crohn. La psoriasis produce erupciones rojizas, elevadas, escamosas y con comezón que pueden aparecer casi en cualquier parte del cuerpo. Lo interesante es que la enfermedad de Crohn y la psoriasis comparten algunos factores genéticos que aumentan el riesgo de ambas afecciones, y los tratamientos farmacológicos de las dos afecciones inflamatorias se superponen. Algunas terapias, como los tratamientos basados en el factor de necrosis antitumoral (infliximab o adalimumab) o en la anti-interleucina-12 y la anti-interleucina-23 (ustekinumab), pueden resultar eficaces para tratar ambas enfermedades.

Eritema nodoso

Las lesiones del eritema nodoso son rojizas o violáceas, elevadas y dolorosas, y aparecen con mayor frecuencia en las espinillas. Por lo general, surgen cuando los síntomas intestinales son más activos y desaparecen a medida que la enfermedad intestinal responde al tratamiento, a veces dejando una pequeña área de decoloración.

Lesiones agrandadas

- Los pacientes a menudo comentan que las lesiones de eritema nodoso y pioderma gangrenoso parecen comenzar con lo que creían que era un hematoma o una picadura de insecto, pero que se agranda y empeora rápidamente. Cuando esto sucede, se debe notificar de inmediato a un médico.
- Se ha demostrado que el fármaco infliximab es bastante eficaz para curar las lesiones del pioderma gangrenoso.

Erupciones en la piel

Aunque los tratamientos basados en el factor de necrosis antitumoral (infliximab, adalimumab y golimumab) pueden ser eficaces para tratar las lesiones cutáneas asociadas a la EII, su uso también puede dar lugar a erupciones cutáneas inusuales. Por lo general, no son graves y normalmente se pueden controlar con cremas o pomadas aplicadas en el lugar de la erupción. En casos raros, estos medicamentos pueden estar asociados con una nueva aparición de una enfermedad de la piel conocida como psoriasis o, en algunos casos, con un empeoramiento de la psoriasis que ya estaba presente antes del inicio de la terapia. Se trata de una reacción inusual a la terapia porque estos medicamentos suelen ser bastante efectivos para tratar la psoriasis.