

FUNDAMENTOS PARA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal es el término designado a un grupo de enfermedades crónicas del tubo digestivo, de etiología desconocida, y que se refiere a la Enfermedad de Crohn (EC), Colitis Ulcerosa (CU) y Colitis Indeterminada (CI).

La predisposición genética, determinados factores ambientales, la flora intestinal y una respuesta inmune anómala a ésta son los elementos que, combinados en un determinado paciente, provocan la enfermedad.

Los síntomas más frecuentes incluyen la diarrea con moco y sangre, urgencia evacuatoria, incontinencia fecal, tenesmo rectal, dolor abdominal, fiebre y pérdida de peso pudiendo llevar a una afección grave del estado general y retraso en el crecimiento en edad puberal. La sintomatología varía dependiendo del tipo de enfermedad, la severidad y la localización.

Estas enfermedades tienen la potencialidad de afectar gravemente la salud y la calidad de vida del paciente, repercutiendo de modo directo y desfavorable en el ámbito educacional, en la capacidad laboral y/o social.

DIAGNOSTICO

No hay un único examen que determina el diagnóstico de la EII.

El mismo puede establecerse habitualmente mediante una historia clínica sugestiva asociada a hallazgos característicos en la mucosa intestinal visualizada mediante endoscopia y confirmados por biopsia. Asimismo, los análisis de laboratorio y otros estudios de imágenes (TAC, RMN, ecografía) aportan valiosos datos para arribar al diagnóstico.

La **Colitis Ulcerosa (CU)** se caracteriza por episodios recurrentes de inflamación limitados a la **capa mucosa del colon**. Casi siempre involucra el recto y puede extenderse de forma proximal ascendente y **continua** para involucrar a otras áreas del colon. Se utilizan diferentes términos para describir el grado de compromiso:

- Proctitis ulcerosa se refiere a la enfermedad limitada al recto.
- Colitis distal o proctosigmoiditis se utiliza cuando el proceso inflamatorio se extiende hasta el colon sigmoide medio, por lo general accesibles con el sigmoidoscopio flexible de 60 cm.
- Colitis izquierda se define como la enfermedad que se extiende hasta el ángulo esplénico.
- Colitis extensa se refiere a la enfermedad que se extiende más allá del ángulo esplénico del colon sin afectar el ciego.
- Pancolitis se utiliza cuando el proceso inflamatorio se extiende más allá del ángulo esplénico del colon hasta el ciego.

Los **síntomas** más frecuentes son la diarrea mucosanguinolenta (con urgencia evacuatoria y tenesmo rectal), el dolor abdominal, la fiebre, el malestar general y la astenia.

En contraste, la **Enfermedad de Crohn (EC)** se caracteriza por inflamación **transmural** (de toda la pared) en lugar de la mucosa superficial y por el carácter **parcheado** de las lesiones. La naturaleza transmural inflamatoria de la Enfermedad de Crohn a menudo conduce a la fibrosis y obstrucción. La inflamación transmural también puede dar lugar a **fístulas**.

La Enfermedad de Crohn puede involucrar todo el tracto gastrointestinal desde la boca hasta la zona perianal:

- Aproximadamente el 80 % de los pacientes tienen compromiso del intestino delgado, por lo general en el íleon distal y un tercio tienen exclusivamente ileítis.
- Aproximadamente el 50 % de los pacientes tienen ileocolitis, que se refiere a la participación tanto del íleon y el colon.
- Aproximadamente el 20 % tiene enfermedad limitada al colon. Aunque este patrón es similar al que en la Colitis Ulcerosa, casi la mitad de estos pacientes no presentan afección del recto, lo cual es raro en la colitis ulcerosa.
- Un pequeño porcentaje de los pacientes tienen afectación predominante de la boca o el área gastroduodenal, mientras que la afectación del esófago y el intestino delgado proximal es más rara.
- Aproximadamente un tercio de los pacientes tienen la enfermedad perianal.

Los **síntomas** habitualmente incluyen: Malestar general, astenia, diarrea (a veces sanguinolenta), dolor abdominal, fiebre, náuseas y vómitos (secundarios a estenosis), pérdida de peso e hiporexia. Si el paciente tiene enfermedad perianal puede presentar dolor perineal debido a la presencia de fístulas, abscesos, fisuras e inflamación. En niños y adolescentes puede haber retraso en el crecimiento y en la maduración sexual.

Así mismo existen manifestaciones extraintestinales que serán desarrolladas más adelante.

La **Colitis Indeterminada (CI)** incluye a aquellos pacientes con afectación del colon en los que las características clínicas, endoscópicas, radiológicas y anatomopatológicas no permiten diferenciar con certeza si se trata de una Colitis Ulcerosa o una Enfermedad de Crohn.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

- Raza: todas, más frecuente en caucásicos judíos.
- Distribución por sexo: prevalencia e incidencia similares en hombres y mujeres.
- Edades mayor frecuencia: distribución bimodal; primer pico entre los 15 y 40 años y un segundo pico entre los 50 y 80 años.

FORMAS DE COMIENZO

- 20% a 70% insidiosa o gradual.
- 10% a 20% brote agudo severo.

CARACTERÍSTICAS DEL COMPROMISO INTESTINAL

La Colitis Ulcerosa suele afectar a la mucosa de manera continua involucrando el recto y pudiendo extenderse de forma ascendente. En contraste, en la Enfermedad de Crohn la inflamación es transmural y discontinua o parcheada, a menudo conduce a fibrosis, obstrucción y fístulas.

COMPLICACIONES INTESTINALES DE LA COLITIS ULCEROSA

- Hemorragia masiva.

- Colitis fulminante con perforación y peritonitis.
- Estenosis de tipo benigna o maligna.
- Cáncer de colon (riesgo 0,5 % por año).

COMPLICACIONES INTESTINALES DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

- Dolor abdominal y diarrea crónica.
- Hemorragia gastrointestinal.
- Fístulas.
- Abscesos/ flemones.
- Enfermedad perianal: hasta en un tercio de pacientes.
- Síndrome de mala absorción.
- Cáncer de colon o intestino delgado.
- Otros: compromiso oral aftoso severo, compromiso esofágico con disfagia/odinofagia, litiasis coledociana o biliar.

COMPLICACIONES EXTRAINTESTINALES DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

- Ocular: uveítis, iritis y epiescleritis.
- Piel: eritema nodoso y pioderma gangrenoso.
- Articulaciones: artritis periférica de grandes articulaciones, espondilitis anquilosante o espondiloartropatía indiferenciada.
- Colangitis esclerosante.
- Pulmonar: desde enfermedad leve a deterioro severo de la función con bronquiectasias.
- Tromboembolismo venoso y arterial.
- Litiasis renal.
- Pérdida de masa ósea y osteoporosis.
- Deficiencia de vitamina B12 con anemia perniciosa.
- Anemia hemolítica autoinmune.

CURSO CLINICO DE LA COLITIS ULCEROSA

La importancia de la curación de la mucosa en la predicción de los resultados clínicos se ha demostrado en varios estudios.

El curso de la Colitis Ulcerosa generalmente se compone de exacerbaciones (que ocurren de manera impredecible) alternando con períodos de remisión sintomática completa.

Aquellos con enfermedad más grave no son más propensos a tener síntomas recurrentes que aquellos con enfermedad más leve.

Un pequeño porcentaje de pacientes tienen síntomas continuos y son incapaces de alcanzar la remisión.

La intervención quirúrgica (proctocolectomía total) está indicada en pacientes que no responden a la terapia médica y para aquellos con hemorragia masiva, perforación de colon, persistentes en el megacolon tóxico, y aquellos con displasia o cancer.

CURSO CLINICO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

- El curso típico en pacientes con Enfermedad de Crohn que involucra al intestino delgado y/o grueso se caracteriza por períodos de exacerbación (que ocurren de manera

impredecible) intermitentes seguidos de períodos de remisión.

- De 10 a 20 % de los pacientes experimentan una remisión prolongada después de la presentación inicial. Más de la mitad de los pacientes desarrollan estenosis o enfermedad fistulizante a los 10 años de seguimiento.

Los pacientes que se encuentran en remisión durante un año tienen una probabilidad del 80 % de permanecer en remisión durante los años siguientes.

Los pacientes con enfermedad activa en el último año tienen un 70 % de probabilidad de que permanezca activa en el próximo año.

Menos del 5 % tendrá un curso continuo de la enfermedad activa.

La recurrencia de las fístulas perianales tras el tratamiento médico o quirúrgico es común (59 a 82 %).

ALTERACIONES EN LA CALIDAD DE VIDA VINCULADAS A LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII): es una enfermedad crónica potencialmente severa capaz de afectar gravemente la salud y calidad de vida, produciendo un gran deterioro en la capacidad organizativa y funcional que puede impactar en los ámbitos laborales, educativos y/o emocionales.

El impacto social de esta enfermedad es particularmente relevante por la edad en que predomina el debut de los síntomas. Habitualmente se presenta en jóvenes o adolescentes en período formativo/ productivo, comenzando dentro de las primeras décadas y permaneciendo enfermos de por vida, produciendo altas tasas de neurosis, ansiedad, angustia, depresión, inhibición e inestabilidad emocional.

EVALUACION DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Recientemente, la Clasificación Internacional para el Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF, según las siglas en inglés) ha definido un conjunto básico de evaluaciones capaz de capturar todos los aspectos específicos de la discapacidad que describen lo que significa vivir con Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Recientemente se ha desarrollado el primer índice de discapacidad para la Enfermedad Intestinal Inflamatoria y pronto estará disponible en español. El mismo será de utilidad para los ensayos clínicos y la práctica clínica diaria para la correcta evaluación del estado de salud y la presentación de informes sobre el impacto en la calidad de vida de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

El cuestionario cuenta con una versión extensa de 28 preguntas y una resumida de 19 preguntas simples que tienen en cuenta el estado de salud general percibida por el paciente, el sueño y la energía diurna, la esfera psicológica, la percepción de la imagen corporal, el dolor abdominal, las dificultades defecatorias, el cuidado e higiene personal, las actividades interpersonales, el impacto sobre el trabajo y la educación y la necesidad de medicaciones. Todos estos parámetros están graduados del 1 a 5 de acuerdo a una escala analógica.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Los objetivos del tratamiento son:

- Aliviar el dolor.

- Disminuir la inflamación intestinal.
- Prevenir la lesión permanente de la mucosa intestinal.
- Preservar y restaurar la función gastrointestinal.
- Evitar las complicaciones.
- Mantener la calidad de vida.
- Educación del paciente y entorno familiar.

El enfoque terapéutico actual de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal es:

- 1) Diagnóstico temprano.
- 2) Terapéutica intensiva para inducir una remisión.
- 3) Mantener la remisión.
- 4) Tratamiento más agresivo para las formas más resistentes.
- 5) Manejo apropiado de las complicaciones quirúrgicas.

TRATAMIENTO.

Debido que la condición clínica de estas enfermedades cambia dinámica e impredeciblemente, el tratamiento se adecuará al estadio de la enfermedad. El tratamiento debe ser continuo (durante periodos de actividad y para el mantenimiento de la remisión) dado que su suspensión favorece la recaída, posibilitando así la presentación de cuadros severos, en situaciones de emergencia, que pueden llevar a una cirugía mutilante o incluso provocar la muerte.

TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS Y CONSIDERACIONES DIETARIAS.

- Antiinflamatorios Aminosalicilatos (5-ASA) (Orales o tópicos).
- Antibióticos.
- Corticoides (Sistémicos o tópicos).
- Inmunomoduladores (mercaptipurina, azatioprina y metotrexate ciclosporina, tacrolimus).
- Terapias Biológicas Anti-TNF (infliximab, adalimumab).
- Complementos nutricionales.
- Medicación de patologías y complicaciones asociadas.
- En casos de cirugía, accesorios para ostomizados.

MARCADORES PREDICTIVOS DE MAL PRONOSTICO en EC

- Pacientes jóvenes
- Tabaquistas
- Presencia de úlceras profundas en la endoscopia
- Debut de la Enfermedad con un brote severo
- Pérdida de peso
- Presencia de fístulas

Este subgrupo de pacientes se beneficia con un tratamiento mas potente desde el diagnóstico. Esto implica utilización precoz de inmunomoduladores y terapias biológicas con el objetivo de modificar la historia natural de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

- Loftus EV Jr. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology* 2004;126:1504-17.
- Kornbluth A, Sachar DB. Ulcerative colitis practice guidelines in adults (update): American College of Gastroenterology, Practice Parameters Committee. Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. *Am J Gastroenterol* 2004; 99:1371-85.
- Danese S, Fiocchi C. Ulcerative colitis. *N Engl J Med* 2011; 365:1713-25.
- Walsh A, Mabee J, Trivedi K. Inflammatory bowel disease. *Prim Care* 2011; 38:415-32.
- Lichtenstein GR, Hanauer SB, Sandborn WJ. Management of Crohn's disease in adults. Practice Parameters Committee of American College of Gastroenterology. *Am J Gastroenterol* 2009; 104:465-83.
- Peyrin-Biroulet L, Cieza A, Sandborn WJ, Coenen M, Chowers Y, Hibi T, Kostanjsek N, Stucki G, Colombel JF; the International Programme to Develop New Indexes for Crohn's Disease (IPNIC) group. Development of the first disability index for inflammatory bowel disease based on the international classification of functioning, disability and health. *Gut* 2012; 61:241-7.
- Prasko J, Jelenova D, Mihal V. Psychological aspects and psychotherapy of inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome in children. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* 2010; 154:307-14.