

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES

on Crohn's Disease (CD)



European  
Crohn's and Colitis  
Organisation



United We Stand

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



## Guía ECCO-EFCCA para pacientes con enfermedad de Crohn

Marc Dudley\*<sup>1</sup>, Martin Kojinkov\*<sup>2</sup>, Dusan Baraga<sup>3</sup>, Xavier Donnet<sup>4</sup>, Evelyn Groß<sup>5</sup>, Sofia Lantzanaki<sup>6</sup>, Tineke Markus de Kwaadsteniet<sup>7</sup>, Tricia McArdle<sup>8</sup>, Malgorzata Mossakowska<sup>9</sup>, Marko Perovic<sup>10</sup>, Cornelia Sander<sup>11</sup>, Helen Ludlow<sup>12</sup>, Gerassimos J Mantzaris<sup>13</sup>, Axel Dignass\*\*<sup>14</sup>, Francisca Murciano\*\*<sup>15</sup>

\* Contribuidores a partes iguales como primeros autores

\*\* Contribuidores a partes iguales como últimos autores

<sup>1</sup>LMF - Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer, Postboks 808 Sentrum, 0104 Oslo, Noruega; <sup>2</sup>Bulgarian Crohn's and Ulcerative Colitis Association, Druzba 2, bl. 212, entr. V, apt. 66 Sofía, 1582 Bulgaria; <sup>3</sup>KVCB - Društvo za kronično vnetno črevesno bolezen, Ljubljanska ulica 5, p.p. 640, 2000 Maribor, Eslovenia; <sup>4</sup>A.S.B.L Association Crohn-RCUH, Rue de la Forêt de Soignes 17, 1410 Waterloo, Bélgica; <sup>5</sup>ÖMCCV – Österreichische Morbus Crohn - Colitis ulcerosa Vereinigung, Obere Augartenstraße 26-28, 1020 Viena, Austria; <sup>6</sup>HELLESCC - Hellenic Society of Crohn's Disease's and Ulcerative Colitis' Patients, Filis 232, Atenas, Grecia; <sup>7</sup>CCUVN - Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland, Houttuinlaan 4b, 3447 GM Woerden, Países Bajos; <sup>8</sup>ISCC - Irish Society for Colitis and Crohn's Disease, Carmichael Centre for Voluntary Groups, North Brunswick Street, Dublín 7, Irlanda; <sup>9</sup>Polish Association Supporting People with Inflammatory Bowel Disease "J-elita", ul. Ks. Trojdena 4, 02 109 Varsovia, Polonia; <sup>10</sup>UKUKS - Udruzenje obolelih od Kronove bolesti i ulceroznog kolitisa Srbije, Pere Cetkovic 23, 11060 Belgrado, Serbia; <sup>11</sup>DCCV e.V. - Deutsche Morbus Crohn/Colitis Ulcerosa Vereinigung, Inselstraße 1, 10179 Berlín, Alemania; <sup>12</sup>University Hospital Llandough, Penlan Road, Llandough, Gales del Sur, CF64 2XX, Gales; <sup>13</sup>Evangelismos Hospital, Department of Gastroenterology, 45-47 Ypsilandou Street, 10676 Atenas, Grecia; <sup>14</sup>Department of Medicine I Gastroenterology, Hepatology, Oncology and Nutrition, Agaplesion Markus Hospital, Goethe University, DE 60431 Fráncfort, Alemania; <sup>15</sup>Hospital del Mar, Department of Gastroenterology, Passeig Maritim 25-29, 08003 Barcelona, España

Asociaciones organizadoras y de contacto: European Crohn's and Colitis Organisation, Ungargasse 6/13, 1030 Viena, Austria; European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations, Rue Des Chartreux, 33-35 Bruselas B 1000, Bélgica

---

## Reconocimientos

ECCO y EFCCA quisieran agradecer a todos los que han contribuido a la Guía ECCO-EFCCA para pacientes. ECCO y EFCCA desearían reconocer el trabajo de los redactores médicos, Sanna Lonnfors y Andrew McCombie, quienes contribuyeron sustancialmente a la Guía ECCO-EFCCA para pacientes.

## Política de difusión

La Guía ECCO-EFCCA para pacientes está basada en la Guías clínicas sobre la Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa ECCO. Podrá acceder a las Guías clínicas ECCO por el enlace siguiente: <https://www.ecco-ibd.eu/index.php/publications/ecco-guidelines-science.html> Le invitamos a distribuir libremente la Guía ECCO-EFCCA para pacientes. Le recordamos que toda traducción de la Guía ECCO-EFCCA para pacientes está sujeta a la autorización por parte de ECCO y EFCCA.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



## Descargo de responsabilidad

Las Guías para pacientes ECCO-EFCCA han sido creadas para educar y capacitar al paciente, teniendo como objetivo facilitar orientación sobre las mejores prácticas a nivel europeo. Por eso mismo, algunas de las recomendaciones podrán variar a escala nacional ya que el tratamiento ofrecido es diferente en cada país. Toda toma de decisión relativa a un tratamiento específico será competencia del especialista médico y no deberá basarse exclusivamente en el contenido de la Guías ECCO-EFCCA para pacientes. La European Crohn's and Colitis Organisation, la European Federation of Crohn's and Colitis y/o cualquiera de los miembros de su personal y/o de los contribuidores de la guía no se responsabilizan por la información publicada de buena fe en la Guía ECCO-EFCCA para pacientes.

## Política de conflicto de intereses (CDI) de ECCO

ECCO ha mantenido diligentemente una política de divulgación de potenciales conflictos de intereses (CDI). La declaración con respecto a los conflictos de intereses se basa en un modelo empleado por el International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). La declaración de CDI no solo se halla guardada en la sede de ECCO y en la oficina editorial de la JCC sino que también está abierta al escrutinio público en el sitio web de ECCO (<https://www.ecco-ibd.eu/about-ecco/ecco-disclosures.html>), facilitando un panorama completo de los potenciales conflictos de intereses de los autores.

---

## Introducción

La enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, abreviadas respectivamente EC y CU, pertenecen a un grupo de enfermedades inflamatorias crónicas del intestino, llamadas enfermedades inflamatorias intestinales (EII). Las EII son enfermedades inmunológicas que se desarrollan en pacientes con una predisposición genética cuando están expuestos a la influencia de factores ambientales aún desconocidos.

La presente guía aborda el diagnóstico y tratamiento de la EC. En esta guía se utilizará el término EC. La información contenida en este documento emana de una guía internacional sobre la EC elaborada siguiendo un proceso riguroso con la participación de destacados expertos médicos europeos y evaluando la evidencia actual sobre el mejor manejo de los pacientes con EC, a modo de llegar a una comprensión adecuada de los mejores métodos de diagnóstico y tratamiento aplicables por los profesionales de la medicina. Muchos de los términos aparecen subrayados. Se trata de vocablos que figuran en el glosario concebido para ayudarle a comprender mejor esta guía. En otra guía orientada al paciente, elaborada paralelamente, podrá encontrar información relativa a la CU.

La EC es una enfermedad que afecta a los intestinos delgado y grueso, así como, con menos frecuencia, a otras partes del tracto gastrointestinal. También puede afectar a diversos órganos y tejidos fuera del intestino, más comúnmente a la piel, las articulaciones y los ojos.

La EC es más frecuente en la última porción del intestino delgado y el intestino grueso. Sin embargo, la EC puede ocurrir en cualquier parte del tracto gastrointestinal, comenzando por la boca y terminando en el ano. La inflamación del intestino es habitualmente "discontinua": áreas inflamadas ("parches de intestino enfermo") se alternan con

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



segmentos intestinales sanos ("lesiones a saltos"). Dependiendo de la gravedad de la inflamación, el recubrimiento interno del intestino ("mucosa") puede ponerse rojo ("eritematoso") e hinchado ("edematoso"), con úlceras de varios tamaños y formas (aftosa, superficial, profunda, longitudinal), en tanto que la mucosa puede mostrar un aspecto "empedrado". Estas lesiones afectan a todo el espesor del recubrimiento del intestino y pueden causar complicaciones, como estenosis del lumen y /o penetración, resultando en formación de abscesos (difusión del contenido del lumen intestinal en la cavidad abdominal) o fístulas (trayectos que comunican y escurren el contenido del lumen intestinal a la piel u órganos adyacentes, como la vejiga, o bien a otras asas intestinales). Además de esto, en una proporción significativa de pacientes, la EC puede afectar a varias partes del cuerpo fuera del intestino, por lo general la piel, articulaciones y ojos. Estas manifestaciones extraintestinales pueden aparecer antes de que se desarrollen los síntomas intestinales típicos de la EC (como veremos más adelante), siendo a veces más molestas y más difíciles de tratar que los síntomas intestinales.

Puesto que la EC es de carácter diverso, será necesario localizar las lesiones en el intestino mediante exámenes de diagnóstico adecuados y clasificarlas de acuerdo a su gravedad al momento del diagnóstico. Además, ya que la EC es una enfermedad crónica para la que, de momento, no existe cura, la terapia está encaminada a aliviar la inflamación en el intestino y zonas extraintestinales (si se da en estas regiones), preservar la función intestinal, prevenir las complicaciones y ofrecer a los pacientes una calidad de vida normal en el ámbito personal, profesional y social sin discapacidad. Las intervenciones terapéuticas incluyen el fomento del abandono del tabaquismo, planes dietéticos y una diversidad de fármacos administrados aisladamente o en combinación conforme a la localización y gravedad de la enfermedad.

## Diagnóstico de la enfermedad de Crohn

### *Síntomas de la EC*

Los síntomas de la EC pueden ser diversos. Suelen incluir dolor abdominal, pérdida de peso y diarrea de más de cuatro semanas de duración. Cuando estos síntomas aparecen, especialmente en pacientes jóvenes, el médico debería considerar la posibilidad de que se trate de una EC. Son comunes síntomas generales como sensación de malestar, fatiga, pérdida de apetito y fiebre.

Los síntomas pueden presentarse repentinamente y, en ocasiones, la EC puede confundirse con apendicitis. Los síntomas también pueden ser similares a los del síndrome de intestino irritable (SII). La mayoría de los pacientes experimentan dolor abdominal y pérdida de peso antes de establecerse el diagnóstico. La sangre y las mucosidades en las deposiciones se observan con menos frecuencia que en la CU. Los síntomas extraintestinales de la EC, habitualmente en las articulaciones, pueden presentarse antes de que se den los síntomas intestinales.

### *Pruebas de diagnóstico*

La EC varía de un paciente a otro, dependiendo de la edad del paciente al comienzo de la enfermedad, de la localización de la enfermedad en el intestino y del comportamiento de la enfermedad.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



No existe una prueba de diagnóstico única de la EC. El diagnóstico se establece por una combinación de la evaluación de síntomas clínicos, análisis de sangre, estudios por imagen, endoscopia y examen histológico de las biopsias intestinales (términos explicados en el glosario). A día de hoy, no se recomiendan las pruebas genéticas para el diagnóstico rutinario de la EC.

## Historia clínica

Su médico deberá solicitarle a usted información detallada sobre, por ejemplo, el momento de aparición de los síntomas, viajes recientes, intolerancias alimentarias, consumo actual o previo de medicamentos (incluyendo antibióticos, fármacos antiinflamatorios y contra el dolor como la aspirina, el ibuprofeno y el diclofenaco) o apendicectomía previa. El médico deberá tener especialmente en cuenta factores de riesgo de EC bien conocidos, como tabaquismo, antecedentes familiares de EC e infección reciente en el tracto gastrointestinal.

El tabaquismo, los antecedentes familiares de EII y la apendicectomía a una edad temprana son todos factores de riesgo de EC. La infección bacteriana o viral del estómago o intestino aumenta el riesgo de contraer la EC. Los estudios sobre AINES como factor de riesgo aportan hallazgos menos consistentes.

## Síntomas no relacionados con el intestino (extraintestinales) de EC

Son muchos los síntomas que pueden acompañar a la EC y no todos afectan directamente a los intestinos. Como se mencionaba, la EC puede también atacar varios órganos y tejidos fuera de los intestinos.

Su médico deberá interrogarle sobre síntomas nocturnos y/o signos extraintestinales (por ejemplo, en boca, piel, ojos y articulaciones), abscesos alrededor del ano o fisuras anales (grietas en la piel). La exploración general deberá cubrir los aspectos siguientes:

- bienestar general
- pulso
- presión arterial
- temperatura
- sensibilidad o hinchazón en el abdomen
- protuberancias que usted puede palpar
- examen del perineo (área entre el ano y los genitales) y de la boca
- tacto rectal
- medición del índice de masa corporal

## Exploración física y análisis de laboratorio

Su médico deberá realizar un examen para comprobar la presencia de inflamación aguda y/o crónica, anemia, deshidratación y señales de malnutrición y malabsorción. Los estudios de laboratorio iniciales deberán incluir PCR y analítica sanguínea completa. También pueden utilizarse otros marcadores de inflamación, como la calprotectina fecal y la VSG. En algunos casos se recomienda que el médico efectúe pruebas para la identificación de diarrea infecciosa, incluyendo un análisis de la presencia de toxina de Clostridium difficile. Es posible que se requieran otros exámenes de deposiciones, en particular si usted ha viajado al extranjero.

La anemia y la trombocitosis (cuando el cuerpo produce demasiados trombocitos o plaquetas) son los hallazgos de laboratorio más comunes en la sangre cuando se padece de EC. Los exámenes de PCR y de VSG muestran si existe



inflamación; los resultados del examen de PCR se correlacionan a grandes rasgos con la actividad de la enfermedad, mientras que el análisis de la VSG es menos preciso. Los niveles de calprotectina fecal coinciden con la actividad de la enfermedad en los intestinos. No obstante, ninguno de estos exámenes es lo suficientemente específico para diagnosticar EC o diferenciarla de CU.

## Endoscopia

Si su médico sospecha que usted tiene una CE, se requerirán ileocolonoscopia y biopsias de la porción terminal del intestino delgado y de cada segmento del colon para hallar evidencia microscópica de EC que permita llegar a un diagnóstico definitivo. Sean cuales fueren los hallazgos, se recomienda realizar exámenes adicionales que permitan averiguar la ubicación y la extensión de la EC en el intestino delgado. No está claro si la endoscopia del tracto gastrointestinal superior debe ser una exploración rutinaria en los pacientes adultos que no muestren síntomas.

La colonoscopia y las biopsias conforman la primera línea de procedimientos de diagnóstico de la inflamación en el colon. La mayoría de las colonoscopias permiten también tomar biopsias del intestino delgado. Los signos endoscópicos de la EC incluyen inflamación discontinua y fragmentaria, lesiones anales y pared intestinal de aspecto empedrado. La gravedad de la EC en el colon puede determinarse con exactitud en la colonoscopia, pero, si la EC está localizada en la porción terminal del intestino delgado, la ileoscopia combinada con estudios por imágenes es más eficaz para el diagnóstico. Los estudios por imágenes por sí solos, como la ultrasonografía y la exploración por TC o RMN, no pueden diagnosticar definitivamente la EC.

## Estudios por imágenes

Los estudios por imágenes del intestino (por TC o RMN) y el ultrasonido del abdomen se suman a los hallazgos de la endoscopia. Contribuyen a detectar y determinar la extensión de la inflamación, obstrucciones y fístulas causadas por la EC. Deberá tenerse en cuenta el efecto de la exposición a la radiación, particularmente a la hora de seleccionar técnicas para monitorizar el curso de su enfermedad. Puesto que los estudios radiológicos convencionales en los que se utiliza bario (como agente de contraste) son de inferior calidad y suponen además una sustancial carga radiactiva, deberán preferirse otros métodos que estén disponibles.

La CT y la RM son actualmente las técnicas estándar para la evaluación del intestino delgado. Ambas pueden mostrar la extensión y actividad de la EC sobre la base del espesor de la pared intestinal, de los edemas y de las ulceraciones. Las dos ofrecen una precisión similar, aunque la TC es más fácil que se encuentre disponible y exige menos tiempo que la RM. Sin embargo, debido a que la TC requiere el uso de radiación, convendrá estudiar el uso de una RM, de ser esta posible.

El ultrasonido abdominal puede aportar información sobre la actividad y ubicación de la enfermedad, especialmente en el intestino delgado. Asimismo, es una técnica ampliamente disponible y barata, además de que no expone al paciente a radiación. Aún así, puede ser difícil visualizar segmentos profundos del intestino y cada examinador podrá tener una opinión distinta de lo que observa.



## Endoscopia del intestino delgado

La cápsula endoscópica del intestino delgado (CEID) deberá ser un método de exploración a tener en cuenta solo cuando la ileocolonoscopía y los estudios por imagen sean negativos pero su médico mantenga la fuerte sospecha de EC. En tal caso, la CEID puede contribuir a confirmar que usted no tiene una EC. Si se requiere una biopsia, un especialista podrá realizar una enteroscopia. También puede recurrirse a este examen cuando se necesite una terapia endoscópica —como la dilatación (ensanchamiento de la luz) de estenosis—, la recuperación de una cápsula atascada o el tratamiento de una hemorragia.

La CDIE es un método nuevo que permite al médico identificar directamente pequeñas lesiones del intestino delgado que podrían pasar desapercibidas en los exámenes colonoscópicos o estudios por imágenes. Es una herramienta de diagnóstico efectiva en los casos de EC del intestino delgado, pero no puede aplicarse si el paciente presenta obstrucciones intestinales, estricturas o fístulas, dispositivos electromédicos implantados (como marcapasos) o trastornos de deglución.

## Biopsias endoscópicas

Para diagnosticar con fiabilidad una EC convendrá tomar biopsias. Se recomienda obtener al menos dos biopsias de cinco segmentos del colon (incluyendo el recto) y de la porción final del intestino delgado.

El análisis de una serie de biopsias del colon completo facilita el diagnóstico más fiable de CE. Las biopsias deberán obtenerse de áreas tanto afectadas como no afectadas por la enfermedad. En los exámenes de seguimiento podrá acudirse a un número menor de biopsias para confirmar el diagnóstico, mientras que en los exámenes de control tras una cirugía deberán tomarse biopsias si se sospecha una recaída de la enfermedad. Si se sospecha EC en los pacientes ostomizados, deberán obtenerse biopsias del tramo intestinal aferente (porción del intestino delgado que desemboca en la bolsa). De sospecharse etapas tempranas de cáncer, será necesario tomar biopsias múltiples.

## Predicción del curso de la enfermedad

Los factores clínicos en el momento del diagnóstico y/o de los hallazgos endoscópicos pueden predecir el curso de la EC. Deberán tomarse en cuenta a la hora de decidir el tratamiento a seguir.

Existen estudios indican que los factores siguientes predicen la aparición de una enfermedad más grave a los cinco años del diagnóstico:

- lesiones perianales
- enfermedad en la porción final del intestino delgado y comienzo del colon
- diagnóstico a una edad temprana y/o
- necesidad de tratamiento con esteroides en el primer brote.

Existe cada vez más evidencia de que una terapia intensiva temprana con inmunomoduladores y/o fármacos biológicos puede promover la cicatrización de la mucosa y la remisión continua temprana sin necesidad de esteroides. Sin embargo, la terapia intensiva temprana deberá plantearse solo en casos graves, dados los riesgos que implica la terapia inmunosupresora.



## Seguimiento de la actividad de la enfermedad y del éxito del tratamiento

La determinación de PCR y los marcadores en heces (como la calprotectina y la lactoferrina fecales) pueden emplearse como guía para la terapia. Igualmente pueden ser útiles para el seguimiento a corto plazo y la predicción de recaídas. La calprotectina fecal también puede ser de ayuda para concluir si usted padece una EC o un síndrome de intestino irritable (SII).

La endoscopia sigue considerándose como el procedimiento estándar para documentar la curación del intestino, aunque es invasiva y costosa. La calprotectina fecal y la lactoferrina son más fáciles de medir. Ambas son signos de inflamación intestinal por cualquier causa, pueden predecir con fiabilidad una EC activa y son más efectivas que los niveles de PCR para medir la inflamación específica del intestino.

## Manejo farmacológico de una enfermedad de Crohn activa incluyendo terapias alternativas

### Consideraciones generales

Antes de modificar un tratamiento farmacológico deberá confirmarse la presencia de inflamación activa causada por la EC.

El plan de tratamiento de EC deberá tener en cuenta la actividad de la enfermedad, su ubicación y comportamiento. Siempre deberá discutirse con el paciente. A veces, especialmente en casos graves, será necesario tomar decisiones sobre el tratamiento sin conocer la plena distribución de la enfermedad. Puede que los médicos no siempre puedan juzgar la actividad de la enfermedad, de modo que deberán obtenerse marcadores objetivos (biopsias, calcoprotectina fecal) de la actividad de la enfermedad mediante diversos exámenes antes de iniciar o modificar la terapia.

La determinación de la terapia idónea deberá basarse en un equilibrio entre la potencia del fármaco y sus posible efectos secundarios, en la respuesta al tratamiento previo y en las complicaciones o síntomas extraintestinales potenciales.

### EC de actividad moderada

La EC de actividad moderada localizada en la porción final del intestino delgado y comienzo del colon, deberá tratarse con budesonida o corticosteroides sistémicos como prednisolona o metil-prednisolona. El tratamiento anti-TNF es el indicado para los pacientes que no han respondido a los esteroides en el pasado o no los toleran. En los pacientes con una enfermedad con recaídas infrecuentes puede ser adecuado reiniciar los esteroides junto a un inmunosupresor. Vedolizumab es una opción para los pacientes sin respuesta a los esteroides y/o anti-TNF.

La budesonida y la prednisolona son terapias iniciales adecuadas contra la EC moderadamente activa. La prednisolona es muy efectiva y menos cara, si bien suele originar más efectos secundarios que la budesonida. Sin embargo, la exposición a los corticosteroides deberá reducirse al mínimo en el tratamiento de EC, en vista de que no es efectiva para mantener la remisión.

La terapia de esteroides puede minimizarse de manera efectiva comenzando una terapia anti-TNF en una etapa temprana. Ciertos grupos de pacientes, como los dependientes de los esteroides o aquellos que no responden a ellos, podrían beneficiarse más de los anti-TNF.



# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Se ha descubierto que, en los pacientes en etapas tempranas de la enfermedad, una combinación de infliximab y azatioprina es más efectiva que infliximab a solas para lograr y mantener la remisión.

## *EC de actividad grave*

La EC de actividad grave localizada en la porción final del intestino delgado y comienzo del colon deberá tratarse primero con corticosteroides sistémicos. El tratamiento anti-TNF es el indicado para los pacientes que sufren una recaída. Vedolizumab es una opción para los pacientes sin respuesta a los esteroides y/o anti-TNF. En algunos pacientes con enfermedad con recaídas poco frecuentes, puede ser adecuado reiniciar los esteroides en combinación con un inmunosupresor. La cirugía deberá plantearse como una opción en los casos de pacientes que no responden al tratamiento farmacológico.

Aunque la prednisolona o la hidrocortisona intravenosa siguen aplicándose como un primer tratamiento de la EC grave ubicada en la porción final del intestino delgado, en años recientes se ha reducido el umbral para iniciar una terapia anti-TNF en los pacientes con un pronóstico negativo. Hay estudios que indican que el tratamiento continuo con los agentes anti-TNF infliximab o adalimumab reduce el riesgo de cirugía y hospitalización en los casos de EC.

La terapia anti-TNF es usual en los pacientes que no responden a la terapia inicial y que no cumplen con los requisitos para una cirugía. El umbral para la cirugía es más bajo en los casos de EC localizada en la porción final del intestino delgado y comienzo del colon que cuando la enfermedad afecta otras zonas, particularmente si la enfermedad se ubica en el intestino delgado, debido a que la pérdida extensa o repetida de intestino delgado podría causar malnutrición. Algunos expertos prefieren la cirugía a la terapia anti-TNF si la enfermedad se presenta en esta región, mientras que otros priman la cirugía cuando la terapia farmacológica no actúa lo suficientemente rápido o causa efectos secundarios intolerables.

## *EC colónica*

La EC activa en el colon debe ser tratada con corticosteroides sistémicos. Para los pacientes que sufren recaídas, las tiopurinas, los anti-TNF o vedolizumab son opciones adecuadas. En los pacientes que no responden al primer tratamiento anti-TNF, vedolizumab puede ser apropiado.

La EC grave activa en el colon se confirma con más facilidad y más temprano que la EC en el intestino delgado. Esta es quizás la razón por la que la EC en el colon parece responder mejor a la terapia anti-TNF que la EC en el intestino delgado. Los corticosteroides sistémicos, como la prednisolona, son efectivos, pero la budenosida no produce impacto alguno en el tratamiento de la EC en el colon.

La cirugía es una opción usualmente esgrimida en el caso de pacientes que no responden o dejan de responder a la terapia con anti-TNF o vedolizumab. Sin embargo, la cirugía siempre deberá plantearse a la hora de iniciar o modificar una terapia inmunosupresora.

## *EC extensa*

La EC extensa en el intestino delgado debe ser tratada primero con corticosteroides sistémicos. Igualmente deberá evaluarse la conveniencia de un tratamiento temprano con anti-TNF. Para los pacientes con una enfermedad grave que sufran una recaída, el tratamiento con anti-TNF es una buena opción.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Las consecuencias de una inflamación intestinal continua, como nutrición deficiente, desarrollo de estricturas intestinales y obstrucción, son mayores en la EC extensa que en la EC localizada en el intestino delgado. Por lo tanto, se considera que el tratamiento con esteroides combinado con el inicio temprano de inmunomoduladores es apropiado para estos pacientes.

## Terapia inmunosupresora

El tratamiento temprano con inmunosupresores probablemente es adecuado para los pacientes con signos y síntomas que apuntan a una evolución negativa. En los pacientes que presentan una enfermedad muy activa así como signos y síntomas que parecen indicar una evolución negativa convendrá comenzar un tratamiento temprano con anti-TNF.

Varios estudios demuestran que el tratamiento anti-TNF es más efectivo cuando se comienza en una etapa temprana de la enfermedad, especialmente en los pacientes con ciertos factores de riesgo que podrían producir una evolución negativa. Entre estos factores de riesgo se incluyen una enfermedad extensa, diagnóstico a edad temprana, necesidad inicial de terapia con esteroides y enfermedad perianal.

Todas las terapias anti-TNF disponibles actualmente parecen ser igualmente eficaces para tratar la EC intestinal. También sus efectos secundarios son similares. La elección del tratamiento dependerá de su disponibilidad, de la modalidad de administración del medicamento, de las preferencias del paciente y del coste.

La falta de respuesta inicial a un tratamiento con anti-TNF deberá determinarse en el transcurso de 12 semanas.

A las 12 semanas de respuesta insuficiente, es improbable que se produzca un efecto terapéutico positivo, por lo que los pacientes deberán ser puestos en un nuevo régimen terapéutico que sí pueda ser efectivo para inducir la remisión.

Existe un riesgo de infecciones graves cuando el paciente es tratado con inmunosupresores, incluyendo anti-TNF. Este riesgo deberá tomarse en consideración.

Todos los inmunosupresores, incluyendo los esteroides, las tiopurinas, el metotrexato y los anti-TNF, reducen la actividad y capacidad del sistema inmunológico. Esto podría aumentar el riesgo de adquirir diversas infecciones que pudieran causar enfermedades graves y hasta letales. La co-terapia con más de un inmunosupresor sube el riesgo de infecciones sustancialmente. De ahí que, en lo posible, deberá evitarse la terapia co-inmunosupresora a largo plazo. Por otra parte, la terapia co-inmunosupresora ha demostrado ser más potente y podría necesitarse especialmente si la enfermedad es grave.

## Medicina complementaria y alternativa

El médico deberá preguntarle si usted utiliza la medicina complementaria o alternativa. No hay evidencia científica de la eficacia de estos productos, disponibles en gran variedad y a precios que pueden ser elevados. Si tiene verdadero interés en probarlos, lo mejor es que primero consulte a su médico.

El uso de la medicina complementaria y alternativa (MCA) es común entre los pacientes con EII. Las terapias complementarias se aplican junto con la medicina convencional, mientras que las terapias alternativas reemplazan a la medicina convencional. Hasta ahora solo existe evidencia insuficiente o limitada sobre la eficacia y seguridad de las terapias MCA y el gastroenterólogo podría tener dificultades en informar al respecto a sus pacientes de forma adecuada. Además, la variedad de productos es considerable y su precio puede



ser alto. Por estas razones, si realmente le interesa probar estos métodos o abandonar la medicina convencional en favor de la MCA, primero debería consultar a su médico sobre el uso de este grupo de terapias. Ya que los pacientes con EII suelen sufrir de malnutrición, un plan de alimentación puede plantearse como una terapia complementaria esencial.

## Mantenimiento de la remisión

### Consideraciones generales

Si sus síntomas han desaparecido (es decir, que usted ha alcanzado la remisión) gracias a los corticosteroides sistémicos, deberá estudiarse la posibilidad de iniciar un tratamiento con tiopurinas o metotrexato. Algunos pacientes pueden mantenerse en remisión sin tratamiento alguno.

Puesto que algunos pacientes pueden permanecer en remisión sin necesidad de tratamiento, puede considerarse en estos casos la ausencia de terapia como una opción.

**Los esteroides no deben utilizarse para conservar la enfermedad en remisión**, en vista de que han mostrado numerosos efectos secundarios y una eficacia nula para mantener la remisión con una dosis tolerable.

Solo hay pruebas limitadas de la eficacia de la mesalazina para mantener una remisión médicamente inducida. Algunos estiman que la renuncia al tratamiento de mantenimiento puede ser una opción después del primer brote. Teniendo en cuenta el alto riesgo de recaída y de dependencia de esteroides, así como la mayor cuota de éxito si se introduce en una etapa temprana, la azatioprina se favorece si la remisión se ha logrado con esteroides sistémicos. La mercaptopurina puede probarse en los pacientes intolerantes a la azatioprina, salvo si han tenido pancreatitis o citopenia (disminución de la cantidad de glóbulos rojos). También puede recurrirse al metotrexato, especialmente en pacientes intolerantes a las tiopurinas.

Si usted sufre una recaída, se planteará la posibilidad el tratamiento de mantenimiento con el propósito de detener el progreso de la enfermedad. La cirugía siempre se planteará como una opción en los pacientes con una enfermedad localizada.

Si se produce una recaída, se considerará proceder a la administración de azatioprina. Los corticosteroides (incluyendo la budesonida) no son efectivos ni idóneos para mantenerse en remisión, además de que el uso a largo plazo de corticosteroides suele causar efectos secundarios inaceptables, especialmente osteoporosis (pérdida de masa ósea) y fracturas subsiguientes, así como cataratas y glaucoma.

### Mantenimiento en una enfermedad extensa

Si usted padece una enfermedad extensa, se aconseja utilizar tiopurinas para detener el progreso de la enfermedad. Si la enfermedad es agresiva o grave, o si el pronóstico es malo, deberá plantearse un tratamiento anti-TNF.

Teniendo en cuenta los riesgos de una recaída así como la mayor cuota de éxito si se introduce en una etapa temprana, la azatioprina se recomienda para los pacientes con EC extensa.



## *EC dependiente de esteroides*

Los pacientes aún no tratados con inmunosupresores y que necesitan corticosteroides para permanecer libres de síntomas (es decir, en remisión) deberán someterse a tratamiento con tiopurinas, metotrexato o un agente anti-TNF. También se contemplará la posibilidad de cirugía.

Los inmunosupresores (azatioprina/mercaptopurina, metotrexato) son efectivos en los casos de EC dependiente de esteroides. La resección ileal es una alternativa para ciertos pacientes con una enfermedad localizada. Un enfoque muy productivo para prevenir la necesidad de esteroides es la administración temprana de anti-TNF. Los pacientes dependientes de esteroides también podrían obtener mayores beneficios del inicio de una terapia anti-TNF en una etapa temprana. Se ha comprobado que el tratamiento combinado con infliximab y azatioprina es más efectivo que infliximab por sí solo para mantener la remisión libre de esteroides en los pacientes en una fase temprana de la enfermedad. También vedolizumab puede utilizarse en estos pacientes.

## *Terapia inadecuada de mantenimiento con tiopurinas (EC refractaria a tiopurinas)*

Si usted está siendo tratado con tiopurinas y sufre una recaída, el médico deberá verificar si usted está siguiendo el plan de tratamiento acordado. También se buscarán signos de inflamación. Puede que optimizando la dosificación mejore la respuesta. De considerarse apropiado, el tratamiento se cambiará a metotrexato o anti-TNF. La cirugía siempre se planteará como una opción en los pacientes con una enfermedad localizada.

A los pacientes que reciben azatioprina o mercaptopurina y sufren una recaída mientras se hallan bajo una dosis habitual de mantenimiento podrá subírseles la dosis hasta que los análisis de sangre muestren un descenso de los glóbulos blancos o bien un incremento del 6-TGN (metabolito de tiopurinas medible en la sangre) hasta el nivel apropiado. El metotrexato, la terapia anti-TNF y el vedolizumab son opciones adicionales.

## *Continuación de la terapia de mantenimiento*

En los pacientes que, sin tratamiento previo, permanecen sin síntomas (es decir han logrado la remisión) gracias a la combinación de anti-TNF y tiopurina, se recomienda aplicar el mismo plan de medicación para el tratamiento de mantenimiento. En algunos pacientes, las tiopurinas solas podrán ser una opción. Si la remisión se ha alcanzado solo por medio de medicación anti-TNF, esta podrá continuarse como tratamiento de mantenimiento. Si la remisión se ha logrado con vedolizumab, este fármaco podrá seguirse administrando como tratamiento de mantenimiento.

## *Duración del tratamiento de mantenimiento*

En el caso de los pacientes que se hallan en remisión a largo plazo así como en tratamiento de mantenimiento con tiopurinas, podrá contemplarse interrumpir el tratamiento si no hay señales de inflamación. En la actualidad no pueden hacerse recomendaciones sobre la duración del tratamiento con metotrexato. De ser necesario, se planteará la posibilidad de someter al paciente a un tratamiento anti-TNF prolongado.

La EC suele ser una enfermedad crónica con episodios de remisión y varios grados de actividad. El objetivo de la terapia es generar y mantener una remisión prolongada. No existe un acuerdo general sobre lo que significa una remisión a largo plazo y, en general, solo se dispone de datos limitados que permitan recomendar cuándo suspender o cambiar



un tratamiento, en vista de que la mayoría de los estudios clínicos controlados no hacen un seguimiento de los participantes por más de 1 a 3 años.

Un estudio mostró que los pacientes a los que se suspendió la azatioprina después de haberla estado tomando por más de tres años y medio presentaron una mayor probabilidad de recaída a los 18 meses posteriores a la suspensión del medicamento que aquellas personas que continuaron tomando el fármaco (probabilidad de recaída del 21% frente al 8%, respectivamente). El mismo estudio realizó un seguimiento a largo plazo, revelando que, de los participantes a los que se retiró la azatioprina, el 53% experimentó una recaída a los 3 años mientras que en el 63% la recaída se produjo 5 años después. Por fortuna, de los 23 que retomaron azatioprina, todos menos uno recuperaron la remisión, es decir el 95,7%.

### *Pérdida de respuesta a la terapia anti-TNF*

Si usted ha dejado de responder al tratamiento anti-TNF, su médico primero debería intentar optimizar la dosis. Subir la dosis o acortar el intervalo de tratamiento son estrategias igualmente válidas. En caso de que la optimización de la dosis no produzca resultados, se recomienda cambiar a otro fármaco anti-TNF. Medir los niveles anti-TNF en la sangre antes de la siguiente dosis y los anticuerpos al fármaco, si es posible, puede ayudar a decidir cómo optimizar el tratamiento.

### *Riesgo de neoplasia y terapia inmunosupresora*

Los pacientes tratados con tiopurinas pueden presentar un mayor riesgo de sufrir un linfoma, cáncer de piel y displasia cervical. Los pacientes bajo medicación anti-TNF tienen una mayor probabilidad de sufrir cáncer de piel. Aún se desconoce si los pacientes en tratamiento con solo anti-TNF son más propensos a adquirir trastornos linfoproliferativos o tumores sólidos, pero los anti-TNF y las tiopurinas combinados sí elevan el riesgo de contraer trastornos linfoproliferativos. Incluso así, el riesgo de cáncer sigue siendo muy bajo. Por consiguiente, los riesgos del tratamiento siempre deberán ponderarse cuidadosamente frente a sus beneficios, discutiéndose entre usted y su médico.

Si bien se ha demostrado repetidamente que la azatioprina es un tratamiento efectivo, se la asocia con un riesgo ligeramente mayor de linfoma no Hodgkin (LNH), un tipo grave de cáncer del sistema inmunológico. Por ello es necesario sopesar los beneficios y riesgos de su uso. Sin embargo, el resultado de un estudio en el que se analizaron los riesgos (incluido el cáncer) y beneficios (incluida la reducción de síntomas) de la azatioprina llevó a la conclusión de que los beneficios compensan con creces los riesgos, incluso si se sobreestima el riesgo de linfoma no Hodgkin (LNH) de forma conservadora; esto fue particularmente evidente en los jóvenes, de por sí con un bajo índice de linfoma. También se ha observado un mayor riesgo de anomalías cancerosas, como el cáncer de piel y la displasia cervical, tanto en mujeres como en pacientes tratados con agentes anti-TNF. Esto significa que el seguimiento estrecho de los pacientes bajo estas terapias es indispensable.

## Cirugía de EC

### *EC ileocecal obstructiva*

La cirugía es la opción preferida cuando su EC está localizada en la porción final del intestino delgado y comienzo del colon y usted presenta síntomas obstructivos pero ninguna evidencia clara de inflamación activa.



Si un paciente (a) tiene EC confinada a la porción final del intestino delgado y comienzo del colon, (b) no responde a esteroides y (c) presenta síntomas obstructivos persistentes, deberá someterse a cirugía. De igual modo, los pacientes que muestran obstrucción sin inflamación (con, por ejemplo, niveles de PCR normales) también pueden tratarse con cirugía. Si, sin embargo, un paciente que ha sido sometido previamente a una resección ileocecal sufre una estenosis anastomótica (estrechamiento de la sutura de resección), podrá probarse una dilatación endoscópica (ensanchamiento de la estenosis) antes de proceder a una resección intestinal.

### *Absceso abdominal*

La EC activa en el intestino delgado puede acompañarse de un absceso abdominal. El absceso primero deberá controlarse con antibióticos y drenarse de forma quirúrgica o por punción con aguja. Luego, de ser preciso, puede procederse a una resección una vez drenado el absceso.

Las opiniones difieren en cuanto a si la resección siempre deberá seguir al drenaje.

### **Factores de pronóstico de mayor riesgo en la primera o próximas cirugías de la EC**

Ciertos factores aumentan el riesgo de cirugía de EC. Estos incluyen:

- tabaquismo actual
- comportamiento fistulizante y estenosante de la enfermedad
- uso temprano de esteroides (necesidad médica de esteroides para el tratamiento del primer brote)
- enfermedad en la porción final de intestino delgado (íleon)
- enfermedad en la parte media del intestino delgado (yeyuno)
- diagnóstico de la enfermedad a una edad temprana

Algunos estudios han examinado los factores de riesgo de una recidiva posterior a cirugía de EC. El tabaquismo, la cirugía intestinal previa (incluida la apendicectomía), el comportamiento penetrante de la enfermedad, la localización perianal y la resección extensa del intestino delgado han demostrado predecir una recidiva postoperatoria temprana en la mayoría de los estudios. La terapia farmacéutica de mantenimiento ha comprobado su efectividad en múltiples estudios. No se sabe con certeza si la edad al inicio de la enfermedad, el sexo, la duración de la enfermedad, los márgenes de resección o el tipo de cirugía influyen en el riesgo de recidiva. Todavía no se ha concebido un sistema para la clasificación de las personas en categorías de riesgo bajo, medio y alto, pese a lo práctico que resultaría.

### *Reducción del riesgo de cirugía mediante tratamiento farmacológico*

Los pacientes que reciben tratamiento temprano con tiopurinas pueden ser menos propensos a someterse a cirugía. El tratamiento con anti-TNF reduce el riesgo de cirugía.

### *Seguimiento posterior al tratamiento quirúrgico*

La ileocolonoscopía es el mejor método para diagnosticar la reaparición de la enfermedad tras una cirugía. Esta ayuda a determinar si la enfermedad ha recurrido, a determinar su gravedad y a predecir su evolución clínica. Deberá realizarse en el transcurso del primer año posterior a la cirugía, ahí donde las decisiones sobre el tratamiento podrían verse influidas.



Se recomienda realizar la ileocolonoscopia en el transcurso del primer año posterior a la cirugía, cuando las decisiones sobre el tratamiento podrían verse influidas. Esto se debe a que varios estudios han demostrado que la colonoscopia es la herramienta más sensible para documentar la recidiva. Una recaída puede detectarse por medio de colonoscopia y biopsia dentro de pocas semanas a meses posteriores a la cirugía. El examen deberá realizarse en el transcurso del año siguiente a la cirugía. La recaída suele ser aparente en la colonoscopia antes de que el paciente padezca los síntomas. Si los hallazgos de la colonoscopia son graves, se intensificará el tratamiento para prevenir el surgimiento de complicaciones postoperatorias tempranas, como abscesos y obstrucciones.

Se cuenta con nuevos métodos diagnósticos menos invasivos que contribuyen a identificar la reaparición de la enfermedad tras la cirugía. Dichos métodos comprenden la calcoprotectina fecal, la ecografía abdominal, la enterografía por RM con contraste y la cápsula endoscópica del intestino delgado (CEID).

La radiología y los estudios por imágenes (US, RM y TC) están siendo evaluados como métodos independientes de diagnóstico de recidiva postoperatoria. La endoscopia capsular del intestino delgado practicada entre los 6 y 12 meses posteriores a la cirugía parece ser tan precisa como la ileocolonoscopia para diagnosticar la recidiva postoperatoria. Sin embargo, no se ha investigado si la RM, la enterografía por TC o la endoscopia capsular del intestino delgado son capaces de diagnosticar una recidiva en el íleon o yeyuno.

### *Prevención de cirugía subsiguiente después de resección íleo-colónica*

En el caso de los pacientes con al menos un factor de riesgo de recidiva de la enfermedad, se recomienda el tratamiento preventivo posterior a la resección íleo-colónica (extirpación de la porción final del intestino delgado y primera parte del colon). El mejor tratamiento preventivo es a base de tiopurinas o anti-TNF. La mesalazina en dosis elevadas es una opción en pacientes a los que se ha extirpado únicamente la última porción del intestino delgado. Los antibióticos son efectivos después de la resección íleo-colónica, pero no se toleran tan bien.

Todos los pacientes con EC deberán ser informados sobre el riesgo asociado con el consumo de tabaco. Deberá aconsejarse el abandono del tabaquismo.

El tabaquismo es uno de los mayores factores de riesgo de recidiva y de mayor necesidad de resección quirúrgica en la EC. Por lo tanto, todo paciente con EC debe procurar por todos los medios dejar de fumar.

## Manejo de la EC fistulizante

### *Estrategias de diagnóstico*

La RM pélvica es el primer método para la evaluación de la fístula perianal en la EC. Si se descarta una estenosis (estrechamiento) rectal, la ecoendoscopia del recto es una opción adecuada. Ambos métodos son más precisos si se combinan con la exploración bajo anestesia (EBA). No se recomienda la fistulografía. Si se halla una fístula en la zona anal, el mejor método es la EBA practicada por un cirujano experimentado.

De ser posible, primero deberá llevarse a cabo una RM, en vista de su precisión del 76% al 100%. No obstante, si una RM no está disponible de forma inmediata, deberá practicarse cuanto antes un examen bajo anestesia con drenaje del absceso o



fístula, con el fin de evitar los peligros de una infección no drenada; el examen bajo anestesia ofrece una precisión del 90% y permite al cirujano drenar el absceso al momento de realizar el examen.

### *Tratamiento quirúrgico de fístula no complicada*

De presentarse una fístula anal baja no complicada, podrá plantearse una fistulotomía simple. Se efectuará un examen para descartar un absceso en la zona anal, pero, de comprobarse su presencia, el absceso deberá drenarse.

Si una persona presenta una fístula anal baja no complicada, se contemplará la posibilidad de una fistulotomía (abertura quirúrgica del trayecto de la fístula). Sin embargo, la fistulotomía deberá practicarse de manera muy selectiva, debido a la potencial complicación de incontinencia que conlleva. Si existe un absceso (acumulación de pus) en la zona anal, es importante drenarlo y tratarlo apropiadamente, porque los abscesos no tratados pueden resultar nocivos para el tejido que rodea las estricturas perianales, incluyendo los músculos que controlan los movimientos intestinales.

### *Tratamiento médico de una fístula sencilla*

Una fístula simple (de trayecto único) en la zona anal que provoque síntomas requiere tratamiento. La colocación de un setón (hilo de seda o látex) sumada a la administración de antibióticos (metronidazol y/o ciprofloxacino) es el tratamiento preferido. Si una enfermedad fistulizante que origina una fístula simple reaparece y no responde a antibióticos, podrá recurrirse a las tiopurinas o una medicación anti-TNF como tratamiento de segunda línea.

Si una fístula perianal sencilla (es decir, una fístula de un solo trayecto) no provoca síntomas, no será necesario tomar medida alguna. Pero, si genera síntomas, se procederá a una combinación de intervención farmacológica y quirúrgica. En este caso, el plan de tratamiento comprende antibióticos, drenaje del absceso e inserción de una sutura de setón.

Dado el caso de que la fístula reaparezca y no responda a antibióticos, podrá recurrirse a las tiopurinas o una medicación anti-TNF como tratamiento de segunda línea. Los resultados combinados de cinco estudios han mostrado que las tiopurinas son efectivas para cerrar las fístulas y mantenerlas cerradas. Asimismo, estudios han subrayado la efectividad de infliximab para cerrar fístulas, mantenerlas cerradas y reducir la necesidad posterior de hospitalización y cirugía.

### *Manejo de una fístula perianal compleja*

Cuando una EC fistulizante en la zona anal genera una fístula compleja (fístula con trayectos múltiples), el infliximab o adalimumab podrán aplicarse como tratamiento de primera línea una vez que la fístula haya sido drenada quirúrgicamente, si estuviera indicado. El tratamiento combinado con ciprofloxacino y medicación anti-TNF mejora los resultados a corto plazo.

Para potenciar el efecto de un tratamiento anti-TNF de la EC fistulizante con fístula compleja (es decir, con trayectos múltiples) puede contemplarse la posibilidad de una combinación de tratamiento anti-TNF con tiopurinas.





## Tratamiento de mantenimiento en EC fistulizante

Para un tratamiento de mantenimiento deberá recurrirse a tiopurinas, infiximab o adalimumab, drenaje con setón (es decir mediante un hilo de seda o látex) o a una combinación de estos.

No se dispone de datos sobre el efecto de las tiopurinas como terapia de mantenimiento para fistulas posterior a la inducción con infiximab o durante la terapia de mantenimiento con infiximab. Solamente la terapia de mantenimiento con infiximab ha demostrado reducir hospitalizaciones y cirugías. El adalimumab parece ser efectivo para mantener cerrada las fistulas, pero se desconoce si reduce hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas.

En conjunto, más del 90% de los gastroenterólogos coincide en que la terapia de mantenimiento posterior a la terminación exitosa del drenaje fistuloso es obligatoria. Los fármacos de primera elección son tiopurinas o anti-TNF y deberán administrarse por un año como mínimo.

## Manifestaciones extraintestinales (MEI, síntomas fuera de los intestinos relacionados con la EC)

### Problemas en las articulaciones

El diagnóstico de las afecciones articulares asociadas a la EII se realizan clínicamente, basado en la presencia de síntomas típicos y descartándose otras formas específicas de artritis.

Cabe distinguir dos grandes tipos de trastornos de las articulaciones asociados a la EII: la artropatía periférica y la axial. La artritis periférica se presenta bajo dos modalidades: tipo 1 y tipo 2. El tipo 1 afecta a las articulaciones mayores (por ejemplo, rodillas, codos y hombros), coincide con inflamación en el intestino y la desarrollan entre el 4% y el 17% de los pacientes con EC. Por su parte, el tipo 2 se presenta en las articulaciones menores (caso de la mano) y ocurre en solo el 2,5% de los pacientes de EC.

La artritis se diagnostica al observar articulaciones inflamadas dolorosas, siendo necesario descartar otras enfermedades como osteoartritis, artritis reumatoide y artritis asociada con afecciones del tejido conectivo (como el lupus). Igualmente deben descartarse padecimientos relacionados con el consumo de fármacos, como artralgia (dolor articular) derivada de la suspensión de esteroides, osteonecrosis (merma del flujo sanguíneo hacia las articulaciones) causada por esteroides, así como lupus inducido por infiximab.

La artropatía axial incluye sacroileitis (se da entre el 25-50% de los pacientes con EC) y espondilitis (en el 4-10% de los casos de EC). La espondilitis anquilosante se caracteriza por dolor de espalda crónico, rigidez matinal, capacidad limitada para flexionar la columna vertebral y, en etapas posteriores, reducción de la expansión del tórax. El estándar de referencia para el diagnóstico de espondilitis anquilosante es RM, ya que esta técnica puede detectar la inflamación antes de que aparezcan las lesiones óseas.

La artritis periférica afecta comúnmente a las articulaciones mayores de las extremidades. Puede tratarse con fisioterapia y AINE a corto plazo, así como con inyecciones locales de esteroides. Debe darse prioridad al tratamiento de la EC subyacente. La sulfasalazina puede ayudar a tratar una artritis periférica persistente.

Las recomendaciones para el tratamiento de la artropatía (enfermedad de las articulaciones) relacionada con la EC se fundamentan en estudios de las espondiloartropatías (también enfermedades articulares), en particular de la espondilitis



anquilosante (artritis en la columna vertebral). No se han efectuado estudios bien diseñados en el ámbito de la EII, de forma que las recomendaciones se infieren a partir de otras enfermedades.

El tratamiento de la EC subyacente por medio de corticosteroides, inmunomoduladores y anti-TNF también debería aliviar los síntomas de la artritis periférica. Si el tratamiento de la EC subyacente no alivia el dolor articular, el paciente deberá plantearse la toma de AINE a corto plazo. Aunque los AINE pueden potencialmente agravar la EC subyacente, este riesgo parece ser bajo. La fisioterapia y el descanso pueden proveer alivio de los síntomas. El uso de inhibidores COX-2 (como etoricoxib o celecoxib) parece ser más seguro, ofreciendo un menor riesgo de originar brotes de la enfermedad que los AINE convencionales. La sulfasalazina puede tener un efecto beneficioso en las artropatías de las articulaciones mayores. Por último, infliximab puede tener un efecto muy favorable en la artritis periférica.

La artritis axial causa dolor y rigidez en las articulaciones de la parte baja de la espalda. Se recomienda aplicar fisioterapia intensiva y AINE, aunque conviene evitar el tratamiento a largo plazo con AINE por motivos de seguridad. Los anti-TNF se recomiendan para el tratamiento de espondilitis anquilosante si el paciente es intolerante a los AINE o no responde a ellos. La sulfasalazina, el metotrexato y las tiopurinas son inefectivas.

Las recomendaciones sobre el tratamiento de la artritis axial relacionada con la EC se fundamentan en estudios de espondilitis anquilosante (artritis en la columna vertebral). Puede recurrirse a la fisioterapia intensiva y a los fármacos AINE, si bien debe evitarse el uso de AINE a largo plazo. Igualmente podrán considerarse las inyecciones locales de esteroides. La sulfasalazina, el metotrexato y la azatioprina no son efectivos para el tratamiento de la espondilitis anquilosante con síntomas axiales. Para los pacientes con espondilitis anquilosante activa que no responden o que no pueden tolerar los fármacos AINE se aconseja la administración de agentes anti-TNF. Tanto adalimumab como infliximab han probado ser lo suficientemente seguros y efectivos en el tratamiento de la espondilitis anquilosante.

### Trastornos óseos

Los pacientes que toman corticosteroides o aquellos con baja densidad ósea deben recibir suplementos de calcio y vitamina D. Los ejercicios de musculación y el abandono del tabaco son medidas beneficiosas. Los pacientes con fracturas deberán tratarse con bisfosfonatos, aunque no se ha probado la eficacia de estos en la prevención de fracturas. No se aconseja el tratamiento hormonal sistemático en mujeres postmenopáusicas debido al riesgo de efectos secundarios que supone. Los hombres con niveles reducidos de testosterona podrían beneficiarse de la administración de esta hormona.

El tratamiento con calcio en dosis de 500-1000 mg/día y vitamina D (800-1000 IU/día) aumenta la densidad ósea en pacientes con EII, aunque no se ha investigado si con ello se previenen fracturas en pacientes con EII. Por consiguiente, no puede darse una recomendación general en favor del tratamiento con bisfosfonatos sobre la base de la reducción de la densidad ósea. Con todo, las mujeres postmenopáusicas o los pacientes con osteoporosis inducida por esteroides saldrán beneficiados con este tratamiento. En líneas generales, deberá plantearse el tratamiento en ciertos pacientes con baja densidad ósea y factores de riesgo adicionales.

Los pacientes con enfermedad crónica activa deberán someterse a un tratamiento con inmunosupresores, como azatioprina y anti-TNF, el cual les permita dejar los esteroides y reducir los efectos negativos de la inflamación en su densidad ósea. Se ha demostrado que



muchos pacientes con EC pueden recuperar su densidad ósea normal al cabo de tres años de remisión estable.

## *Manifestaciones cutáneas*

El tratamiento del eritema nodoso se basa habitualmente en el de la EC subyacente. Por lo general se requieren esteroides sistémicos. El pioderma gangrenoso se trata inicialmente con esteroides sistémicos, fármacos anti-TNF o inhibidores calcineurínicos.

El eritema nodoso (presencia de protuberancias rojas en la piel de espinillas, muslos y antebrazos) suele reconocerse con facilidad y ocurre en cerca del 5% al 10% de los pacientes con EC. Aparece por lo general cuando la EC está activa. El diagnóstico puede confirmarse de ordinario sin necesidad de biopsias. Por lo regular se precisa tratar la enfermedad subyacente con esteroides orales. Si los esteroides no actúan o si se sufren recaídas periódicas, puede añadirse azatioprina y/o infliximab. Sin embargo, la necesidad de azatioprina o infliximab es poco común.

El pioderma gangrenoso (grandes y dolorosas úlceras cutáneas) puede presentarse en cualquier parte del cuerpo, incluso en los genitales, aunque los lugares más frecuentes son espinillas y regiones próximas a estomas. Las úlceras suelen comenzar siendo superficiales, pero se tornan profundas con el paso del tiempo. Entre el 0,6% y el 2,1% de los pacientes de EC adquiere esta afección alguna vez, pudiendo coincidir o no en absoluto con la actividad de la EC. El pioderma gangrenoso es un diagnóstico de exclusión, lo que significa que se diagnostica cuando no se pueden hallar otras causas de las úlceras. Una biopsia puede contribuir a descartar otros trastornos cutáneos. Conviene que el tratamiento se centre en la cicatrización acelerada, ya que puede ser una enfermedad debilitante. Primero deberá acudir a los corticosteroides, para luego probarse con inhibidores de calcineurina. Infliximab, cuyo consumo es cada vez más frecuente, ha probado ser efectivo en un estudio amplio y dos estudios de caso de menores dimensiones. Ningún estudio ha comparado hasta la fecha la efectividad de los esteroides sistémicos, los fármacos anti-TNF y los inhibidores de calcineurina. Deberán evitarse las intervenciones quirúrgicas como en otras ulceraciones de la piel.

## *Complicaciones tromboembólicas*

Se estudiará la conveniencia de proceder a un tratamiento preventivo de la trombosis (formación de coágulos de sangre) en todos los pacientes con enfermedad grave, tanto hospitalizados como ambulatorios. El tratamiento de pacientes con EII acompañada de tromboembolismo venoso (obstrucción de una vena causada por un coágulo sanguíneo) deberá regirse por las opciones terapéuticas establecidas.

Por razones en gran parte desconocidas, los pacientes con EC corren un mayor riesgo de formación de coágulos sanguíneos en las venas, lo cual se conoce como tromboembolia venosa. Su prevención y tratamiento es crucial, puesto que pueden suponer complicaciones y llevar hasta la muerte. Para el diagnóstico de los coágulos sanguíneos debe acudir a estudios por imágenes apropiados, como el ultrasonido y la venografía.

En el tratamiento y prevención de los coágulos sanguíneos deberán administrarse medicamentos diluyentes sanguíneos, también llamados anticoagulantes. Si una persona ha sufrido ya un segundo episodio de coágulos sanguíneos, deberá plantearse la necesidad de emprender un tratamiento a largo plazo. Al parecer, los pacientes de EII no presentan más complicaciones hemorrágicas causadas por anticoagulantes que las personas sin esta enfermedad. Por último, se aconseja que los pacientes con EC guarden cautela a la hora de realizar viajes de larga distancia y utilizar contraceptivos orales, ya que estos

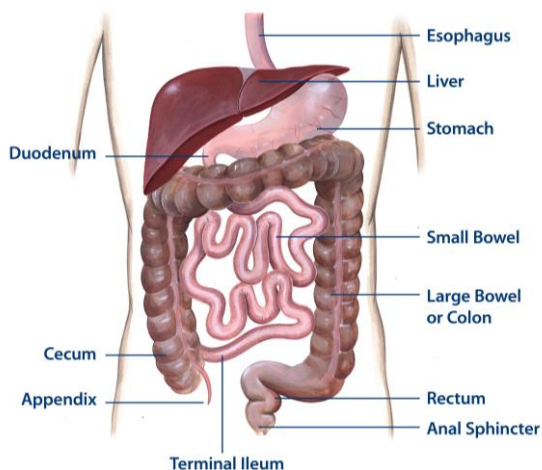
# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



incrementan el riesgo de formación de coágulos sanguíneos. Asimismo, bajo ciertas circunstancias, deberá plantearse una terapia anticoagulante preventiva.

## Glosario

### Ilustración anatómica del aparato digestivo



© Hendrik Jonas para Agentur BAR M Berlin

<b>Término</b>	<b>Categoría</b>	<b>Definición</b>
5-ASA o ácido 5-aminosalicílico o mesalazina	Medicaciones	Fármaco tópico utilizado en el tratamiento de EII, particularmente del tipo CU y, bajo ciertas condiciones, también del tipo EC. También denominado mesalazina, puede aplicarse por vía oral o rectal en forma de enema, espuma o supositorio.
6-TGN	Medicaciones	Metabolito activo de la azatioprina o mercaptopurina.
Absceso	Complicaciones de la EC	Acumulación cerrada de tejido licuificado, llamado pus, en algún lugar del cuerpo. Resultado de la respuesta defensiva del organismo a material extraño.
Adalimumab	Medicaciones	Medicamento anti-TNF frecuentemente utilizado en el tratamiento de EII. Pertenece al grupo de los fármacos biológicos (obtenidos por vía biotecnológica). Inyectado debajo de la piel (es decir, en forma subcutánea) por el paciente o una enfermera.
Adherencias	Complicaciones de la cirugía	Partes de intestino pegadas entre sí por reacciones inflamatorias. Puede causar obstrucción y dolor.
Aminosalicilato	Medicaciones	Medicamento aplicado en el tratamiento de EII, también llamado 5-ASA.
Anemia	Enfermedades	Afección causada por insuficientes niveles de glóbulos rojos o hemoglobina sanos. La anemia puede hacerle sentirse cansado y débil.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Anemia por enfermedad crónica	Enfermedades vinculadas a la EII o a afecciones inflamatorias	Anemia resultante de una enfermedad crónica como EII y otros procesos inflamatorios.
Espondilitis anquilosante	Trastornos vinculados a la EII	Forma de artritis caracterizada por inflamación crónica que afecta principalmente a la columna vertebral, causando dolor y rigidez en el cuello.
Medicamentos anti-TNF	Medicaciones	Fármacos biológicos (obtenidos por vía biotecnológica) de uso frecuente en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal. Los más comunes son infliximab, adalimumab, certolizumab y golimumab.
Antibióticos	Medicaciones	Medicamentos utilizados para tratar infecciones causadas por bacterias. Inefectivos contra los virus.
Antidiarréico	Medicaciones	Medicamento que alivia los síntomas de la diarrea. El más común es la loperamida.
Apendicectomía	Cirugías	Extracción del apéndice por un cirujano. Operación usualmente practicada en caso de apendicitis.
Apendicitis	Enfermedades	Inflamación del apéndice, el cual es una extensión del colon. La apendicitis puede causar, entre otras cosas, dolor, pérdida de apetito, fiebre y perforación intestinal.
Artritis	Trastornos vinculados a la EII	Inflamación de las articulaciones que causa dolor e hinchazón.
Artropatía		Toda enfermedad o anomalía que afecte a las articulaciones.
Autoinmunitario	Descriptor de enfermedades	Una enfermedad autoinmunitaria es una enfermedad en la que el sistema inmunológico ataca las células sanas del organismo.
Artritis axial	Trastornos vinculados a la EII	Enfermedad de las articulaciones que puede afectar a la columna vertebral y cadera.
Azatioprina	Medicaciones	Véase "tiopurinas"
Fármacos biológicos	Medicaciones	Por lo común, proteínas IG (inmunoglobulinas) producidas por células modificadas genéticamente, por ejemplo agentes anti-TNF y vedolizumab.
Bario (contraste)	Pruebas de diagnóstico	Sustancia empleada en ciertos estudios radiológicos para mejorar la visualización de estructuras anatómicas.
Biopsia, biopsias	Pruebas de diagnóstico	Una biopsia es una muestra de tejido tomada del cuerpo con el fin de examinarla más detalladamente. Las biopsias se toman de la pared del intestino durante la colonoscopia.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Bisfosfonatos	Medicaciones	Compuestos que ralentizan la pérdida de masa ósea al tiempo que aumentan la densidad ósea.
Cáncer intestinal	Enfermedades vinculadas a la EC o CU o a su tratamiento	Se le denomina también cáncer colorrectal. Es un cáncer intestinal que tienen mayor riesgo de contraerlo los pacientes con EII. Entre sus síntomas se cuentan sangre en las heces, cambio en los hábitos de defecación, dolor abdominal, protuberancias en el abdomen y pérdida de peso.
Budesonida	Medicaciones	Fármaco del grupo de los corticosteroides. La budesonida tiene una acción antiinflamatoria y se aplica en forma de enemas para tratar brotes agudos en pacientes con EC y CU ileocecal con afectación de la porción final del colon. Los corticosteroides también son hormonas producidas naturalmente por las glándulas adrenales de nuestro organismo.
Inhibidores de calcineurina	Medicaciones	Agentes inmunosupresores empleados en el tratamiento de EII y en la prevención del rechazo de órganos en los pacientes de trasplante.
Displasia cervical	Enfermedades	Desarrollo anormal del tejido del cuello uterino.
EC o enfermedad de Crohn	Descriptor de enfermedades	Tipo de enfermedad inflamatoria intestinal. La EC puede afectar a cualquier parte del aparato digestivo, incluyendo con frecuencia el intestino delgado, lo cual no es el caso de la CU.
Enfermedades crónicas	Descriptor de enfermedades	Enfermedades padecidas por una persona durante largo tiempo, en general de por vida. Las EII son enfermedades crónicas.
Ciclosporina	Medicamentos vinculados a la CU	Fármaco inhibidor de la calcineurina utilizado para ralentizar el sistema inmunológico y, por tanto, aplicable en el tratamiento de CU.
Ciprofloxacina	Medicaciones	Antibiótico empleado también para tratar EII y pouchitis.
Clostridium difficile	Enfermedades	Bacteria que puede causar síntomas similares a los de la EII.
Colectomía	Cirugías	Extracción del apéndice por un cirujano. Precede a la cirugía IPAA en los pacientes con CU.
Colon (véase la ilustración)	Partes del cuerpo	Llamado también intestino grueso.
Colonografía	Exámenes	Reconocimiento médico que puede practicarse en una unidad TC o IRM. Es un método que permite visualizar el interior del colon sin necesidad de utilizar un endoscopio.
Colonoscopia	Exámenes	Examen que consiste en introducir un endoscopio con cámara por el recto y a través de toda la longitud del colon con el fin de estudiar la actividad de la enfermedad y tomar biopsias.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Cirujano colorrectal	Misceláneos	Especialista en cirugía de recto, ano y colon.
Corticosteroides (o esteroides)	Medicaciones	Grupo de fármacos que imitan los efectos de las hormonas producidas naturalmente por las glándulas adrenales y actúan como inmunosupresores. La hidrocortisona y la prednisolona son dos de ellos de uso común en el tratamiento de EII.
Inhibidores COX-2	Medicaciones	Se trata de AINE más específicos, con menos efectos secundarios y mejor tolerancia en los casos de EII.
Creatinina	Exámenes	Un examen de creatinina en la sangre ayuda a determinar si los riñones funcionan de modo satisfactorio.
PCR (proteína C reactiva)	Exámenes	Análisis sanguíneo para medir la inflamación en el cuerpo. Práctico para detectar la presencia de inflamación en el cuerpo, aunque un nivel de PCR elevado no significa necesariamente que la inflamación se halla en el intestino. Por lo tanto, convendrá realizar análisis adicionales para determinar si el origen de la inflamación está en el intestino del paciente de EII.
TC (tomografía computarizada)	Exámenes	Forma especial de rayos X realizada en un equipo de escaneo.
Enteroscopia asistida por dispositivos	Exámenes	Examen del intestino delgado con un endoscopio especial.
Extensión de la enfermedad	Descriptores de enfermedades	Término con que se describe cuán grande es la porción del colon afectada por CU o EC. No debe confundirse con gravedad, pues esta indica la profundidad y grado de la inflamación. La extensión de la enfermedad es útil para clasificar la CU en proctitis, colitis izquierda y colitis extensa, de forma análoga a la EC con afectación del intestino delgado, del intestino grueso y del tracto gastrointestinal superior.
Índices de gravedad de la enfermedad	Exámenes	Un índice de gravedad de la enfermedad es una forma de medir la gravedad de la enfermedad en base a los síntomas del paciente y ciertos exámenes (por ejemplo, en función del aspecto del intestino observado en una endoscopia). Por lo general, mientras más grave sea la enfermedad mayor será su puntuación. Como ejemplos pueden mencionarse el Índice de Actividad de la CU (UCDAI) y el Índice de Actividad de la EC (CDAI).
Enema de bario con doble contraste	Exámenes	Procedimiento en el que se toman rayos X del colon y recto tras introducir en el recto un líquido que contiene bario. El bario delinea el colon y el recto en la radiografía y, por consiguiente, ayuda a mostrar anomalías.



# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Electrolitos	Exámenes	Medidos por diferentes análisis de sangre, son minerales (como sodio, potasio y cloro) en la sangre y otros fluidos corporales que llevan una carga eléctrica. La EII puede provocar niveles anormales de electrolitos.
Ileostomía terminal	Cirugías	Consiste en separar el extremo terminal del intestino delgado y a continuación reubicarlo a través de una abertura en el abdomen, cosiéndolo a la piel para formar un estoma. Una persona con ileostomía lleva una bolsa adherida al abdomen para recoger las heces.
Endoscópico	Exámenes	Adjetivo de endoscopia.
Intubación endoscópica	Exámenes	Inserción de un tubo en el cuerpo utilizando un endoscopio.
Endoscopia	Exámenes	Procedimiento en el que una cámara fijada al extremo de un tubo largo se introduce en el cuerpo para visualizar directamente los órganos examinados. El tipo más común de endoscopia practicado en los pacientes de EII es la íleo-colonoscopia.
Enema	Medicaciones	Líquido que se inyecta por el recto en la parte inferior del intestino. Esto puede hacerse para ayudar al médico en los análisis o como una vía de medicación.
Eritema nodoso	Trastornos vinculados a la EII	Afección inflamatoria de la piel.
Agente eritropoyético	Medicaciones	Fármaco que estimula la producción de glóbulos rojos.
VSG o velocidad de sedimentación globular	Exámenes	Análisis de sangre para medir el grado de inflamación en el cuerpo, similar al PCR.
Colitis extensa	Descriptor de enfermedades	Tipo de CU que afecta a todo el colon.
Extensión (extensión de la enfermedad)	Descriptor de enfermedades	Extensión de la enfermedad es un término que describe cuán grande es la porción del colon afectada por una EII.
Calprotectina fecal	Exámenes	Proteína que se excreta en el intestino cuando este se inflama. Los niveles de calprotectina fecal aumentan solamente en presencia de inflamación del intestino, lo que significa que la calprotectina fecal es un parámetro más útil que la PCR o la VSG para valorar la actividad inflamatoria. No es específica de la EII. Para poder medirla, el paciente debe facilitar una muestra de heces.
Fértil	Misceláneos	Una persona fértil es aquella físicamente capaz de tener hijos.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Fístula, fistulae	Complicaciones de la EC	Úlcera que se extiende por toda la pared intestinal, formando un paso anómalo entre el intestino y la piel o entre el intestino y otro órgano. Una fístula sencilla abarca un solo trayecto. Una fístula compleja consta de trayectos múltiples. La EC fistulizante es una forma de EC.
Fistulografía	Exámenes	Examen con rayos X de una fístula.
Fistulotomía	Cirugías	Abertura quirúrgica de una fístula.
Brote o recaída	Descriptor de enfermedades	Estado activo de una enfermedad, opuesto a la remisión. Una persona que experimenta un brote mostrará síntomas y presentará inflamación.
Fractura	Misceláneos	Rotura en el hueso causada por un evento único o por tensión constante sobre el hueso.
Gastroenterólogo	Misceláneos	Médico especializado en el tratamiento de enfermedades gastrointestinales, como la EII.
Niveles de hemoglobina	Exámenes	Los niveles de hemoglobina son una medida de la cantidad de hemoglobina en su sangre. La hemoglobina transporta oxígeno en la sangre. Unos niveles bajos indican la presencia de anemia.
Histológico	Exámenes	Un examen histológico es el análisis bajo microscopio de muestras de tejido celular obtenidas de una biopsia.
EII	Enfermedades	Acrónimo de enfermedad inflamatoria intestinal, un término colectivo que engloba la EC y la CU.
EIInC o EII no clasificada	Descriptor de enfermedades	El término EIInC se aplicará en los casos que, una vez efectuados todos los análisis clínicos, no pueden identificarse con seguridad como EC o CU.
CI o colitis indeterminada	Descriptor de enfermedades	En los casos en que es imposible caracterizar la enfermedad con certeza como EC o CU, puede aplicarse la denominación CI. Sin embargo, el término CI deberá restringirse a las muestras de resección.
Ileocolonoscopia	Exámenes	Endoscopia para visualizar el colon y el íleon.
Anastomosis ileorectal	Cirugías	Operación en la que se conserva el recto y el íleon se adhiere al recto. A diferencia de la IPAA, en la que no se conserva el recto.
Ileoscopía	Exámenes	Endoscopia para visualizar el íleon, es decir la última porción del intestino delgado.
Estudio por imágenes	Exámenes	Generación de fotografías o imágenes de una parte del cuerpo mediante una de varias técnicas, como puede ser rayos X, ultrasonido, TC o IRM. Los estudios por imágenes suelen necesitarse para determinar la parte específica del cuerpo afectada por EII.
Inmunizado	Misceláneos	Se dice que una persona está inmunizada cuando ha sido hecha inmune, es decir resistente, a una infección. Las inmunizaciones más frecuentes son

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		contra sarampión, paperas y tétano, pero hay muchas otras.
Inmunomodulador	Medicaciones	Los inmunomoduladores debilitan o estimulan la actividad del sistema inmunológico. Un tipo común de inmunomoduladores son los inmunosupresores, aplicados en el tratamiento de EII en vista de que se presume que la EII es causada, al menos en parte, por un sistema inmunológico hiperactivo.
Inmunosupresor	Medicaciones	Grupo de fármacos empleados para ralentizar el sistema inmunológico, como los esteroides, las tiopurinas, el metotrexato, los medicamentos anti-TNF y el vedolizumab. Puesto que la causa posible de la EII es un sistema inmunológico hiperactivo, los inmunosupresores pueden ser útiles en el tratamiento de esta enfermedad.
Infliximab	Medicaciones	Fármaco biológico anti-TNF empleado con frecuencia para el tratamiento de la EII. Se inyecta directamente en el torrente sanguíneo del paciente.
IPAA o anastomosis ileoanal con reservorio	Cirugías	Operación que suele realizarse en pacientes con CU, consistente en crear una bolsa a partir del extremo terminal del intestino delgado. La bolsa pasa a ejercer la función del intestino grueso antes de que este se extirpara.
Deficiencia de hierro	Enfermedades	Falta de suficiente hierro en la sangre.
Anemia por deficiencia de hierro	Enfermedades	Afección que ocurre cuando la sangre presenta escasez de glóbulos rojos debido a una deficiencia de hierro.
Deficiencia de hierro sin anemia	Enfermedades	Afección que se da cuando el hierro está agotado pero no en la medida suficiente para producir anemia.
Síndrome de intestino irritable (SII)	Enfermedades	Padecimiento frecuente con síntomas similares a los de la EII, pero sin inflamación.
IV o intravenoso	Medicaciones	Fármaco administrado por las venas al torrente sanguíneo.
Agente queratolítico	Medicaciones	Medicamento utilizado para eliminar verrugas y otras lesiones.
Laparoscópico	Cirugías	La cirugía laparoscópica consiste en practicar pequeñas incisiones en el paciente e insertar cámaras para visualizar la zona operada. Gracias a lo reducido de las incisiones, suele conducir a una recuperación más rápida que con la cirugía habitual.
Lactoferrina	Exámenes	Proteína que se excreta en el intestino cuando este se inflama. Para poder medirla, el paciente debe facilitar una muestra de heces.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Colitis izquierda	Descriptor de enfermedades	CU que se extiende hasta a la porción izquierda del colon, pero no más allá. Se trata efectivamente por la vía tópica.
Loperamida	Medicaciones	Un antidiarréico típico. Véase "antidiarréico".
Heparina de bajo peso molecular	Medicaciones	Fármaco ampliamente utilizado para evitar la formación de coágulos sanguíneos.
Enfermedad localizada	Descriptor de enfermedades	Enfermedad limitada a un aparato o sistema del cuerpo o a un área específica del intestino.
Trastornos linfoproliferativos (TL)	Enfermedades	Grupo de trastornos caracterizados por la producción excesiva de linfocitos (glóbulos blancos). Los TL comprenden diferentes leucemias y linfomas.
Tratamiento de mantenimiento	Medicaciones	Tratamiento aplicado para mantener al paciente en remisión.
Malabsorción	Complicaciones de la EC	Absorción anormal de los nutrientes presentes en los alimentos a lo largo del tracto gastrointestinal.
Malnutrición	Complicaciones de la EC	Falta de alimentación adecuada, resultante, por ejemplo, de no poder comer lo suficiente, de no comer suficientes alimentos apropiados o bien de una malabsorción (véase "malabsorción").
Mesalazina	Medicaciones	Fármaco que se usa para tratar EII. Puede administrarse por la vía oral o rectal.
Metotrexato	Medicaciones	Fármaco del grupo de los inmunosupresores, generalmente utilizado para el tratamiento de la EC. No es tan eficaz para tratar la CU.
Metronidazol	Medicaciones	Antibiótico habitualmente empleado para tratar pouchitis y EC fistulizante.
Enterografía por RM (resonancia magnética)	Exámenes	Estudio que se vale de ondas magnéticas para obtener imágenes diagnósticas del intestino delgado con la ayuda de un colorante de contraste administrado por la vía oral. No se utiliza radiación.
CPRM o colangiografía por resonancia magnética	Exámenes	Tipo especial de exploración con un equipo IRM para detectar trastornos hepatobiliares.
IRM o imágenes por resonancia magnética	Exámenes	Estudio que utiliza ondas magnéticas para obtener imágenes diagnósticas de varias partes del cuerpo. No se utiliza radiación.
AINE o fármacos antiinflamatorios no esteroides	Medicaciones	Fármacos que pueden proporcionar alivio así como reducir la fiebre y la inflamación extraintestinal. Los más corrientes son el ibuprofeno y la aspirina. Es conveniente que los eviten los pacientes con EII, ya que pueden aumentar el riesgo de un brote.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Obstrucción, obstructivo	Complicaciones de la EC	Una obstrucción se produce cuando la inflamación causada por la EC ensancha la pared intestinal, provocando que el intestino se estreche, o bien cuando en el intestino se forman adherencias y se bloquea el flujo del contenido del tubo digestivo.
Oral	Medicaciones	Medicina tomada por la boca.
Osteopenia	Enfermedades	Debilitamiento de los huesos no lo suficientemente significativo para considerarse osteoporosis.
Osteoporosis	Enfermedades	Afección en la que los huesos se debilitan, poniendo a la persona en un mayor riesgo de sufrir una fractura.
p-ANCA	Exámenes	p-ANCA es un acrónimo de anticuerpos citoplasmáticos de neutrófilos perinucleares. Los p-ANCA se detectan en la sangre.
Centrado en el paciente	Misceláneos	Un tratamiento centrado en el paciente supone garantizar el respeto y atención de las necesidades individuales del paciente y guiarse por los valores del paciente a la hora de tomar cualquier decisión clínica.
Artritis periférica	Enfermedades	Inflamación de las articulaciones que generalmente afecta a las articulaciones mayores de las extremidades.
Pouchitis	Complicaciones	Inflamación de la bolsa o reservorio ileal (véase "IPAA").
Pioderma gangrenoso	Enfermedades	Inflamación de la piel que produce dolorosas ulceraciones. Causada por mecanismos autoinmunológicos y no por infección. Algunas veces se observa en pacientes con EII.
Rectal	Partes del cuerpo	Relativo al extremo terminal del colon, llamado recto. Por ejemplo, un medicamento insertado por el ano en el recto es un medicamento rectal.
Recto	Partes del cuerpo	Última parte del colon. Termina en el ano.
Recaída	Descriptor de enfermedades	Reactivación de la enfermedad.
Remisión	Descriptor de enfermedades	Estado en el que una persona no presenta enfermedad activa. En cambio, los términos "brote" o "recaída" denotan actividad en la enfermedad del paciente.
Resección	Cirugías	Eliminación quirúrgica completa o parcial de un órgano o estructura del cuerpo.
Sacroileítis	Enfermedades	Inflamación de la articulación entre los huesos sacro e ilíaco pélvico.
Terapia de rescate	Tratamientos	Tratamiento administrado cuando todos los tratamientos convencionales han fallado. Último esfuerzo por controlar la enfermedad.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Serológico	Exámenes	La serología analiza el suero y otros fluidos corporales. Se suele utilizar para diagnosticar anticuerpos en el suero.
Serología	Exámenes	Examen del suero y otros fluidos corporales.
Nivel de ferritina en el suero	Exámenes	Análisis para medir la cantidad de hierro almacenada en el organismo.
Urea en suero	Exámenes	La urea es una sustancia que, normalmente, los riñones eliminan de la sangre y depositan en la orina. Es importante determinar los niveles de urea en el suero porque una lectura anormal puede indicar que los riñones están afectados o que el paciente está deshidratado.
Seton	Cirugías	Hilo empleado para mantener abierto el tracto de una fístula y prevenir la acumulación de pus en un absceso.
Efectos secundarios	Medicaciones	Efecto indeseado negativo de un fármaco o intervención.
Sigmoidoscopia	Exámenes	Exploración similar a la colonoscopia, con la diferencia de que visualiza solo el extremo terminal del colon y no toda su longitud.
Endoscopia capsular del intestino delgado (ECDI)	Exámenes	Prueba en la que el paciente traga una cápsula que contiene una cámara diminuta. La cámara transmite imágenes del tracto gastrointestinal.
Estenosis	Enfermedades	Estrechamiento lo suficientemente apreciable para causar malestar al paciente.
Esteroides	Medicaciones	Los esteroides se administran generalmente para tratar la EII y actúan por inmunosupresión. Pueden ser tópicos o sistémicos. Debido a sus múltiples efectos secundarios, se aconseja limitar lo máximo posible su administración.
Estrictura	Afecciones vinculadas a la EC	Estrechamiento lo suficientemente apreciable para causar malestar al paciente.
Deposición	Misceláneos	Evacuación intestinal o heces fecales.
Colectomía subtotal	Cirugías	Modalidad de colectomía en la que se extirpa una porción del colon y no su totalidad.
Sulfasalazina	Medicaciones	Fármaco para el tratamiento de la EII. Consta de dos componentes: 5-ASA, que es el principio activo, y un antibiótico, la sulfapiridina. Las bacterias descomponen la sulfasalazina en el colon, liberando de esta forma el 5-ASA en el colon.
Supositorio	Medicaciones	Fármaco que se introduce en el recto. Una vez introducido, se derrite, cubriendo el revestimiento del intestino con el fin de tratar la inflamación.
Seguimiento	Exámenes	Reconocimiento periódico del paciente de EII por un médico, a menudo con un endoscopio, para determinar la aparición de cáncer intestinal. El seguimiento es fundamental por el mayor riesgo

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		que los pacientes de EII corren de contraer cáncer intestinal.
Sistémico	Medicaciones	Fármaco que afecta al cuerpo entero. En cambio, un fármaco tópico no recorre el cuerpo.
Puntuación T	Exámenes	Medida de la densidad ósea.
Tacrolimus	Medicaciones	Fármaco inmunosupresor, similar a la ciclosporina, administrable por vía oral, para tratar la CU.
Tenesmo	Descriptores de enfermedades	Espasmo o cólico doloroso en el recto/ano, generalmente acompañado de esfuerzos involuntarios y urgente necesidad de evacuar, pero con deposición ausente o muy escasa.
Tiopurinas	Medicaciones	Fármacos inmunosupresores. La azatioprina y la mercaptopurina son los más comunes empleados para tratar la EII.
Trombocitosis	Exámenes	Excesivo de número de plaquetas (trombocitos) en la sangre.
Tópico	Medicaciones	Fármaco que trata la inflamación directamente, sin ser absorbido por el cuerpo.
Saturación de transferrina	Exámenes	Medida de la capacidad de fijación del hierro en el organismo. Niveles por debajo del 16% indican una deficiencia de hierro.
Tuberculosis	Enfermedades	Enfermedad infecciosa que afecta a los pulmones y otras partes del cuerpo. Causada por la bacteria <i>Mycobacterium tuberculosis</i> .
CU o colitis ulcerosa	Descriptores de enfermedades	La CU es una de las enfermedades inflamatorias intestinales.
Ultrasonido	Exámenes	Estudio por imágenes que utiliza rayos X para evaluar órganos en el cuerpo.
Ácido ursodesoxicólico	Tratamientos	Medicamento oral administrado a pacientes con CEP (colangitis esclerótica primaria: enfermedad crónica del hígado caracterizada por inflamación y fibrosis de los conductos biliares dentro y fuera del hígado) para proteger el hígado y prevenir el cáncer intestinal.
Uveítis	Enfermedades	Inflamación de la úvea del ojo.
Validado	Exámenes	Se dice que algo ha sido validado cuando se ha probado que es una medida precisa de lo que se pretende medir. Por ejemplo, un índice de gravedad de la enfermedad se validará una vez que se compruebe que mide con exactitud la gravedad de la enfermedad.
Vedolizumab	Medicaciones	Fármaco biológico (de origen biotecnológico) para el tratamiento de la EII. Se inyecta directamente en el torrente sanguíneo del paciente.
VSL#3	Medicaciones	Probiótico (preparación que contiene microorganismos vivos que cuando se administran en la cantidad adecuada aportan un beneficio para

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		la salud al huésped) que se ha mostrado prometedor para tratar la pouchitis.
Deshabitación	Medicaciones	Se habla de deshabitación de un medicamento cuando el consumo de este se reduce gradualmente y no se suspende de forma brusca. Este es el proceso a seguir con los esteroides, pues su cese abrupto puede conllevar efectos secundarios graves.