

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES

on Ulcerative Colitis (UC)



Spanish



# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



## Guía ECCO-EFCCA para pacientes con colitis ulcerosa (CU)

Salvatore Leone\*<sup>1</sup>, Alejandro Samhan-Arias\*<sup>2</sup>, Itamar Ben-Shachar<sup>3</sup>, Marc Derieppe<sup>4</sup>, Filiz Dinc<sup>5</sup>, Isabella Grosu<sup>6</sup>, Charlotte Guinea<sup>7</sup>, Jarkko Lignell<sup>8</sup>, Gediminas Smailys<sup>9</sup>, Sigurborg Sturludóttir<sup>10</sup>, Seth Squires<sup>11</sup>, Paolo Gionchetti<sup>12</sup>, Rami Eliakim\*\*<sup>13</sup>, Janette Gaarenstroom\*\*<sup>14</sup>

\* Contribuidores a partes iguales como primeros autores

\*\* Contribuidores a partes iguales como últimos autores

<sup>1</sup>AMICI Onlus - Associazione Nazionale Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino, Via A. Wildt, 19/4, 20131 Milán, Italia; <sup>2</sup>ACCU ESPAÑA - Confederación de Asociaciones de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España. C/ Enrique Trompeta 6, Bajo 1. C.P. 28045. Madrid, España; <sup>3</sup>CCFI - The Israel Foundation for Crohn's Disease and Ulcerative Colitis, POB 39957, Tel Aviv 61398; <sup>4</sup>AFA - Association Francois Aupetit, 32 rue de Cambrai, 75019 París, Francia; <sup>5</sup>inflatuvar barsak hastalıkları dayanışma ve Yardımlaşma Derneği, Caferağa Mah. Moda Caddesi No: 20 Borucu Han. K:1 Büro No: 103 Kadıköy, Estambul, Turquía; <sup>6</sup>ASPIIR - Asociația Persoanelor cu Boli Inflamatorii Intestinale din România (Romanian Association of People with IBD), Calea Mosilor 268, Bucarest, Rumania; <sup>7</sup>Crohns & Colitis UK - CCUK, 45 Grosvenor Road, St Albans, Hertfordshire AL1 3AW, Reino Unido; <sup>8</sup>CCAFIN - Crohn ja colitis ry, Kuninkaankatu 24 A, 33210 Tampere, Finlandia; <sup>9</sup>Klaipeda University Hospital, Department of Pathology, Liepojos g. 41, LT-92288 Klaipeda, Lituania; <sup>10</sup>Crohn's og Colitis Ulcerosa samtökin á Island, P.O. Box. 5388, 125 Reikiavik, Islandia; <sup>11</sup>Royal Alexandra and Vale of Leven Hospitals, Department of Gastroenterology, Corsebar Road, Paisley, Escocia, Reino Unido, PA2 9PN; <sup>12</sup>University of Bologna, Department of Medical and Surgical Sciences, Via Massarenti, 9, 40138 Bologna, Italia; <sup>13</sup>Gastroenterology and Hepatology, Sheba Medical Center, 52621 Tel Hashomer, Israel; <sup>14</sup>University Medical Center Utrecht, Department of Gastroenterology, Heidelberglaan 100, P.O. Box 85500, 3584 GX Utrecht, Países Bajos (hasta septiembre de 2015)

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 European Crohn's and Colitis Organization es la mayor asociación de especialistas en enfermedad inflamatoria intestinal (EII) del mundo. Además de la educación y la investigación, entre sus objetivos figura la generación de nuevos conocimientos. Para la preparación de las guías prácticas sobre la EII, la ECCO reúne el saber de los mejores especialistas en las diferentes disciplinas, creando estos documentos de referencia en un marco de cooperación y consenso.

En 2006, la ECCO publicó sus primeras guías sobre diagnóstico y manejo de la Enfermedad de Crohn (EC)<sup>1,2</sup>. Desde entonces, en virtud del continuo interés en la promoción de una perspectiva europea común relativa a la EII, ya se han publicado quince guías ECCO sobre una gama de materias relacionadas con la colitis ulcerosa (CU), cubriendo desde el manejo general<sup>3</sup> hasta temas específicos como la CU pediátrica<sup>4</sup>.

Adicionalmente y desde su fundación, el objetivo principal de la European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations (EFCCA) ha sido el mejorar la calidad de vida de los pacientes por medio de la difusión de prácticas ejemplares para los pacientes y sus familias, a lo que se suman las campañas educativas, la sensibilización de la población, el fomento de la investigación y el desarrollo de nuevos instrumentos para el tratamiento médico.

Partiendo de una iniciativa destinada a mejorar la eficacia de los consensos sobre la EII, la ECCO y la EFCCA han aunado sinergias para facilitar estas directrices para los pacientes que sufren CU.

Las recomendaciones contenidas en el presente documento constituyen un conjunto de las declaraciones de mayor relevancia para el diagnóstico y tratamiento de CU. El propósito de estas directrices es el de facilitar una mejor comprensión de cómo la CU es diagnosticada y tratada por los profesionales médicos. Las directrices se han dividido en 5 bloques temáticos principales: diagnóstico, enfermedad activa, remisión, cirugía, cáncer colorrectal y complicaciones extraintestinales. Al final del documento se ha

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



añadido un glosario que permita la mejor comprensión de la terminología aplicada. Igualmente, para potenciar su lectura por parte del mayor número de pacientes posible así como su fácil comprensión por estos, estas directrices se presentan adaptadas a un formato atractivo para el paciente.

## Diagnóstico de colitis ulcerosa

La cantidad del colon afectado (es decir, la extensión de la enfermedad) influye en la modalidad de tratamiento y determina si el médico o enfermera inicia la terapia oral y/o tópica. La extensión de la enfermedad influye en el inicio y frecuencia del seguimiento. Por consiguiente, su CU será clasificada de acuerdo a la cantidad enferma de su colon. La clasificación preferida de la CU se realiza en base a la endoscopia, una técnica diagnóstica que permite identificar el grado de inflamación de su intestino. La CU puede clasificarse en proctitis, colitis izquierda y colitis extensa.

Los expertos coinciden en que el mejor método para clasificar la CU es la colonoscopia. La CU se divide en proctitis, colitis izquierda y colitis extensa (más allá de la flexura esplénica).

Existen dos razones generales por las que los pacientes con CU deben clasificarse de acuerdo a la extensión de la enfermedad. En primer lugar, la extensión de la colitis influirá en la elección del tratamiento y, en segundo lugar, determinará la frecuencia del seguimiento. Por ejemplo, la terapia por supositorios es generalmente el tratamiento de primera elección en proctitis, los enemas se aplican en colitis izquierda y la terapia oral —a menudo combinada con terapia tópica— en colitis extensa.

El seguimiento de la extensión de la enfermedad es esencial para la predicción de los pacientes que pueden contraer cáncer colorrectal. Los pacientes con proctitis no requieren colonoscopia de seguimiento, en tanto que aquellos con colitis izquierda o colitis extensa sí la requieren.

La clasificación de la CU en base a su gravedad es práctica para que los médicos determinen el tratamiento más adecuado. La gravedad influye en si el tratamiento debe ser tópico, sistémico o quirúrgico, o bien en la decisión de si debe iniciarse o no. Los índices de gravedad de la enfermedad aún no han sido debidamente validados. Los estudios clínicos, de laboratorio, por imagen y endoscópicos, incluyendo los hallazgos de las biopsias, ayudan a los médicos a elegir el mejor tratamiento. No hay una definición de remisión completamente validada. La mejor manera de definir la remisión es una combinación de parámetros clínicos (esto es, frecuencia de deposición  $\leq 3$ /día sin sangrado) y una mucosa normal en la endoscopia. La ausencia de signos de inflamación aguda en la biopsia es también útil.

El manejo del paciente depende en parte de la gravedad de la enfermedad. La gravedad de la inflamación determina si el paciente recibe tratamiento o no, y si este es oral, intravenoso o quirúrgico. Aunque se han propuesto muchos índices de gravedad de la enfermedad, ninguno ha sido validado hasta la fecha, es decir, no se ha probado su precisión y utilidad. En general se acepta que una combinación de observación de parámetros clínicos, análisis de laboratorio (identificación de los niveles de proteína C reactiva en la sangre; determinación de la calprotectina fecal a partir de un examen de heces), estudios por imágenes (como la radiografía) y exámenes endoscópicos (incluyendo las biopsias) constituye un enfoque que ayuda a los médicos en el tratamiento de sus pacientes.

Aún no se cuenta con una definición de remisión aceptada por completo entre los expertos. Hoy en día, la mejor manera de determinar la remisión es una combinación de los síntomas del paciente con los resultados de la colonoscopia. Los pacientes considerados en remisión harán tres o menos deposiciones por día sin sangrado y su

colonoscopia no revelará inflamación alguna. Preferentemente tampoco mostrarán inflamación microscópica en sus biopsias.

## Síntomas de CU

Los síntomas de CU dependen de cómo de extensa sea la porción de colon inflamada y de la gravedad de la enfermedad. Sangre en las deposiciones, diarrea, sangrado rectal y tenesmo son los síntomas más comunes. Los pacientes con CU también suelen sentir la necesidad de vaciar los intestinos durante la noche. Malestar general, pérdida de apetito y fiebre son señales de que usted está sufriendo un brote grave.

Los síntomas graves coinciden generalmente con una inflamación grave del colon y dependen de cómo de grande sea la porción del colon afectada. La inflamación del colon se mide mediante colonoscopia y biopsia.

El síntoma más común mostrado por pacientes de CU es sangre visible en las deposiciones. Más del 90% de los pacientes lo constata. **Los pacientes con CU extensa y activa** presentan diarrea crónica usualmente acompañada de sangrado rectal o, al menos, sangre visible en las heces. Los pacientes también manifiestan urgencia en la defecación, tenesmo, heces mezcladas con sangre y mucosidades, la necesidad de vaciar los intestinos durante la noche, dolor abdominal con cólicos (a menudo en el lado izquierdo del abdomen inferior) previo a la defecación y aliviado por esta. Además, si una persona presenta una inflamación grave, esta suele manifestarse con fiebre, taquicardia, pérdida de peso, hinchazón abdominal y disminución de los sonidos abdominales. En contraste, los **pacientes con proctitis** habitualmente experimentan sangrado rectal, urgencia en la defecación, tenesmo y, en ocasiones, estreñimiento grave.

## Historia clínica

Una historia clínica completa debe incluir un cuestionario detallado sobre diversos aspectos. Conviene, por ejemplo, que el médico pregunte cuándo comenzaron los síntomas y de qué tipo de síntomas se trata. Estos síntomas incluyen:

- sangre en las deposiciones
- urgencia en la defecación
- cambios en la consistencia y frecuencia de las deposiciones
- tenesmo
- dolor abdominal
- incontinencia fecal
- diarrea nocturna
- manifestaciones extraintestinales (como dolor en las articulaciones).

El médico también debe solicitar información sobre lo siguiente:

- viajes recientes
- contacto con enfermedades infecciosas intestinales
- medicamentos (incluyendo antibióticos y AINES)
- tabaquismo
- prácticas sexuales
- antecedentes familiares de EC, CU y cáncer intestinal
- apendicectomía previa.

El diagnóstico de CU se sospecha a partir de síntomas clínicos, como sangre en las deposiciones, urgencia en la defecación, frecuencia de las deposiciones, tenesmo, dolor abdominal, incontinencia fecal y diarrea nocturna. El médico o enfermera deberá hacer un estudio sobre los antecedentes familiares de EII y cáncer intestinal. Asimismo se preguntará a los pacientes acerca de posibles manifestaciones oculares, orales, articulares o cutáneas. Deberá excluirse la presencia de formas de colitis infecciosa

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



(producida por bacterias en el extranjero) o inducida por fármacos (por ejemplo AINES, como el ibuprofeno).

La apendicectomía en los casos de apendicitis comprobada ha demostrado reducir el riesgo de adquirir CU más adelante. También mitiga la CU grave si la operación se realizó por apendicitis "verdadera" a una edad temprana. Si en su familia alguien padece de EC o CU, usted corre un riesgo mayor de sufrir una CU.

Existen estudios que han demostrado que las personas sometidas a una apendicectomía por apendicitis comprobada a una edad temprana son menos propensas a adquirir CU; se indica que tal reducción del riesgo puede llegar hasta el 69%. Además, si usted adquiere CU tras haber sido sometido a una apendicectomía, es menos probable que la enfermedad sea grave. Cabe señalar que la apendicectomía no previene el desarrollo de CEP. Actualmente se desconoce si la apendicectomía practicada después de haber adquirido CU influye en el curso de la enfermedad.

Los parientes de primer grado de aquellas personas con CU tienen una probabilidad 10 a 15 veces mayor de adquirir CU. Sin embargo, ya que, de por sí, el riesgo es tan bajo, un pariente de primer grado presenta un riesgo 2% mayor de contraer CU. Por consiguiente, este mayor riesgo no debería incidir sustancialmente en la decisión de un paciente con CU de tener hijos o no.

## Exploración física

La exploración física deberá cubrir los aspectos siguientes:

- bienestar general
- frecuencia cardíaca
- temperatura corporal
- presión arterial
- peso
- estatura
- examen abdominal para determinar hinchazón y dolor
- inspección anorectal

Los hallazgos en la exploración física realizada por un médico o enfermera dependerán de la gravedad y extensión de la CU. La exploración de pacientes con actividad leve o moderada generalmente es normal, aparte del hallazgo de sangre en la exploración rectal. Los pacientes con inflamación grave manifiestan fiebre, taquicardia, pérdida de peso, sensibilidad en el colon, hinchazón abdominal y disminución de los sonidos abdominales.

## Pruebas de diagnóstico

Los estudios de laboratorio iniciales deben incluir un hemograma sanguíneo completo, urea en suero, creatinina, electrolitos, enzimas hepáticas, niveles de vitamina D, perfil de hierro y PCR. La calprotectina fecal es un marcador fiable de inflamación del colon. La PCR y la VSG son marcadores útiles para medir la respuesta al tratamiento de una enfermedad grave. Se recomienda que el médico efectúe pruebas para la identificación de diarrea infecciosa, incluyendo un análisis de la presencia de la toxina de Clostridium difficile. El médico deberá evaluar los estados de inmunización del paciente contra varias enfermedades virales y la presencia de tuberculosis.

Para el diagnóstico, todo paciente deberá disponer de un conteo sanguíneo completo, un análisis de marcadores de inflamación (PCR o VSG), un estudio de electrolitos y pruebas de la función hepática, junto con una muestra de heces. La calprotectina fecal, obtenida

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



de una prueba de heces, es un marcador preciso de inflamación del colon. Sin embargo, las pruebas del grado de la inflamación pueden ser normales en pacientes con CU izquierda leve o moderada. El conteo sanguíneo completo puede revelar (a) niveles elevados de plaquetas como resultado de inflamación crónica, (b) anemia y niveles bajos de hierro que indican cronicidad o gravedad de la enfermedad y (c) aumento de glóbulos blancos, planteando como posibilidad una infección.

Salvo en la proctitis, la PCR tiende a ser mayor cuando el paciente presenta síntomas graves. Una PCR elevada generalmente se asocia con una VSG alta, anemia y niveles bajos de albúmina. Estos marcadores también pueden utilizarse para evaluar la necesidad de cirugía en colitis aguda grave. Los niveles elevados de PCR y VSG pueden confirmar asimismo una infección. Esto significa que ni la PCR ni la VSG deberán practicarse por sí solas para diferenciar la CU de otras causas de los síntomas. Por lo tanto, el médico o enfermera también debe descartar otras causas posibles, como bacterias (por ejemplo, *Clostridium difficile*, *Campylobacter* o *E. coli*) o parásitos (como amibas).

## Colonoscopia

Quando se sospecha una CU, la colonoscopia (preferiblemente junto con una ileoscopia) y biopsias de múltiples segmentos, incluyendo el recto, son los procedimientos de preferencia para establecer el diagnóstico y gravedad de la enfermedad. En los pacientes con un ataque grave deberá practicarse una radiografía abdominal y confirmarse la actividad de la enfermedad por sigmoidoscopia como procedimiento de primera línea.

Es necesaria la hospitalización inmediata de todos los pacientes que cumplan los criterios de colitis grave, para así evitar el retraso en la toma de decisiones, lo cual podría resultar en una mayor morbilidad y mortalidad perioperatoria.

Se prefiere la colonoscopia con canulación del intestino delgado y biopsias segmentarias para confirmar la sospecha de un diagnóstico de CU. Este procedimiento permite al médico o enfermera observar una porción mayor del colon, además de ser probablemente más efectivo que una sigmoidoscopia. No obstante, es necesario considerar tanto la disponibilidad de recursos como la gravedad de la enfermedad sospechada. Es mejor evitar la colonoscopia y la preparación del intestino en pacientes con colitis grave para evitar retrasos de procedimiento y el riesgo de perforación del colon.

Aunque una radiografía abdominal simple no ofrece un diagnóstico definitivo de CU, sí puede servir en la evaluación inicial de los pacientes con sospecha de CU grave. Para confirmar el diagnóstico, en lugar de la colonoscopia puede acudir a la sigmoidoscopia.

En caso de CU inactiva, los hallazgos de la endoscopia pueden ayudar a predecir el futuro patrón de actividad de la enfermedad. La repetición de la endoscopia resulta útil en caso de que la CU se reactive. También sirve si el paciente necesita tomar esteroides para permanecer en remisión o bien si no puede entrar en remisión aun tomando esteroides. Por último, la endoscopia es útil cuando se plantea una colectomía.

Los estudios han mostrado que la ausencia de señales de inflamación durante la colonoscopia disminuye la probabilidad de que un paciente rcaiga o necesite colectomía en el futuro. También es más probable que esté libre de síntomas durante el año posterior a la colonoscopia. A pesar de la aparente importancia de la localización por colonoscopia de la enfermedad, con el fin de establecer el pronóstico, el riesgo de cáncer

y la elección de la terapia, nunca se ha estudiado la conveniencia de las colonoscopias rutinarias posteriores a la colonoscopia inicial de diagnóstico.

Toda estenosis (estrechamiento) del colon debe levantar la sospecha de cáncer. Convendrá tomar biopsias múltiples del colon y plantear una opción quirúrgica. Cuando la canulación endoscópica del colon entero no es posible, pueden emplearse estudios por imagen, como el enema de bario de doble contraste o la colonografía.

En la CU de larga duración, una estenosis del colon (estrictura o estrechamiento) apunta a un aumento del riesgo de tumor de cáncer intestinal y requiere una evaluación histológica cuidadosa mediante colonoscopia y biopsias. Si la colonoscopia es incompleta debido a la estenosis, puede utilizarse un enema de bario con doble o simple contraste para evaluar la estenosis y el colon adyacente. Sin embargo, la colonografía por TC permite evaluar el patrón del tejido próximo a la estenosis del colon, así como la patología extraintestinal (es decir, del tejido fuera del intestino) y, por lo tanto, se está convirtiendo en el estudio de elección en esta situación.

El término colitis indeterminada (CI) debe restringirse a las muestras de resección quirúrgica. Si el médico no puede determinar si usted padece de CU o EC después de haber realizado todos los análisis posibles, entonces el término preferible es EII no clasificada (EIIInC).

La EII no clasificada es el término más conveniente para los casos donde no puede hacerse una distinción definitiva entre CU, EC u otra causa de colitis después de que se han tomado en cuenta los antecedentes, los hallazgos endoscópicos, la histopatología de múltiples biopsias de la mucosa y la radiología adecuada. Colitis indeterminada es un término reservado para que los patólogos describan una muestra de colectomía que tiene características tanto de CU como de EC.

## Tratamiento farmacológico de colitis ulcerosa activa

### Proctitis

Los supositorios 5-ASA de 1 g una vez al día son la forma de tratamiento temprano preferida para la proctitis leve o moderada. También pueden aplicarse los enemas de espuma de 5-ASA. Los supositorios pueden transportar una mayor cantidad del medicamento hasta el recto, además de que los pacientes parecen preferirlos a los enemas. La combinación de 5-ASA tópico con 5-ASA oral o un esteroide tópico ofrece un tratamiento más efectivo que la administración de cualquiera de los dos fármacos por separado. La aplicación exclusiva de 5-ASA oral no es tan efectiva como su administración combinada. Una proctitis más resistente puede requerir un tratamiento con inmunosupresores y/o anti-TNF.

El mejor tratamiento para los pacientes con proctitis se consigue con 5-ASA tópicos, como lo demuestran numerosos estudios en los que se constató que los 5-ASA reducen los síntomas y mejoran los hallazgos tanto en la colonoscopia como en la biopsia. Además, los supositorios son más efectivos que los enemas dado que se concentran en el lugar de la inflamación y se detectan en el recto de un mayor número de pacientes pasadas las 4 horas (40% y 10% respectivamente). No se ha constatado aumento alguno de la efectividad de los 5-ASA con dosis superiores a un gramo diario, mientras que su administración una vez por día es tan efectiva como la administración varias veces al día.

Múltiples estudios han demostrado que la efectividad de la mesalazina tópica es superior a la de los esteroides tópicos tanto para reducir los síntomas como para mejorar los

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



hallazgos en colonoscopias y biopsias. Los esteroides tópicos deben reservarse para los pacientes con intolerancia a 5-ASA tópicos.

Los 5-ASA tópicos son más efectivos que los 5-ASA por sí solos en el tratamiento de proctitis. Por otra parte, la combinación de 5-ASA tópicos y orales parece ser más eficaz que cualquiera de los dos agentes por separado en el caso de que la enfermedad se extienda menos de 50 cm a partir del margen anal. La combinación de 5-ASA tópicos con esteroides tópicos también ayuda. Si la combinación de 5-ASA orales o tópicos con corticosteroides tópicos no resulta en un tratamiento efectivo, deberá añadirse prednisolona oral. De fracasar el tratamiento con todos estos fármacos, deberá acudir a un tratamiento con inmunosupresores o anti-TNF.

## Colitis izquierda

En un primer tratamiento de una colitis izquierda de actividad leve a moderada deberá aplicarse 1 g de un enema de 5-ASA al día, combinado con más de 2,4 g de mezalacina oral al día. El tratamiento combinado con 5-ASA orales y tópicos es más efectivo que la administración de solo esteroides tópicos o aminosalicilatos. También supera a la terapia con solo aminosalicilatos orales. Los 5-ASA tópicos alcanzan mejores resultados en el tratamiento de la enfermedad que los esteroides tópicos. Las dosis de 5-ASA una vez al día son tan efectivas como la administración de 5-ASA en dosis divididas. Si los 5-ASA no surten efecto, puede recurrirse a corticosteroides sistémicos. Si la enfermedad es grave, el paciente deberá ser hospitalizado para administrar un tratamiento intensivo.

Los estudios demuestran claramente que los 5-ASA tanto orales como tópicos son efectivos en el tratamiento de la CU izquierda. Por consiguiente, el tratamiento predilecto contra la colitis izquierda de actividad leve a moderada combina 5-ASA orales y tópicos. Se ha demostrado que es más efectivo y de respuesta más rápida que cualquiera de los dos tipos aplicados por separado. Los resultados de múltiples estudios muestran que los 5-ASA rectales son más efectivos que los corticosteroides rectales, aunque, por otra parte, de varios estudios también se desprende que el dipropionato de beclometasona rectal (un medicamento esteroide) es tan efectivo como los 5-ASA rectales.

Varios estudios ponen de manifiesto que no hay ventaja alguna en dividir la dosis y, por consiguiente, los 5-ASA pueden administrarse en una dosis única al día. Sin embargo, el incremento de la dosis ha probado producir mejores resultados en los pacientes. La dosis mínima recomendada en los casos de colitis izquierda es de 2,4 gramos al día.

En los casos en que el 5-ASA no resulte efectivo o no sea bien tolerado en los pacientes con CU izquierda, deberá plantearse el uso de corticosteroides orales. Los esteroides orales, aunque pueden surtir efecto más pronto, también albergan el potencial de causar más efectos secundarios. Los 5-ASA tardan una media de 9 a 16 días en actuar, siendo su respuesta más rápida en el marco de un tratamiento combinado en lugar de con solo un tratamiento oral. Si los síntomas de un paciente bajo tratamiento con 5-ASA se agudizan, si el paciente continúa presentando sangrado rectal por más de los 10 a 14 días posteriores al inicio del tratamiento, o si en un término de 40 días no se alivian sus síntomas, deberá comenzarse una terapia adicional (habitualmente en base a corticosteroides orales).

## Colitis extensa

En la etapa temprana del tratamiento de la colitis extensa de gravedad leve a moderada deberá administrarse una dosis mayor de 2,4 g de 5-ASA oral al día. El tratamiento deberá combinarse con 5-ASA tópico, si se tolera, a fin de incrementar la probabilidad de hacerle permanecer en remisión. Las dosis de 5-ASA una vez al día son tan efectivas como la administración de 5-ASA en dosis divididas. Si el paciente no responde a 5-ASA,

convendrá administrar corticosteroides sistémicos. La colitis extensa grave requiere una hospitalización que permita un tratamiento intensivo.

El 5-ASA oral es efectivo para inducir la remisión en los pacientes con CU extensa de actividad leve a moderada. Asimismo, la combinación de 5-ASA oral y tópico es más efectiva que la administración única de 5-ASA oral; un ensayo clínico demostró que con la terapia combinada se logra una remisión en el 64% de los pacientes, frente al 43% de los pacientes que toman nada más que 5-ASA oral. En los pacientes con colitis extensa, una dosis única al día de 5-ASA es tan efectiva como las dosis divididas.

Si la enfermedad con actividad leve a moderada no responde a 5-ASA, deberá recurrirse a los esteroides orales. Asimismo, si un paciente ya en terapia de mantenimiento con más de 2 gramos al día de 5-ASA o inmunomoduladores sufre una recaída, deberá iniciar tratamiento con esteroides. Los esteroides han demostrado ser efectivos para inducir remisión en al menos dos estudios. Si una persona padece de CU extensa grave deberá ser hospitalizada puesto que es una condición potencialmente mortal.

### Colitis grave

La diarrea con más de seis deposiciones con sangre al día así como toda señal de toxicidad sistémica (frecuencia cardíaca mayor a 90 latidos por minuto, fiebre mayor a 37,8°C, niveles de hemoglobina inferiores a 10,5 g/dL, una VSG mayor a 30 mm/hr o un nivel de PCR por encima de los de 30 mg/l) indican que el paciente padece una CU grave, por lo que deberá ser hospitalizado para ser sometido a tratamiento intensivo.

Cerca de uno de cada seis pacientes con CU sufre un brote grave en el curso de la enfermedad. La CU grave debe tratarse seriamente. Pese a los avances en el tratamiento hechos el siglo pasado, el 2,9 % de los pacientes con CU aguda grave hospitalizados en el Reino Unido muere, aunque menos del 1% fallece en centros especializados. Dado el riesgo de muerte por CU grave, es importante identificar si se está teniendo un brote grave. Se sufre un brote grave cuando el paciente realiza deposiciones con sangre seis o más veces al día y, además, presenta uno de los síntomas siguientes: (a) taquicardia (más de 90 latidos por minuto), (b) fiebre, (c) anemia, (d) niveles elevados de VSG o PCR.

Todo paciente que sufra un brote grave deberá ser internado en el hospital para ser sometido a tratamiento intensivo, el cual, inicialmente, comprenderá corticosteroides IV, para luego pasar a ciclosporina, tacrolimus o infliximab si el paciente no responde a los corticosteroides IV dentro de tres días. Si el paciente no responde al tratamiento farmacológico, entonces requerirá cirugía. Las decisiones relativas al tratamiento farmacológico de alta intensidad y a la cirugía deberán tomarse con prontitud y prudencia a la vez. La posposición de la cirugía por demasiado tiempo podría derivar en más complicaciones durante la misma.

La CU grave activa deberá ser tratada con esteroides IV. Puede administrarse ciclosporina IV. Deberá administrarse heparina de bajo peso molecular para reducir el riesgo de coágulos sanguíneos. Conviene que el paciente esté cargo de un equipo compuesto por un gastroenterólogo y un cirujano colorrectal.

La mejor forma de evaluar la respuesta a los esteroides IV es mediante análisis clínicos alrededor del tercer día. En caso de no responder la CU con actividad grave a los esteroides IV, deberán plantearse otras opciones de tratamiento, incluyendo la cirugía. Ciclosporina o infliximab o tacrolimus podrían ser adecuados como tratamiento de

segunda línea. De no observarse mejoría dentro de los 4 a 7 días de haber iniciado la terapia de rescate, se recomienda recurrir a la colectomía.

La elección del momento más adecuado para recomendar o aconsejar una colectomía a un paciente de CU es una de las decisiones más difíciles que un gastroenterólogo debe tomar. Sin embargo, el gastroenterólogo, auxiliado por el cirujano, tiene que mostrarse lo más resuelto posible y no permitir que su juicio se vea turbado por la comprensible renuncia del paciente a someterse a una operación. Postergándose la cirugía por demasiado tiempo se incrementa la probabilidad de que durante la colectomía se produzcan complicaciones, incluso la muerte.

Serán parámetros objetivos (no influidos por las emociones del paciente ni las del médico) los determinantes para que el gastroenterólogo tome una decisión tan crucial como es proceder al tratamiento de CU grave con colectomía o medicamentos como ciclosporina, infliximab o tacrolimus. Los marcadores clínicos (por ejemplo, una frecuencia de deposiciones elevada), bioquímicos (tales como niveles de PCR elevados) y radiológicos (caso de la dilatación colónica) constituyen características objetivas que pueden contribuir al proceso de toma de decisiones. Igualmente es esencial para la toma de decisiones la consideración de las circunstancias individuales del paciente. Por ejemplo, la ciclosporina intravenosa deberá evitarse en pacientes con concentraciones bajas de colesterol o magnesio debido al riesgo elevado de efectos neurológicos secundarios en este grupo de pacientes.

## Terapia de mantenimiento de la remisión

La opción de administrar una terapia de mantenimiento depende de múltiples factores:

- La cantidad de intestino afectada (es decir, la extensión de la enfermedad)
- La frecuencia de los brotos
- El fracaso de una terapia de mantenimiento previa
- La gravedad del brote más reciente
- El tratamiento aplicado para lograr la remisión en el brote más reciente
- La seguridad de la terapia de mantenimiento
- La prevención del cáncer.

La selección del tratamiento más adecuado para mantener a los pacientes en remisión dependerá de una serie de factores. Por ejemplo, es más probable que los pacientes con proctitis no necesiten más que un tratamiento tópico, mientras que aquellos con CU izquierda o extensa precisarán terapia oral. Asimismo, las personas con un historial de períodos cortos entre brotes se beneficiarán más de una terapia intensiva, dado que esta podría prolongar los intervalos entre brotes. Un medicamento que en el pasado no haya dado resultado en la terapia de mantenimiento no deberá volver a probarse. Mientras más grave haya sido un brote reciente, más intensiva deberá ser la terapia aplicada. La gravedad del brote en curso ayudará a predecir la probabilidad de un brote futuro. Aquellos pacientes que necesiten esteroides para lograr la remisión son los que más probablemente requerirán una terapia intensiva para mantenerse en remisión. Los efectos secundarios de los fármacos deberán sopesarse con sus beneficios en la prevención de brotes y cáncer.

## Ácido aminosalicílico

Los 5-ASA orales son el tratamiento de primera línea en los pacientes que responden a 5-ASA o esteroides (orales o rectales). Los 5-ASA rectales son el tratamiento de primera línea en la proctitis, pudiendo utilizarse también en la colitis izquierda. Los 5-ASA orales

y rectales combinados pueden utilizarse como un tratamiento de mantenimiento de segunda línea.

Numerosos estudios han demostrado la eficacia de los 5-ASA orales para el mantenimiento de la remisión. Además, dos estudios han puesto de manifiesto la efectividad de la 5-ASA rectal para mantener la remisión en pacientes con CU izquierda. El tratamiento tanto con 5-ASA oral y enemas 5-ASA ha mostrado ser más efectivo que la 5-ASA oral solo en el mantenimiento de la remisión. Una encuesta entre pacientes del Reino Unido reveló que el 80% prefería un tratamiento exclusivamente oral, de modo que, al parecer, el tratamiento oral es más aceptable para los pacientes que la terapia rectal.

Los 5-ASA orales no actúan en dosis por debajo de los 1,2 g al día. En el tratamiento rectal bastan 3 g por semana, en dosis divididas, para mantener la remisión. La dosis puede modificarse en función de su eficacia. En ciertos casos son útiles dosis mayores con o sin 5-ASA tópico. Usted no sufrirá efectos secundarios adicionales por el hecho de recibir 5-ASA una vez por día. Otros fármacos 5-ASA orales son preferibles a la sulfasalazina (aunque la sulfasalazina puede ser ligeramente más efectiva) dado que presentan menos efectos secundarios. Todos los 5-ASA orales disponibles son efectivos. No existe evidencia concluyente de que algún tipo específico de 5-ASA sea superior a los otros en el tratamiento de mantenimiento.

La dosis mínima efectiva de 5-ASA oral es de 1,2 g al día. Considerando que dosis mayores de 5-ASA no se traducen en un incremento de efectos secundarios, en ciertos casos convendrá administrar dosis más altas. Tampoco es relevante si usted toma 5-ASA una vez o varias veces al día, si bien es preferible la administración una vez diaria pues se mejora la adherencia. Los 5-ASA orales ofrecen una efectividad comparable a la de la sulfasalazina, pero se prefieren los 5-ASA porque causan menos efectos colaterales. En general no se dispone de pruebas sólidas de que un tipo de 5-ASA en particular sea mejor que los demás.

Se recomienda el tratamiento de mantenimiento 5-ASA a largo plazo porque podría reducir el riesgo de desarrollar cáncer intestinal.

Un estudio ha demostrado que el tratamiento 5-ASA regular disminuye el riesgo de contraer cáncer intestinal en un 75%. Por consiguiente, es recomendable plantearse seriamente su aplicación como tratamiento de mantenimiento.

## Tiopurinas

Si se requieren esteroides para permanecer la remisión, entonces conviene tratar al paciente con una tiopurina.

La azatioprina es más efectiva que la 5-ASA para reducir síntomas y la inflamación (visualizada a través de una colonoscopia) en pacientes que necesitan esteroides para mantener la remisión. Asimismo, cerca de la mitad de los pacientes dependientes de esteroides que reciben azatioprina se mantienen en remisión libre de esteroides por tres años. Por consiguiente, se aconseja que las personas que sufren brotes cuando se hallan en deshabitación a esteroides comiencen a tomar azatioprina.

Los pacientes con una CU de actividad moderada que no responden a las tiopurinas deben tratarse con anti-TNF o tacrolimus. Habrá que suspender los tratamientos que no funcionan y considerarse la cirugía como una opción.

Idealmente, los pacientes con CU dependiente de esteroides que no responden a las tiopurinas deberán reevaluarse por colonoscopia y biopsia a fin de confirmar el

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



diagnóstico y cerciorarse de que no se están produciendo complicaciones adicionales. Se discutirá con el paciente una estrategia de tratamiento con el objetivo de abandonar los esteroides y se planteará una terapia anti-TNF. Hay pruebas fehacientes de que la terapia anti-TNF es eficaz en los casos de CU moderada a grave que no responde ni a corticosteroides ni a inmunomoduladores. También puede contemplarse el uso de tacrolimus, aunque la evidencia en favor de esta opción de tratamiento es menos convincente.

Si la CU no responde o deja de responder a cualquiera de estos tratamientos, será necesario ponderar una cirugía. La colectomía, aunque no carece de riesgos, permite extirpar el colon enfermo y, por lo tanto, "sanar" la CU. El tratamiento con inmunosupresores o terapia inmunomoduladora resulta inútil e irracional si la enfermedad no mejora, ya que con la postergación aumenta el riesgo de complicaciones durante y después de la cirugía.

Lo apropiado es que todo paciente reciba un tratamiento de mantenimiento. Un tratamiento en función de las necesidades únicamente es factible si su enfermedad es de extensión limitada, como en el caso de la proctitis.

Es importante seguir con la medicación incluso si usted se siente mejor, ya que los pacientes que se ciñen al régimen de medicamento son mucho menos propensos a sufrir un brote. De hecho, el cumplimiento de la terapia farmacológica parece ser el factor dominante para que una persona permanezca en remisión o no. Por ejemplo, un estudio constató que las personas que recogían menos del 80% de sus prescripciones de 5-ASA para mantenimiento eran cinco veces más propensas a recaer que aquellas que recogían más del 80%.

Se recomienda el tratamiento con tiopurinas en los casos de enfermedad de actividad leve a moderada con recaída temprana o frecuente mientras se toma 5-ASA en una dosis óptima, si existe intolerancia a 5-ASA, si se requieren esteroides para mantenerse en remisión o bien si se ha alcanzado la remisión con ciclosporina (o tacrolimus). Una vez que el paciente responda al tratamiento con anti-TNF, se cuenta con dos opciones para permanecer en remisión. La primera es recurrir a las tiopurinas. La segunda opción es mantener el tratamiento anti-TNF con o sin tiopurinas. Si usted tiene una colitis grave que responde a esteroides IV, ciclosporina o infliximab, para el tratamiento de mantenimiento deberán considerarse las tiopurinas. Sin embargo, si usted responde a infliximab, será conveniente continuar con este fármaco. Suponiendo que las tiopurinas no hubieran surtido efecto en el pasado, es aconsejable que se elija el tratamiento anti-TNF para mantenerse en remisión. Las tiopurinas son apropiadas para mantener la remisión en los pacientes de colitis grave con respuesta a esteroides, ciclosporina o tacrolimus no tratados previamente con tiopurina.

Algunos estudios han constatado que las tiopurinas son efectivas para mantener a los pacientes de CU en remisión, aunque la evidencia de su aplicación en la CU es menos convincente que en la EC. Un estudio reciente demostró la superioridad de la azatioprina frente a los 5-ASA para mantener la remisión libre de esteroides al cabo de seis meses de tratamiento (el 53% de los participantes permaneció en remisión con azatioprina, frente al 21% con 5-ASA). Igualmente, las tiopurinas pueden administrarse una vez alcanzada la remisión con ciclosporina (o tacrolimus); con ello puede reducirse la probabilidad de necesitar colectomía tanto a corto plazo (1 año) como a largo plazo (5 años).

También puede optarse por el tratamiento anti-TNF. Hay estudios que muestran que el uso de infliximab contribuye a que el paciente alcance y mantenga la remisión y a que, asimismo, deje los esteroides, además de que es probable que ayude a prevenir la colectomía. De igual forma, adalimumab ha demostrado ser de ayuda en pacientes de CU

moderada a grave para lograr y mantener la remisión, aliviar los síntomas, disminuir la inflamación en el colon y abandonar los esteroides.

Otra opción es combinar tiopurinas con un tratamiento anti-TNF. Con ello puede disminuirse la probabilidad de que los anti-TNF reaccionen de forma negativa o pierdan su efectividad al generarse anticuerpos anti-TNF. Según un estudio, la combinación de infliximab con azatioprina es más efectiva que cualquiera de los dos fármacos por separado para lograr que los pacientes abandonen los esteroides. Combinar los dos medicamentos probablemente también ayuda a prevenir la colectomía. Además, es posible que la azatioprina pueda suspenderse transcurridos los primeros seis meses de la terapia combinada, en vista de que los anticuerpos que impiden que actúe el infliximab y que son inhibidos por las tiopurinas tienden a producirse en los primeros meses del tratamiento anti-TNF.

## Cirugía de CU

Las complicaciones quirúrgicas son más probables si se posterga la cirugía. Deberá seguirse un procedimiento escalonado en los casos agudos que no responden al tratamiento farmacológico o si el paciente ha estado tomando 20 mg o más al día de prednisolona durante más de seis semanas. Lo más conveniente para el paciente es que la intervención quirúrgica la realice un cirujano especializado en laparoscopia.

En los casos de CU aguda grave es esencial que cirujanos y gastroenterólogos experimentados trabajen en equipo para facilitar el manejo seguro del paciente. Tan importante como recurrir primero a la terapia farmacológica antes de pasar a considerar una cirugía es no aplazar la operación innecesariamente. Postergar la cirugía cuando esta sí se necesita llevará a menudo a peores resultados durante y después de la intervención quirúrgica. Por ello, cuando falla la terapia farmacológica, conviene someter al paciente a cirugía.

La cirugía deberá realizarse en dos o tres fases (primero colectomía e ileostomía) si el paciente presenta CU aguda grave o si ha recibido gran cantidad de esteroides. Esto se explica por el hecho de que se extirpará la porción de colon enferma, lo cual le permitirá recuperar la salud y volver a ingerir alimentos como es debido. Concluida la colectomía, el paciente podrá optar por una IPAA o bien continuar con una ileostomía. Procediendo primero a la colectomía permite también descartar el diagnóstico de EC; si la EC se encontrara en el espécimen del colon, significa que la IPAA no es apropiada. Finalmente, optar por una colectomía laparoscópica puede conllevar la ventaja de una recuperación más rápida y con menos complicaciones.

Se recomienda practicar una IPAA en centros de referencia especializados con experiencia en este tipo de operación. De esta forma se reducirán las complicaciones y se estará en mejores condiciones de llevar a buen término la IPAA en el caso de que sí surjan complicaciones.

Una IPAA es una cirugía muy compleja. Por consiguiente, los cirujanos y hospitales que practican muchas operaciones de este tipo tienden a obtener mejores resultados y experimentar menos complicaciones. Además, los cirujanos y hospitales más experimentados gestionan mejor las complicaciones y están en mejores condiciones de llevar a buen término la IPAA si se presentan complicaciones serias. De ahí que sea preferible llevar a cabo la IPAA en centros especializados habituados a realizar muchas de estas operaciones.

Se aconseja que las pacientes fértiles discutan otras opciones quirúrgicas tanto con un gastroenterólogo como con un cirujano colorrectal, ya que existe el riesgo de no poder

tener hijos después de una IPAA. Estas opciones incluyen colectomía subtotal, ileostomía terminal y anastomosis ileorrectal.

Una de dos mujeres que se someten a cirugía IPAA será incapaz de tener hijos y el riesgo de infertilidad con una IPAA es tres veces mayor al del tratamiento farmacológico de la CU. La tasa de infertilidad entre los receptores de cirugía IPAA es del 48% frente al 15% de una CU manejada farmacológicamente. Esto tal vez se debe a que con la cirugía se forman adherencias en las trompas de Falopio. Por tanto, se aconseja que las mujeres que planeen un embarazo busquen opciones alternativas, como ileostomía permanente o anastomosis ileorrectal. La ventaja de la anastomosis ileorrectal es que no parece disminuir la fertilidad, en tanto que su desventaja radica en que se preserva un sector del colon inflamado y, por tanto, también el riesgo correspondiente de cáncer intestinal.

En casos especiales, podrá plantearse una anastomosis ileorrectal. Si se efectúa esta operación, su gastroenterólogo deberá revisar periódicamente el recto remanente.

Por lo general, la anastomosis ileorrectal no es una opción adecuada porque no elimina la CU, de modo que es probable que permanezcan sus síntomas en vista del recto remanente. No obstante, una de cada dos personas sometida a anastomosis ileorrectal lo seguirá teniendo transcurridos diez años, además de que la calidad de vida es aceptable en comparación a la que ofrece una IPAA. Por tanto podrá contemplarse en ciertos pacientes de CU, especialmente en mujeres que deseen concebir en el futuro. Aun así, el recto necesitará monitorización debido al riesgo de cáncer intestinal que supone el recto remanente.

Tomar 20 mg o más al día de prednisolona (o de un equivalente) durante más de seis semanas aumenta el riesgo de complicaciones quirúrgicas, por lo que, de ser posible, convendrá seguir un programa de deshabitación a los corticosteroides previo a la operación.

Numerosos estudios han demostrado que los pacientes que toman 20 mg o más al día de prednisolona durante más de seis semanas tienen mayor probabilidad de experimentar complicaciones quirúrgicas. Por consiguiente, si es posible, el paciente deberá deshacerse de los esteroides antes de la operación.

Por otra parte, si se procede a la deshabitación a los esteroides tras la cirugía, es importante evitar el síndrome de abstinencia de esteroides, caracterizado por baja presión arterial así como por niveles bajos de sodio y glucosa en la sangre.

La toma de tiopurinas o ciclosporina antes de la operación no aumenta el riesgo de complicaciones después de la operación. La toma de infiximab antes de la operación sí puede aumentar el riesgo de complicaciones tras la operación.

Tomar tiopurinas o ciclosporina antes de la operación parece no aumentar el riesgo de complicaciones postoperatorias de una colectomía. Ciertos estudios han mostrado que, al parecer, infliximab no incrementa el riesgo de sufrir complicaciones inmediatamente después de la cirugía y que es posible que estas complicaciones estén ligadas a un mayor riesgo de infección por inmunosupresión. Por otra parte, otros estudios no corroboran que infliximab suba el riesgo de complicaciones postoperatorias, de modo que no existe certeza al respecto. Se desconoce si el tacrolimus aumenta el riesgo de complicaciones postoperatorias, debido a la falta de estudios sobre el tema.

### *Complicaciones quirúrgicas - pouchitis*

El diagnóstico de pouchitis se basa tanto en los síntomas como en ciertas anomalías endoscópicas e histológicas. La frecuencia de pouchitis aumenta cuanto más extensa sea

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



la porción del colon enferma antes de la cirugía, si ya existía enfermedad fuera del intestino (como una CEP), si el paciente no fuma, presenta serología positiva para p-ANCA o consume AINE.

Los síntomas de pouchitis más frecuentes son el aumento del número de deposiciones, deposiciones líquidas, cólico abdominal, urgencia en la defecación, tenesmus y molestias pélvicas. También pueden ocurrir sangrado rectal, fiebre y manifestaciones extraintestinales. Los síntomas por sí solos no determinan que se trata de una pouchitis. Por ejemplo, la cuffitis, es decir la inflamación del remanente rectal, puede originar síntomas similares. Asimismo, la EC de reservorio y el síndrome de reservorio irritable (equivalente al síndrome de intestino irritable) pueden originar síntomas similares. Por consiguiente, para confirmar el diagnóstico se acudirá a una pouchoscopia, es decir, una endoscopia de la bolsa ileoanal. La inflamación que supone la pouchitis presenta un aspecto distinto al de la inflamación por CU, debido a que es una enfermedad diferente. Durante la pouchoscopia deberán obtenerse biopsias para comprobar que efectivamente se trata de una pouchitis y no algo distinto, como EC o colitis pseudomembranosa. Ciertos factores de riesgo contribuyen al desarrollo de una pouchitis. Por ejemplo, el padecimiento de una CU más extensa antes de la cirugía, una ileítis backwash (inflamación del íleon terminal), una enfermedad extraintestinal (en particular CEP), no fumar y el uso regular de AINE aumentan la probabilidad de sufrir pouchitis. Aunque estos factores de riesgo no deberán impedir que la persona se someta a una IPAA, sí deberán incluirse en la charla con el paciente.

Los síntomas más frecuentes de pouchitis son el aumento del número de deposiciones líquidas, la urgencia en la defecación, los cólicos abdominales y las molestias pélvicas (es decir, en torno al abdomen inferior y ano). La fiebre y el sangrado son raros. La pouchoscopia no es necesaria cuando no existen síntomas.

Los síntomas de pouchitis incluyen mayor frecuencia de las deposiciones, deposiciones líquidas, cólico abdominal, urgencia en la defecación, tenesmus y molestias pélvicas. También pueden ocurrir sangrado rectal, fiebre y manifestaciones extraintestinales. El sangrado rectal suele ser más una consecuencia de inflamación del remanente rectal que de la pouchitis. La incontinencia fecal puede presentarse en ausencia de pouchitis después de una IPAA, pero es más corriente en pacientes con pouchitis.

El metronidazol o el ciprofloxacino funcionan en la mayoría de pacientes con pouchitis, si bien no está claro cuál es el mejor tratamiento. El ciprofloxacino causa menos efectos secundarios. Los fármacos antidiarreicos, como la loperamida, pueden reducir el número de deposiciones líquidas, se tenga o no pouchitis.

Los antibióticos ofrecen el tratamiento más efectivo contra la pouchitis. El metronidazol y la ciprofloxacina son los antibióticos más comúnmente utilizados. Al parecer, la ciprofloxacina es más efectiva para reducir los síntomas, además de que mejora los hallazgos de la pouchoscopia y causa menos efectos secundarios. También conviene contemplar el uso de fármacos antidiarreicos, como loperamida, en pacientes sometidos a IPAA, ya que pueden disminuir sustancialmente el número de deposiciones líquidas en todo paciente, padezca o no de pouchitis.

En los casos en que la remisión de la pouchitis fuera inducida por antibióticos, VSL#3 puede contribuir a mantener la remisión. VSL#3 también puede prevenir la aparición de pouchitis si se comienza a administrar tan pronto como se concluya la cirugía IPAA.

Una vez lograda la remisión en la pouchitis crónica, el tratamiento con la mezcla probiótica concentrada VSL#3 ayuda a mantener la remisión. Se ha comprobado que el uso preventivo de VSL#3 puede impedir el primer brote de pouchitis aguda durante el

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



primer año posterior a la cirugía: solo el 10% de los pacientes que tomaron VSL#3 contrajo pouchitis, frente al 40% de los que recibieron un placebo. Se desconoce en gran medida la razón por la que VSL#3 surte efecto, aunque se presume que se debe a que aumenta la diversidad bacteriana al tiempo que reprime la variedad fúngica tras una IPAA.

## Complicaciones - cáncer colorrectal

Los pacientes con una CU extensiva a largo plazo son más propensos a contraer cáncer intestinal.

El riesgo de un paciente con CU de enfermar de cáncer intestinal es del 2% a los 10 años, del 8% a los 20 años y del 18% a los 30 años. Por otra parte, las personas con pancolitis presentan el mayor riesgo; aquellas con colitis izquierda tienen un riesgo medio; y en las que padecen de proctitis el riesgo no es mayor. Es decir que mientras mayor sea el tiempo que una persona haya padecido de CU y mientras mayor sea la porción de intestino que esté o se ponga enferma, mayor será la probabilidad de contraer cáncer intestinal.

Algunos pacientes con CU son más propensos a padecer cáncer intestinal que otros: Se trata de los pacientes que presentan:

- CEP
- pólipos postinflamatorios
- antecedentes familiares de cáncer intestinal
- inflamación más grave o persistente.

Los factores de riesgo de cáncer intestinal más consistentes que se han observado son colangitis esclerosante primaria (CEP) así como actividad histológica o clínica de enfermedad. Los pacientes de CEP tienen un riesgo de por vida de contraer cáncer de intestino de hasta el 31%. Se ha comprobado que también los pólipos postinflamatorios son fuertes factores de riesgo, aunque es posible que este mayor riesgo se deba a lesiones displásicas tomadas erróneamente por pólipos postinflamatorios. Los antecedentes familiares de cáncer intestinal se asocian con un mayor riesgo de contraer esta afección, si bien esto no se ve corroborado sistemáticamente por todos los estudios.

El médico deberá determinar el riesgo de cáncer intestinal por medio de la colonoscopia de diagnóstico o en la primera colonoscopia de seguimiento en los seis a ocho años posteriores a los primeros síntomas de CU. El riesgo depende de cuán extensa sea la porción de colon afectada y de la gravedad de la inflamación.

El grado de riesgo de cáncer intestinal del paciente puede determinarse con la colonoscopia de diagnóstico o en la primera colonoscopia de seguimiento a los ocho años posteriores a la aparición de la enfermedad. Factores de riesgo son (a) pancolitis, (b) inflamación endoscópica y/o histológica, (c) pseudopólipos y (d) antecedentes familiares de CCR. Si la persona presenta tres o más de estos factores, su riesgo será elevado, mientras que, si son dos o menos, su riesgo será bajo.

Las personas de alto riesgo y con CU extensa o izquierda deberán someterse a una colonoscopia cada 1 a 2 años a partir del octavo año posterior al diagnóstico. Si su riesgo es bajo, deberán recibir una colonoscopia cada 3 a 4 años. De no manifestarse signos microscópicos de cáncer o de inflamación endoscópica y/o histológica en dos colonoscopias de seguimiento consecutivas, el intervalo de seguimiento podrá prolongarse, por ejemplo, de cada 1-2 años a cada 3-4 años.

Los fármacos 5-ASA pueden reducir el riesgo de contraer cáncer intestinal. Si se padece de CEP, deberá administrarse ácido ursodesoxicólico a fin de reducir el riesgo de cáncer

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



intestinal. Se desconoce si las tiopurinas pueden o deberían aplicarse para reducir el riesgo de cáncer intestinal.

Los agentes quimiopreventivos se usan para inhibir, retrasar o revertir la formación y crecimiento del cáncer. Los 5-ASA son un ejemplo de agentes quimiopreventivos en la CU. Múltiples estudios demuestran que los 5-ASA reducen el riesgo de cáncer intestinal en pacientes con CU; el riesgo incluso puede reducirse a la mitad tomando 5-ASA. Por otra parte, los suplementos de ácido fólico, el calcio, los multivitamínicos o las estatinas no disminuyen el riesgo de cáncer intestinal en la CU, y tampoco se sabe si las tiopurinas son eficaces en este sentido.

En ciertos casos, los pacientes con CU también presentan CEP, lo cual supone un riesgo mucho mayor de desarrollar cáncer intestinal. El riesgo de por vida de estos pacientes puede alcanzar el 31%. Afortunadamente, el ácido ursodesoxicólico ha probado reducir la incidencia de cáncer intestinal en pacientes con CU y CEP, por lo que conviene administrarlo de forma sistemática en estos pacientes.

## Complicaciones adicionales

Los factores psicológicos pueden afectar el curso de la CU. Los pacientes que sufren de estrés o depresión pueden presentar un mayor riesgo de recaída de la enfermedad. Las personas frecuentemente deprimidas presentan una calidad de vida marcada por una salud deficiente, en tanto que aquellas que sufren de ansiedad son menos propensas a seguir su tratamiento.

Múltiples estudios con pacientes de CU apuntan a la correlación entre el estrés psicológico y la actividad de la enfermedad. Otros estudios indican que el estrés percibido como alto, la ansiedad y la depresión pueden provocar brotes, si bien un estudio ha mostrado que los individuos con depresión no son más propensos a las recaídas. Esto significa que la evidencia a este respecto es bastante ambivalente. Aun así, se ha demostrado que la depresión y el neuroticismo (rasgo de la personalidad caracterizado por inestabilidad emocional, ansiedad, temor e inquietud) inciden en la reducción de la calidad de vida. La ansiedad y los cambios negativos del estado de ánimo parecen guardar relación con el incumplimiento de la terapia médica contra la CU.

Los efectos psicosociales de la enfermedad y de la calidad de vida en función de la salud deberán discutirse entre el paciente y su médico, facilitándose información y explicaciones puntuales y personalizadas sobre la CU. Combinando el automanejo con revisiones médicas centradas en el paciente puede mejorarse el control de la CU.

Las percepciones de la salud impactan en cómo el paciente experimenta la enfermedad. Los pacientes con atribuciones psicológicas pueden tener dificultades para procesar información importante sobre su enfermedad. Sensibilizando sobre este tema puede mejorarse la comunicación entre el paciente y el médico, enfermera y profesionales sanitarios. Es importante que los pacientes permanezcan informados individualmente sobre su afección y que reciban apoyo emocional, debido a que los pacientes con una comprensión insuficiente de la enfermedad tienden a albergar mayores temores y recelos.

La utilización de la asistencia sanitaria está estrechamente relacionada con factores psicosociales. Se ha constatado que más del 40% de los pacientes incumple las recomendaciones médicas, un aspecto en el que la relación entre el paciente y su equipo médico juega un papel clave. Los manuales de automanejo, unidos a consultas centradas en el paciente, mejoran el autocontrol de la enfermedad. Al parecer, los folletos educativos por sí solos no sirven de ayuda y hasta pueden empeorar los resultados en el

paciente. En adición, los programas de formación de pacientes parecen influir poco o nada en el curso de su enfermedad o en su bienestar psicológico.

## Complicaciones extraintestinales - huesos y articulaciones

En ocasiones, la CU puede venir acompañada de artritis (dolor e inflamación de las articulaciones) en las articulaciones de brazos y piernas (lo que se conoce como "artritis periférica") o en la región lumbar (es decir "artritis axial"). Si aparece artritis en las articulaciones mayores de brazos y piernas, el tratamiento de la CU suele aliviar los síntomas. Si los síntomas persisten cuando ya han desaparecido los síntomas de CU, podrán administrarse AINE a corto plazo. Las inyecciones locales de esteroides y la fisioterapia también son útiles para el tratamiento de artritis periférica. De persistir la artritis periférica, puede tomarse sulfasalazina. Se dispone de evidencia fehaciente de que la fisioterapia intensiva junto con los AINE puede utilizarse para tratar la artritis de la región baja de la espalda. Sin embargo, es mejor evitar los AINE por la falta de seguridad que ofrecen. La sulfasalazina, el metotrexato y la azatioprina suelen surtir poco o ningún efecto en la artritis axial. Los fármacos anti-TNF ofrecen un buen tratamiento de la espondilitis anquilosante en los casos en que los pacientes no pueden tolerar o no responden a los AINE.

Las recomendaciones para el tratamiento de la artropatía (enfermedad de las articulaciones) relacionada con la CU se fundamentan en estudios de las espondiloartropatías (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 patologías.

El tratamiento de la CU subyacente por medio de corticosteroides, inmunomoduladores y anti-TNF es eficaz para solucionar la artritis periférica. Si el tratamiento de la CU subyacente no alivia el dolor articular, el paciente deberá plantearse la toma de AINE a corto plazo. Aunque los AINE pueden potencialmente agravar la CU subyacente, este riesgo parece ser bajo. La fisioterapia puede proveer alivio de los síntomas. El uso de inhibidores COX-2 (como etoricoxib o celocoxib) parece ser más seguro, con 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. Infliximab también puede tener un impacto favorable en la artritis periférica.

La mayoría de los tratamientos de la artropatía axial están basados en la evidencia proveniente de estudios de espondilitis anquilosante. 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 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.

La presencia de osteopenia puede ayudar a predecir futuras osteoporosis, pero presenta poco riesgo directo. Sin embargo, si se cumple un criterio determinado, en este caso una puntuación T por debajo de -1,5, deberá administrarse calcio y vitamina D. Aunque la puntuación T fuera normal, se tratará la osteoporosis si ha habido fracturas previas.

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

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



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.

El indicador más fiable de fracturas futuras es una fractura vertebral previa en los individuos con densidad ósea normal. Por ello, todo paciente con fracturas previas deberá tratarse debidamente.

## Piel

El tratamiento con agentes anti-TNF puede causar inflamación de la piel. Esta suele desaparecer en cuanto se deja de administrar el fármaco. Si no se tiene certeza sobre el causante de la inflamación de la piel, el paciente deberá ser remitido a un dermatólogo. Por lo general, el tratamiento a aplicar en este caso estará basado en la experiencia adquirida del curso de otras enfermedades crónicas. Podrá acudirse a esteroides tópicos, agentes queratolíticos tópicos, vitamina D, metotrexato o bien cambiarse o suspenderse la terapia con anti-TNF.

Algunas veces, el tratamiento con anti-TNF de los pacientes con CU puede causar unas afecciones de la piel denominadas psoriasis y eczema. Aproximadamente el 22% de los pacientes en terapia con anti-TNF experimenta estas afecciones. Las lesiones en la piel no coinciden con los síntomas de EII, pero se ha constatado que son más comunes en las mujeres. La terapia tópica con corticosteroides, queratolíticos (como el ácido salicílico y la urea), emolientes, análogos de la vitamina D y luz ultravioleta (UV), esta última con rayos UVA o UVB de banda angosta, resultó en una remisión parcial o completa en casi la mitad de los pacientes. En suma, el 34% de las personas con afecciones de la piel tuvo que suspender el uso de anti-TNF debido a que no logró controlar los problemas de la piel. Afortunadamente, los problemas cutáneos suelen desaparecer en cuanto se suspende la administración de anti-TNF.

## Ojos

Los pacientes con problemas oculares deben derivarse a un oftalmólogo. La episcleritis (inflamación de los ojos) posiblemente no requerirá un tratamiento sistémico y, en general, responderá a los esteroides tópicos o a los AINE. La uveítis se trata con esteroides, ya sean tópicos o sistémicos. Los inmunomoduladores, incluyendo los anti-TNF, pueden ser de utilidad en los casos más persistentes.

La uveítis y la episcleritis son los síntomas más comunes en los ojos que puede causar la EII. La episcleritis puede ser indolora, manifestándose simplemente con enrojecimiento de los ojos, aunque también puede originar comezón y una sensación de ardor. Puede que la inflamación sane por sí sola, sin necesidad de tratamiento, si bien responderá normalmente a esteroides tópicos, AINE o analgésicos simples, en adición al tratamiento de la CU subyacente.

La uveítis (inflamación de la úvea) es menos común pero tiene, potencialmente, consecuencias más severas. Cuando está asociada a la CU, suele afectar a ambos ojos, su inicio es insidioso y es duradera. Los pacientes se quejan de dolor en los ojos, visión borrosa, sensibilidad a la luz y jaquecas. Puesto que se trata de una enfermedad grave que puede llevar a la pérdida de la visión, toda persona con uveítis deberá acudir inmediatamente a un oftalmólogo (médico especialista en las enfermedades de los ojos). El tratamiento consistirá, por lo general, de esteroides tanto tópicos como sistémicos. Se ha confirmado la eficacia de azatioprina, metotrexato, infliximab y adalimumab por separado en casos resistentes.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



## Hígado y vesícula biliar

En ocasiones, la CU se acompaña de alteraciones en el hígado, la vesícula biliar, los conductos biliares o la bilis. Si en las pruebas de la función hepática se obtienen resultados anormales, el médico deberá realizar un examen para comprobar si se producen dichas alteraciones. La exploración por ecografía y la serología se utilizan para determinar si las causas son de tipo autoinmunitario o infeccioso. Uno de los trastornos hepatobiliares posibles es la CEP. El mejor método para diagnosticarla es la CPRM. Las personas con CEP son más propensas a contraer cáncer.

Las anomalías en las pruebas hepáticas son comunes en la EII. La CEP es la afección que con mayor frecuencia causa anomalías del hígado en pacientes con EII, aunque con una EII también pueden presentarse simultáneamente afecciones adicionales, como cirrosis, cálculos biliares y hepatitis crónica. Ciertos medicamentos aplicados en el tratamiento de la EII, como la azatioprina, también pueden originar anomalías en las pruebas hepáticas. Por lo común, las anomalías del hígado se detectan en exámenes de rutina antes de que se manifiesten los síntomas.

Si los resultados de la exploración por ultrasonido son normales, si los efectos secundarios de fármacos parecen improbables y, si, además, las pruebas serológicas por otras enfermedades hepáticas primarias son negativas, entonces es probable que una CEP sea la causa de las anomalías detectadas en los análisis de la función hepática. La prueba diagnóstica habitual de la CEP es la CPRM. Si la CEP está presente, la CPRM mostrará conductos biliares irregulares con áreas con tanto estrechamiento como dilatación. Si la CPRM no revela nada anormal, deberá procederse a una biopsia del hígado. Es importante verificar la presencia de CEP, porque aumenta el riesgo de que un paciente con CU contraiga cáncer intestinal. Por consiguiente, las personas con CEP requieren un seguimiento estrecho.

## Sangre y coagulación

El riesgo de coágulos sanguíneos y de muerte por coágulos sanguíneos es el doble en los pacientes que tienen una CU que en aquellos que no la tienen. Para prevenir el riesgo de coágulos en los vasos sanguíneos pueden aplicarse medidas profilácticas tanto mecánicas (como la aplicación de medias de compresión), como farmacológicas (por ejemplo, administración de heparina). El tratamiento de los coágulos sanguíneos en los pacientes con una CU debe regirse por opciones terapéuticas anticoagulantes establecidas que tomen en cuenta el incremento en el riesgo potencial de producirse una hemorragia.

Por razones en gran parte desconocidas, los pacientes con CU corren un mayor riesgo de formación de coágulos sanguíneos en las venas, lo cual se conoce como tromboembolia venosa. Su 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 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. No está claro si los pacientes de EII presentan más complicaciones hemorrágicas por anticoagulantes que las personas que no sufren esta enfermedad. Se aconseja que los pacientes con CU guarden cautela a la hora de realizar viajes de larga distancia y utilizar contraceptivos orales, ya que estos incrementan el riesgo de formación de coágulos sanguíneos.

Los suplementos de hierro son necesarios en los casos de anemia por deficiencia de hierro, aunque también deberán considerarse como una posibilidad si se padece

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



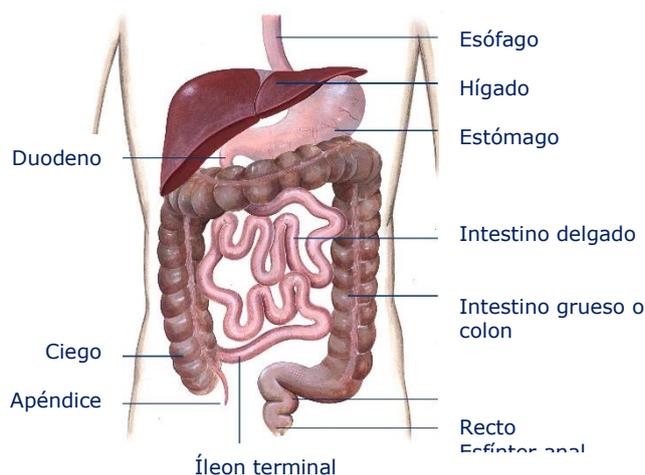
deficiencia de hierro sin anemia. El hierro IV es más efectivo y se tolera mejor que los comprimidos de hierro orales. En caso de anemia grave, intolerancia al hierro oral o respuesta inadecuada al hierro oral, deberá administrarse hierro IV. Cuando se precisen resultados rápidos deberá aplicarse hierro IV en combinación con un agente eritropoyético.

De constatarse anemia y deficiencia de hierro, será necesario iniciar la administración de suplementos de hierro. Ante una deficiencia de hierro sin anemia deberá optarse por un enfoque personalizado. El objetivo principal de la terapia de la anemia por deficiencia de hierro es facilitar suficiente hierro para subir la hemoglobina. Lo ideal sería aumentar los niveles de hemoglobina en más de 2 g/dL o a los valores normales en el transcurso de 4 semanas, reponer las reservas de hierro (saturación de transferrina por encima del 30%), aliviar los síntomas derivados de la anemia y mejorar la calidad de vida en general. Los niveles de saturación de transferrina superiores al 50% y los niveles de ferritina mayores de 800 g/L se consideran tóxicos y conviene evitarlos.

Los suplementos de hierro pueden administrarse por la vía oral, intramuscular o intravenosa. La modalidad vendrá definida por los síntomas, causas, gravedad y la presencia en el paciente de afecciones en adición a la CU. La terapia oral, pese a ser la opción preferida tradicionalmente por los gastroenterólogos, suele conllevar síntomas gastrointestinales como náusea, flatulencia y diarrea. Además, el 90% del hierro no se absorbe, lo cual agravaría la EII. De ahí que estén ganando popularidad las infusiones de hierro IV, si bien aún no se han generalizado, pese a ser eficaces, aportar resultados más rápidos y ser más eguras que el hierro oral. En términos generales, los pacientes que deberían recibir hierro intravenoso son aquellos que no pueden tolerar o no responden al hierro oral, sufren de anemia grave, presentan un alto grado de inflamación y toman medicamentos para estimular la producción de glóbulos rojos.

## Glosario

### Ilustración anatómica del aparato digestivo



© Hendrik Jonas para Agentur BAR M Berlin

Término	Categoría	Definición
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.
Anemia por	Enfermedad	Anemia resultante de una enfermedad crónica

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



enfermedad crónica	es vinculadas a la EII o a afecciones inflamatorias	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	Enfermedades vinculadas 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.
Bisfosfonatos	Medicaciones	Compuestos que ralentizan la pérdida de masa

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



	s	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	Cirugía	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	Examen	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.
Cirujano colorrectal	Misceláneos	Especialista en cirugía de recto, ano y colon.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



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 la misma forma que se hace en 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.
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

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		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	Enfermedades vinculadas 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.
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

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		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 s de enfermedad es	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	Enfermedad es	Acrónimo de enfermedad inflamatoria intestinal, un término colectivo que engloba la EC y la CU.
EIIInC o EII no clasificada	Descriptor s de enfermedad es	El término EIIInC 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 s de enfermedad es	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 contra sarampión, paperas y tétano, pero hay muchas otras.
Inmunomodulador	Medicacione s	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

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		parte, por un sistema inmunológico hiperactivo.
Immunosupresor	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.
Colitis izquierda	Descriptor de enfermedad	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	Enfermedad limitada a un aparato o sistema del cuerpo o a un área específica del intestino.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



	enfermedades	
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 hepato biliarios.
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.
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

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		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 humano	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.
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

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		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 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	Descriptor 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.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



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	Descripciones 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 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.