



# Actualización del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Crohn

M. Chaparro\* y J.P. Gisbert

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España. Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP). Madrid. España. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD). Madrid. España.

## Palabras Clave:

- Esteroides
- Tiopurinas
- Anti-TNF

## Keywords:

- Steroids
- Thiopurine
- Anti-TNF

## Resumen

**Introducción.** La enfermedad de Crohn (EC) es un trastorno inflamatorio crónico del tubo digestivo, de etiología desconocida, que puede afectar a cualquier segmento del mismo, desde la boca hasta el ano.

**Curso clínico.** La EC tiene un curso crónico, recidivante, pudiendo aparecer complicaciones tales como estenosis o fístulas a lo largo de su evolución. En la actualidad, no se dispone de un tratamiento curativo para esta enfermedad, por lo que el objetivo terapéutico se limita al control de la actividad inflamatoria para prevenir la aparición de complicaciones y que el paciente pueda disfrutar de una buena calidad de vida.

**Tratamiento médico.** Los esteroides, los inmunosupresores (tiopurinas y metotrexato) y los fármacos biológicos (infliximab, adalimumab y vedolizumab) han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la EC.

**Tratamiento quirúrgico.** No obstante, una proporción relevante de pacientes será refractaria a estos tratamientos o perderá respuesta a lo largo del tiempo, por lo que, finalmente, muchos deberán someterse a cirugía. El tratamiento quirúrgico no es curativo en la EC, por lo que, en ausencia de un tratamiento preventivo eficaz, la recidiva será la norma.

## Abstract

### Update on the diagnosis and treatment of Crohn's disease

**Introduction.** Crohn's disease (CD) is a chronic inflammatory disorder of the digestive tract of unknown etiology, which can affect any segment thereof, from the mouth to the anus.

**Clinical course.** The CD has a chronic, relapsing course, complications such as stenosis or fistulas along its evolution may appear. Currently, there are no curative treatment for this disease, so the therapeutic objective is limited to the control of inflammatory activity to prevent the onset of complications and the patient can enjoy a good quality of life.

**Medical treatment.** Steroids, immunosuppressants (thiopurines and methotrexate) and biologic agents (infliximab, adalimumab and vedolizumab) have proven effective in the treatment of CD.

**Surgical treatment.** However, a significant proportion of patients will be refractory to these treatments or lose response over time, so that ultimately many will undergo surgery. Surgical treatment is not curative in CD, so that in the absence of an effective preventive treatment, relapse is the norm.

\*Correspondencia

Correo electrónico: mariachs2005@gmail.com

## Introducción

La enfermedad de Crohn (EC) es un trastorno inflamatorio crónico del tubo digestivo que puede afectar a cualquier segmento del mismo, desde la boca hasta el ano, siendo la localización más frecuente el íleon terminal y el colon. Además, la EC se caracteriza porque la afectación del tubo digestivo es segmentaria y transmural, a diferencia de lo que ocurre en la colitis ulcerosa, donde la afectación es exclusivamente cólica, continua y localizada en la mucosa.

La etiología de la EC es desconocida. Se sugiere que, en individuos genéticamente predispuestos, la participación de diversos agentes desencadenantes (quizá infecciones, el tabaco o algunos componentes de la dieta) podrían desencadenar una respuesta inflamatoria desproporcionada e incontrolada en la mucosa intestinal, principalmente mediada por linfocitos T, contra antígenos lumenales de la microbiota intestinal.

Con respecto a su historia natural, la EC tiene un curso crónico, recidivante, en el que alternan períodos de remisión (en los que el paciente se encuentra asintomático) con recidivas (en las cuales el paciente presenta de nuevo síntomas de la enfermedad). Además, a lo largo de la evolución, es frecuente la aparición de complicaciones tales como el desarrollo de estenosis intestinales y fístulas. Finalmente, una elevada proporción de pacientes requiere someterse a cirugía. Sin embargo, el tratamiento quirúrgico no es curativo en esta enfermedad, sino que la recurrencia (esto es, la reaparición de la enfermedad) es la norma en ausencia de un tratamiento preventivo eficaz.

## Manifestaciones clínicas

La diarrea crónica es el síntoma de presentación más frecuente de la EC<sup>1</sup>. Aunque en algunos pacientes la forma de presentación de esta puede ser muy aguda, asemejándose incluso a una apendicitis en el caso de afectación del íleon terminal, en la mayoría de los casos el comienzo suele ser insidioso. De hecho, los síntomas pueden ser semejantes a los del síndrome de intestino irritable que, por otro lado, es mucho más frecuente que la EC. Esto hace que, con frecuencia, la demora diagnóstica sea de varios meses o incluso años<sup>2,3</sup>. No obstante, la presencia de sangre en las heces y la pérdida de peso, o el retraso del crecimiento en niños, debe hacernos sospechar una enfermedad inflamatoria intestinal.

Además, en una considerable proporción de pacientes la EC se acompaña de manifestaciones extraintestinales que, en algunos casos, pueden incluso preceder el diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal, siendo las más frecuentes las manifestaciones osteoarticulares (sobre todo la artropatía axial y periférica)<sup>4</sup>. Finalmente, hasta el 10% de los pacientes con EC presentan fístulas perianales en el momento del diagnóstico.

## Diagnóstico

No existe ningún criterio que sea, de manera aislada, patognomónico de la EC, por lo que a veces llegar al diagnóstico definitivo no es sencillo. Clásicamente se habían sugerido los

criterios de Lennard-Jonnes que incluían una serie de parámetros macroscópicos y microscópicos<sup>5</sup>. Sin embargo, en el último consenso sobre el diagnóstico de la EC de la *European Crohn's and Colitis Organisation* se propuso que el diagnóstico de EC debe establecerse en base a una combinación de datos clínicos, endoscópicos, radiológicos e histológicos<sup>1</sup>.

En el caso de que se sospeche una EC, debe realizarse una ileocolonoscopía con toma de biopsias de los distintos segmentos (tanto de los sanos como los que presenten un aspecto inflamado). La afectación segmentaria del intestino, junto con la presencia de úlceras y aspecto mucoso “en empedrado” son hallazgos sugerentes de EC<sup>6</sup>. Con respecto a la histología, tampoco existen hallazgos patognomónicos; la presencia de un infiltrado inflamatorio crónico, junto con la irregularidad de las criptas y la presencia de granulomas son hallazgos sugerentes de EC<sup>7</sup>.

Con independencia del resultado de la colonoscopia, se recomienda completar el estudio del intestino delgado para conocer la extensión de la enfermedad<sup>1</sup>. Tanto la enterografía por resonancia magnética (enterografía-RM) como la enterografía por tomografía computadorizada (enterografía-TC) han demostrado una elevada precisión diagnóstica para el estudio de la afectación del intestino delgado por la EC<sup>8</sup>. La enterografía-TC tiene la ventaja de ser una prueba más accesible y más rápida pero, como inconveniente, expone al paciente a radiación ionizante. Teniendo en cuenta que con frecuencia estas exploraciones deberán repetirse a lo largo de la evolución, actualmente la enterografía-RM es la prueba de elección para el estudio del intestino delgado<sup>8</sup>.

En el caso de que los resultados de estas exploraciones sean negativos, si persiste la sospecha de EC, podría completarse el estudio mediante cápsula endoscópica, siempre que no haya estenosis intestinales que lo contraindiquen. La enteroscopia debería quedar reservada para el tratamiento de complicaciones, como la estenosis, en el intestino delgado<sup>1</sup>.

## Clasificación de la enfermedad

La clasificación empleada con más frecuencia en la actualidad de la EC es la de Montreal, que tiene en cuenta tres parámetros: la edad en el momento del diagnóstico (A), la localización (L) y el comportamiento de la enfermedad (B). Con respecto a la localización, el “modificador” de tracto digestivo superior (L4) puede añadirse a otras localizaciones. La enfermedad perianal no se incluye dentro del fenotipo fistulizante, sino que se considera un “modificador” (p) dentro de los otros fenotipos (tabla 1)<sup>9</sup>.

## Cuantificación de la actividad de la enfermedad de Crohn

Se han diseñado múltiples índices para graduar la actividad clínica de la EC. Sin embargo, el uso de los mismos queda restringido a estudios de investigación. Dentro de los índices clínicos, el más utilizado es el *Crohn's Disease Activity Index* (tabla 2), que considera siete variables clínicas y solo una analítica (el hematocrito). La medida de la actividad y de la res-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3806289>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3806289>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)