



CROHN'S
&
COLITIS
FOUNDATION
OF AMERICA

P

Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa:

Complicaciones

R



La 'Crohn & Colitis Foundation of America' es una organización voluntaria, sin fines de lucro dedicada a la búsqueda de la cura para la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. CCFA patrocina investigación básica y clínica de la mejor calidad. La fundación ofrece también un amplio rango de programas educativos para pacientes y profesionales de la salud, y proporciona servicios de apoyo para ayudar a las personas a hacer frente a estas enfermedades intestinales crónicas. Los programas de CCFA reciben apoyo financiero únicamente a través de contribuciones del público.

Esperamos que este folleto le ayude a entender mejor estas enfermedades y a formar parte desde ahora como miembro activo de su equipo de salud.

Este folleto nos proporciona un panorama de complicaciones que pueden ocurrir en la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa (conocidas colectivamente como enfermedad intestinal inflamatoria, o IBD). Las complicaciones en general pueden ser definidas como eventos que hacen una situación definida más compleja. Las complicaciones usualmente se categorizan como locales o sistémicas. El término "local" se refiere a una complicación que involucra al tracto intestinal. El término "sistémico" (extraintestinal) se refiere a complicaciones que involucran otros órganos o complicaciones que afectan al paciente totalmente, en lugar de localmente al intestino. En la IBD sin complicaciones, un tratamiento adecuado de la inflamación da como resultado una mejoría clínica. Cuando se tiene una complicación, sin embargo, la mejoría se demora o un tratamiento específico puede necesitarse para combatir la complicación. Muchas de las mismas complicaciones ocurren en ambas enfermedades la de Crohn y la colitis ulcerosa y se discuten al mismo tiempo. También discutimos sobre las complicaciones que son específicas para la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn.

¿QUÉ TAN COMUNES SON LAS COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD DE CROHN Y DE LA COLITIS ULCEROSA?

Las complicaciones no son de ninguna forma inevitables o aún frecuentes, especialmente en pacientes tratados apropiadamente. Sin embargo, son lo suficientemente comunes y están dentro de un amplio rango de manifestaciones importantes para que pacientes y médicos se familiaricen con ellas. El reconocimiento temprano significa un tratamiento más eficaz.

¿CUÁLES SON LAS COMPLICACIONES SISTÉMICAS (EXTRAINTESTINALES) EN EL IBD?

Las complicaciones sistémicas incluyen fiebre, debilidad y pérdida de apetito y son un reflejo de la inflamación en el intestino delgado y/o colon. Además un pequeño porcentaje de paciente con IBD sufren de ciertos tipos de artritis, afecciones de la piel, inflamación de los ojos, disfunción del hígado y pérdida ósea. La artritis es la más común de las complicaciones extraintestinales y ocurre en alrededor del 20% de los casos de IBD y las afecciones de la piel suceden en el 5%. Las complicaciones en las articulaciones, ojos y piel a menudo ocurren al mismo tiempo.

¿QUÉ CAUSA ESTAS MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES?

La causa es aún desconocida, pero se cree que

todas estas manifestaciones representan un desequilibrio del sistema inmunológico (esto es, el sistema de defensa del cuerpo en contra del proceso inflamatorio o de los productos anormales del metabolismo intestinal) tampoco se conoce el por qué algunos individuos son afectados pero no otros.

¿CUÁLES ARTICULACIONES ESTÁN GENERALMENTE INVOLUCRADAS? ¿CÓMO PUEDE DECIR EL DOCTOR QUE ESTE PROBLEMA ESTÁ RELACIONADO CON LA CONDICIÓN INTESTINAL?

Es más común que las articulaciones mayores de las extremidades estén involucradas (rodillas, tobillos, codos y muñecas). Algunos pacientes experimentan también artritis de la espina baja y de las articulaciones sacroilíacas. La forma más severa de artritis espinal (llamada espondilitis anquilosante) es una complicación poco frecuente. No siempre es fácil determinar cuándo la artritis está relacionada con la condición intestinal. En general, la artritis que complica la enfermedad intestinal inflamatoria no es generalmente tan severa como la artritis reumatoide y las articulaciones generalmente no experimentan cambios destructivos. Aparte de la espondilitis anquilosante, la artritis asociada con la enfermedad intestinal inflamatoria por lo general mejora conforme los síntomas intestinales mejoran.

¿CUÁLES SON ALGUNOS DE LOS DESÓRDENES DE LA PIEL?

El más común de los desórdenes de la piel

ocurren en aproximadamente el 5% de los casos de IBD. Uno de los desórdenes es el eritema nodoso ("chichón rojo"). Estos nódulos dolorosos rojos usualmente ocurren sobre las espinillas o tobillos, y mejoran cuando la enfermedad intestinal se encuentra bajo control. Otra es la piodermatitis gangrenosa (pus en la piel asociada con ulceraciones profundas). Son úlceras crónicas profundas, especialmente en las espinillas o tobillos, que pueden sanar conforme la enfermedad intestinal inflamatoria se controla. Una tercera es la inflamación del recubrimiento de la boca en la forma de estomatitis aftosa (aftas, llagas ulcerosas). Estas son ulceraciones superficiales dentro de la boca, más comúnmente entre las encías y el labio inferior, o a lo largo de los lados o base de la lengua. También se mitigan conforme la enfermedad intestinal se controla.

¿CUÁLES SON LAS COMPLICACIONES QUE INVOLUCRAN A LOS OJOS?

Un porcentaje pequeño de pacientes sufren de uveítis, una inflamación dolorosa del ojo. Esta complicación generalmente mejora cuando el IBD se pone bajo control. La inflamación del ojo deberá siempre ser evaluada urgentemente por un médico.

¿CUÁLES SON LAS MANIFESTACIONES DE ENFERMEDAD DEL HÍGADO?

Durante la enfermedad intestinal inflamatoria existen varios problemas relacionados con el hígado y los conductos biliares. El hígado puede desarrollar una inflamación activa, la cual generalmente mejora con el tratamiento adecuado de la IBD. Los conductos biliares

desarrollan una forma muy particular de inflamación llamada colangitis esclerosa primaria (PSC), la cual puede no mejorar con el tratamiento médico indicado para la enfermedad intestinal inflamatoria y puede en último caso requerir transplante de hígado. Afortunadamente, la incidencia de PSC es rara entre personas con IBD: únicamente cerca del cinco por ciento de pacientes con colitis ulcerosa y uno por ciento en pacientes con enfermedad de Crohn desarrollan esta condición. Es muy poco frecuente que se desarrolle cáncer en los conductos biliares. También hay un incremento en la incidencia de cáncer de colon en pacientes con IBD con la colangitis esclerosa.

¿CUÁLES SON LAS MANIFESTACIONES CUANDO HAY PERDIDA DE MASA ÓSEA?

No hay síntomas de pérdida de masa ósea hasta que el hueso sea tan débil al punto que ocurre una fractura. Esta es la razón por la cual los exámenes de control para detectar la pérdida ósea (examen de densidad ósea) y medidas profilácticas para prevenir pérdida de masa ósea son muy importantes. Fracturas debidas a osteoporosis ocurren mayormente en la espina dorsal y las caderas. Las anomalías óseas más comunes son la osteopenia (baja densidad del hueso). Estas anomalías son más comunes en la enfermedad de Crohn, pero la osteoporosis no debe pasar desapercibida en personas con colitis ulcerosa. La pérdida de masa ósea en pacientes con IBD se debe tanto a el proceso de la enfermedad inflamatoria como a algunos de los medicamentos (especialmente al uso por largo tiempo de corticosteroides) usados para tratar el IBD. Si grandes

extensiones del intestino delgado están involucradas con la enfermedad de Crohn puede llevar a deficiencia de vitamina D que puede resultar en ambas, pérdida de masa ósea debida a reducción en la absorción de calcio y una pobre mineralización del hueso.

¿CUÁLES SON ALGUNAS DE LAS COMPLICACIONES LOCALES MÁS IMPORTANTES EN LA COLITIS ULCEROSA?

Las complicaciones locales en la colitis ulcerosa incluyen un sangrado profuso de las úlceras profundas, perforación (ruptura) del intestino, dilatación marcada (llamada megacolon tóxico si el paciente está seriamente enfermo), o simplemente falta de respuesta apropiada del paciente a los tratamientos médicos usuales. Es esencia, este es el final severo del espectro de la colitis ulcerosa.

¿QUÉ ES PRECISAMENTE EL MEGACOLON TÓXICO?

Es un grado leve de distensión abdominal, común en individuos sin enfermedad intestinal alguna, y es algo más común en pacientes con colitis ulcerosa. Si la distensión es severa o de inicio repentino y está asociada con fiebre y constipación, se sospecharía de una complicación seria de colitis, la llamada megacolon tóxico. Afortunadamente, es una complicación poco frecuente. Es producida por la inflamación severa del espesor completo del colon y por el debilitamiento y aerostación fuera de su pared. Esto puede compararse con el debilitamiento y amenaza de ruptura de un

neumático. El tratamiento está enfocado a controlar la reacción inflamatoria y el restablecimiento de la pérdida de líquidos, sales y sangre. Si no hay mejoría rápida, será necesaria la cirugía para evitar la ruptura del intestino.

¿EN QUÉ SE DISTINGUEN LAS COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD DE CROHN DE LAS DE LA COLITIS ULCEROSA?

Mucho de lo que se ha dicho anteriormente aplica a la enfermedad de Crohn de la misma forma que a la colitis ulcerosa. Dos complicaciones locales únicas de la enfermedad de Crohn son las obstrucciones y las fístulas. Estas complicaciones no ocurren en la colitis ulcerosa porque esta enfermedad afecta únicamente la cubierta interna del intestino. En los segmentos del intestino afectados por la enfermedad de Crohn, el grosor total de la pared intestinal está enferma. Estas dos complicaciones se describen abajo. Al igual que en las complicaciones extraintestinales, la desnutrición puede surgir en la enfermedad de Crohn que involucra el intestino delgado. (Es el trabajo del intestino delgado absorber los nutrientes que nuestro cuerpo necesita). La deficiencia de vitamina B12 y de vitamina D son relativamente comunes debido a que el intestino delgado está involucrado en la enfermedad de Crohn. Los suplementos orales de vitamina B12 son usualmente inadecuados porque el íleon enfermo (la parte baja del intestino delgado) ya no absorbe vitamina B12. Los cálculos biliares son más comunes en pacientes con enfermedad de Crohn en el íleon que en la población en general, ya que el íleon enfermo deja de absorber las sales biliares,

necesarias para la solubilización del colesterol en la bilis. Las piedras en el riñón son más comunes en el paciente con Crohn que tienen enfermo el intestino delgado, que en la población general debido a la mala absorción de grasas. Las grasas se ligan al calcio, dejando el oxalate (un tipo de sal) libre para ser absorbida y depositada en los riñones, llevando esto a la formación de piedras.

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y CONDUCE ESTO SIEMPRE A CIRUGÍA?

Los pacientes con obstrucción intestinal sufren de dolorosos retortijones en el abdomen medio, generalmente con vómito. El abdomen puede estar distendido y abotagado. El tratamiento médico frecuentemente alivia la obstrucción, reduciendo la inflamación local. Si la obstrucción es severa y refractaria al tratamiento médico, o si la obstrucción se repite a intervalos frecuentes, requerirá de cirugía.

¿QUÉ SON LAS FÍSTULAS Y CÓMO SE TRATAN?

Una fístula es un pasaje anormal desde un rizo del intestino a otra estructura, como otro rizo del intestino, vejiga urinaria, vagina o abertura en la piel. Las fístulas son relativamente comunes en la enfermedad de Crohn, debido a que el proceso inflamatorio por lo general involucra a todo el espesor del intestino, facilitando así la adherencia de ese rizo a una estructura vecina. Es probable que se desarrolle un pequeño pasaje a través del espesor completo del intestino hacia esa estructura adyacente. Si

una fístula es pequeña, el tratamiento médico será suficiente para lograr el alivio y el cierre. Las fístulas grandes o múltiples pueden requerir de cirugía, cuando están asociadas con síntomas intratables como fiebre o dolor abdominal. Si una fístula no vuelve a entrar en una estructura vecina, ésta puede formar un absceso (acumulación de pus) cerca del intestino. Un absceso es una infección que requiere de evacuación, ya sea con un catéter introducido por un radiólogo a través de la piel, o un dren insertado durante un procedimiento quirúrgico.

COMO EL INTESTINO DELGADO ESTÁ INVOLUCRADO EN LA ABSORCIÓN DE ALIMENTOS, ¿PUEDE LA ENFERMEDAD DE CROHN EN EL INTESTINO DELGADO CAUSAR DESNUTRICIÓN?

Depende de la extensión y de la gravedad de la enfermedad. Si un segmento pequeño del intestino está involucrado, y se trata rápida y adecuadamente, no se deberá desarrollar una desnutrición. Si la enfermedad es extensa y de larga duración, puede provocar desnutrición en diferentes grados.

En el caso de evidencia de desnutrición, el tratamiento médico deberá incluir el reemplazo de nutrientes. Por ejemplo, si la deficiencia es de vitamina B12, se administrará mediante una inyección. Si existe deficiencia en hierro, este mineral puede administrarse en tabletas, o en forma líquida o mediante inyección. Los suplementos nutrimentales se administrarán en la forma de soluciones concentradas de nutrientes. A los pacientes hospitalizados se les administrarán fluidos intravenosos, algunas

veces en la forma de nutrición parenteral total (TPN), la cual suministra todos los nutrientes por vía intravenosa. En ocasiones que la inflamación sea tratada quirúrgicamente.

¿EXISTEN COMPLICACIONES EN LA ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA QUE ESPECÍFICAMENTE AFECTEN A NIÑOS Y A ADOLESCENTES?

Sí. Cuando la enfermedad intestinal inflamatoria afecta a niños o a adolescentes, el crecimiento o el inicio de la pubertad pueden sufrir un retraso. Es importante reconocer si la enfermedad intestinal inflamatoria es la causa del crecimiento y desarrollo retrasados, ya que el tratamiento adecuado generalmente restaurará los patrones de crecimiento y de madurez.

¿EXISTEN MANIFESTACIONES SISTÉMICAS DE IBD QUE SEAN IGUALES EN NIÑOS Y EN ADULTOS?

Tienden a ser las mismas. Sin embargo, es probable que, por razones desconocidas, las manifestaciones sistémicas o extraintestinales predominen en niños y oculten los síntomas intestinales, haciendo así más difícil el diagnóstico. Es, por lo tanto, de gran importancia observar de cerca si los jóvenes tienen deficiencias en el crecimiento o en la salud, si se sienten enfermos, si tienen fiebre y se quejan de malestar general y de debilidad, ya que pueden ser manifestaciones sistémicas de la enfermedad intestinal inflamatoria.

CUANDO UN JOVEN DESARROLLA IBD Y SUFRE DE DIARREA, SANGRADO, FIEBRE, ETC., ¿NO AFECTA ESTO SU ESTADO EMOCIONAL?

Sí, con frecuencia, como lo hace cualquier enfermedad seria que afecta a cualquier persona, pero los jóvenes pueden estar menos capacitados para hacer frente a enfermedades serias. Este es un asunto complicado y se comenta a mayor detalle en otro folleto elaborado por CCFA.

EXISTEN VARIAS COMPLICACIONES POSIBLES DE IBD. ¿CÓMO SÉ SI AFECTARÁ A MI HIJO, Y QUÉ PUEDO HACER EN CASO POSITIVO?

Con el tratamiento adecuado y los medicamentos disponibles hoy en día, la mayoría de los jóvenes no sufren de complicaciones serias. El reconocimiento a tiempo, la buena nutrición y una actitud positiva son los medios más eficaces para combatir las complicaciones de la enfermedad intestinal inflamatoria.

¿PUEDE IBD CONducIR AL CÁNCER?

Tratándose de colitis ulcerosa que involucra solamente al recto y al colon sigmoideo, el riesgo de cáncer del colon no se incrementa. Sin embargo, si la colitis ulcerosa involucra al recto, al colon sigmoideo y colon izquierdo y en particular si la colitis ulcerosa involucra no solo a estos segmentos sino también al resto del

colon, existe una mayor posibilidad de desarrollar cáncer, en comparación con el resto de la población. El riesgo casi nunca inicia antes del octavo año de la enfermedad. Por consiguiente, después del séptimo año de padecimiento de colitis ulcerosa, se recomienda al paciente la vigilancia periódica en forma de colonoscopia con biopsias. También parece existir un aumento en el riesgo de cáncer en el caso de la enfermedad de Crohn que involucra al colon. Todavía se desconoce si el riesgo es equivalente al de la colitis ulcerosa que ha perdurado. Se debe hacer énfasis que el incremento del riesgo, tanto en colitis ulcerosa como en enfermedad de Crohn, es todavía bajo. Para más información acerca de este tema por favor solicite el folleto de la CCFA sobre Cáncer e IBD.

Esperamos que este folleto conteste la mayoría de sus preguntas acerca de posibles complicaciones en IBD. Mientras que usted pueda no tener nunca alguna de estas complicaciones, es importante estar alerta acerca de ellas y ver a su doctor si usted experimenta cualquier cambio en su condición de salud. Recuerde: el identificar complicaciones potenciales tempranamente puede ser la llave a un tratamiento más efectivo.



CROHN'S
&
COLITIS
FOUNDATION
OF AMERICA

CROHN & COLITIS FOUNDATION OF AMÉRICA

OFICINAS NACIONALES
386 Park Avenue South
17th. Floor
New York, NY 10016-8804

Tel: 800.932.2423

e-mail: info@ccfa.org

www.ccfa.org

FOLLETOS EN ESTA SERIE

Acerca de enfermedad de Crohn –

Acerca de la colitis ulcerosa –

Medicamentos – Terapia de Mantenimiento - Dieta y Nutrición –

Factores emocionales – Complicaciones – Cirugía – Temas de la

Mujer – Acerca del cancer de Colon - Guía para padres –

Guía para el maestro –

Guía para niños y adolescentes

PARA INFORMACIÓN SOBRE CÓMO SER MIEMBRO
DE LA CCFA, FAVOR DE LLAMAR AL

800.932.2423

un
800.932.2423
futuro
sin enfermedad
de Crohn
y sin
Colitis

www.ccfafa.org

Cover Art donated by Latino Crohn's patient:
Rolando Briseno & Alternative Inc.

The printing of this brochure
was made possible by grants from:
Albert & Elaine Borchard Foundation

and

