

MANEJO Y TRATAMIENTO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

Universidad Católica de Cuenca – Ecuador, Carrera de Medicina Matriz

Autores:

Camila Córdova Salazar

Estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca

ccordovas24@est.ucacue.edu.ec

Orcid: 0009-0008-8165-6533

Manuel Rafael Aldas Erazo

Docente Universidad Católica de Cuenca

manuel.aldas@ucacue.edu.ec

Orcid: 0000-0003-1229-490X

Resumen

La enfermedad de Crohn (EC) es una condición inflamatoria crónica que afecta al sistema digestivo cuya incidencia y prevalencia ha ido en aumento en los últimos años, esta patología ha sido considerada idiopática, sin embargo en los últimos años se ha visto que presenta estrecha relación con predisposición genética. Al desconocer su etiología puede generar controversias sobre qué tratamiento es el más adecuado para la solución de los objetivos, no obstante el tratamiento se centra en el uso de anticuerpos monoclonales, inmunomoduladores e incluso procedimiento quirúrgicos. Es de suma importancia establecer una relación médico paciente estrecha en esta patología puesta a la persistencia de episodios de remisión y recaídas.

Palabras Clave: Enfermedad de Crohn, Enfermedad inflamatoria intestinal, Manejo, Tratamiento

Abstract

Crohn's disease (CD) is a chronic inflammatory condition that affects the digestive system whose incidence and prevalence has been increasing in recent years. This pathology has been considered idiopathic, however in recent years it has been seen that it has a close relationship with genetic predisposition. Not knowing its etiology can generate controversies about which treatment is the most appropriate for solving the objectives, however the treatment focuses on the use of monoclonal antibodies, immunomodulators

and even surgical procedures. It is of utmost importance to establish a close doctor-patient relationship in this pathology given the persistence of episodes of remission and relapses.

Key Words: Crohn's disease, Inflammatory bowel disease, Management, Treatment

Objetivo: Describir el manejo y tratamiento actualizado de la enfermedad de Crohn.

Materiales y Métodos: Revisión de bibliográfica de tipo narrativo con enfoque cualitativo, mediante una búsqueda de la literatura de en bases de datos científicas electrónicas como lo es PubMed, BVS, Redalyc, Science Direct, Cochrane. La estrategia de búsqueda fue utilizando términos específicos de MESH y palabras claves manuales de la siguiente manera: (UPDATE) AND (MANAGEMENT) OR (USE) AND (TRATAMIENTO) AND (CROHN'S DISEASE) OR (INFLAMATORY BOWEL DISEASE). Tras la búsqueda inicial se localizaron 822 estudios, en el cual se excluyeron 781 artículos que no fueron relevantes para el objetivo de esta revisión luego de revisar el abstract, por lo que se trabajó con 41 artículos seleccionados

Resultados: Se utilizaron 41 artículos seleccionados mediante la revisión del abstract. En la actualización del manejo de la enfermedad se han desarrollado diversos tratamientos dirigidos a controlar el brote y mantener al paciente en remisión a través de un enfoque multidisciplinario.

Conclusiones: La elección del tratamiento adecuado para la EC se basa en múltiples factores como la demografía del individuo, la gravedad de la enfermedad y la existencia de complicaciones. En este contexto, los médicos deben estar actualizados y familiarizados con cada terapia para brindar un asesoramiento óptimo a sus pacientes. Sin embargo, en las últimas décadas el manejo de estos pacientes presenta diversas alternativas terapéuticas disponibles entre estas se incluye a las terapias con anticuerpos monoclonales, inmunomoduladores y cirugía.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn (EC) tuvo su primera descripción en 1769 por Giovanni Battista Morgagni, sin embargo, no fue hasta 1932 cuando comenzó a difundirse y a ser reconocida como una patología específica. Este importante hito se debe a la publicación del artículo "*Regional ileitis, a pathologic and clinical*" por parte del Doctor Burrill B. Crohn, quien le otorgó su nombre a la enfermedad, a partir de ese momento, se comenzó a comprender mejor esta afección (1,2).

La enfermedad de Crohn es una forma clínica de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que afecta a todo el tubo digestivo desde la boca hasta el área perianal de forma segmentaria y asimétrica (3,4). Del mismo modo, su etiología es desconocida y aunque han sido consideradas idiopáticas, se han identificado factores genéticos, inmunológicos, ambientales y una microbiota intestinal alterada lo que lleva a respuestas inmunitarias innatas y adaptativas desreguladas (5,6)

Dicho esto, la EC se presenta como un curso clínico prolongado y variable, que de dicha manera pueden cambiar en severidad y ubicación, es decir dependiendo de la extensión y la gravedad de la enfermedad. Su forma de presentación más común incluye síntomas como dolor abdominal, diarrea, pérdida de peso y sangrado rectal, los cuales se manifiestan de manera recurrente y remitente (7,8).

En cuanto a su diagnóstico, este es de tipo multidisciplinario, ya que implica la combinación de una serie de hallazgos clínicos, analíticos, endoscópicos o radiológicos que determinan su tipo. La EC se describe mediante la clasificación de Montreal, la misma que categoriza a los pacientes según su edad al momento del diagnóstico, la ubicación de la enfermedad y el comportamiento de la misma (9,10).

A pesar de ello, su incidencia y prevalencia ha ido en aumento en los últimos años, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo y varía según la región geográfica y los grupos poblacionales estudiados, afectando a personas de todas las edades, sin embargo, se ha visto una mayor incidencia entre la segunda y cuarta década de vida (11,12). En la actualidad no se ha establecido la cura de esta enfermedad, sin embargo,

existen varios tipos de tratamientos específicos tales como nutricionales, farmacológicos y/o quirúrgicos, cuyo objetivo principal es mantener al paciente en remisión (10,13).

Teniendo en cuenta lo expuesto, a pesar de los avances en la comprensión de esta enfermedad, todavía persisten desafíos importantes en su manejo y tratamiento. En consecuencia, al ser un campo en constante evolución, esta investigación tiene viabilidad, puesto que se requiere de investigación continua y actualizada que busca optimizar los resultados clínicos, siendo esencial para mejorar la calidad de vida, desarrollar nuevas terapias, tratamientos más efectivos y personalizados e identificar y manejar comorbilidades brindando educación y apoyo adecuados a los pacientes.

Finalmente, debido a la complejidad de la enfermedad, el propósito de esta revisión es actualizar el manejo y tratamiento de la enfermedad accediendo a información precisa con el objetivo de adoptar medidas activas para lograr un diagnóstico oportuno. Además, busca prevenir la progresión y deterioro de la enfermedad, así como potenciar la calidad de vida de los pacientes afectados.

METODOLOGÍA

El presente estudio es una revisión bibliográfica de tipo narrativo con enfoque cualitativo, donde se determina el manejo y tratamiento actualizado de la enfermedad de Crohn.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las estrategias de manejo y los enfoques terapéuticos más efectivos utilizados en el tratamiento de la enfermedad de Crohn en la actualidad?

Criterios de inclusión

Publicaciones que evaluaron el Manejo y Tratamiento Actual de la Enfermedad de Crohn:

- Artículos publicados en los últimos 5 años (2019-2023).
- Artículos publicados en lengua española, inglesa y portuguesa.

- Nivel de evidencia del uno al cuatro según indicadores de calidad e impacto de publicaciones Scimago

Criterios de exclusión

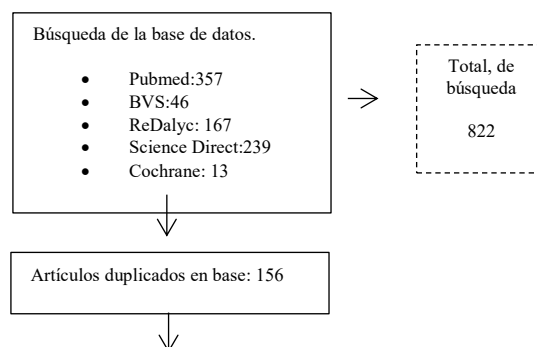
- Artículos que no cumplan con los criterios de inclusión y que luego de revisar el abstract no aporten información sobre la pregunta de investigación.
- Artículos duplicados.
- Artículos de revistas no indexadas.
- Estudios experimentales en animales.
- Estudios secundarios como editoriales, comentarios y libros.
- Artículos que no estén en lengua española, inglesa y portuguesa.

Estrategia de búsqueda

Esta investigación se realiza mediante una búsqueda de la literatura de en bases de datos científicas electrónicas como lo es PubMed, BVS, Redalyc, Science Direct, Cochrane. La estrategia de búsqueda fue utilizando términos específicos de MESH y palabras claves manuales de la siguiente manera: (UPDATE) AND (MANAGEMENT) OR (USE) AND (TRATAMENT) AND (CROHN'S DISEASE) OR (INFLAMATORY BOWEL DESEASE).

Extracción de datos

Tras la búsqueda inicial se localizaron 822 estudios, en el cual se excluyeron 781 artículos que no fueron relevantes para el objetivo de esta revisión luego de revisar el abstract, por lo que se trabajó con 41 artículos seleccionados. (Figura 1)



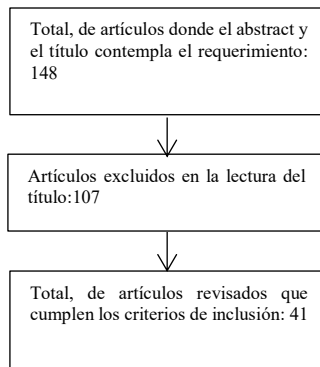


Fig. 1. Extracción de datos

Autor: Camila Córdova Salazar

Análisis de datos

La información analizada se estructuró en dos subapartados: uno dedicado al manejo de la enfermedad y otro dedicado al tratamiento de la enfermedad.

DESARROLLO

Epidemiología

La prevalencia de EC tiene una incidencia de 3 a 20 casos por 100.000 y es más común en países desarrollados que países en desarrollo, y en zonas urbanas que, en rurales, asimismo, se ha visto que esta patología ha ido aumentando constantemente en la mayoría de las regiones del mundo (14,15)

Se ha observado una prevalencia más alta en el sexo masculino que en el femenino y se manifiesta con dos picos de incidencia uno entre los 15 y 30 años y el segundo entre los 50 y 70 años. De igual manera se ha observado una tendencia de diagnóstico más tardío en hombres que en mujeres (10,16)

Etiología

Las causas de la EC son multifactoriales ya que no se conocen con precisión, sin embargo, en los últimos años ha habido avances notables en la comprensión de su fisiopatología. De tal forma que se ha demostrado que es el resultado de la interacción entre la susceptibilidad genética, los factores ambientales, y microflora intestinal, lo que da lugar

a una respuesta anormal inmune de la mucosa dando como consecuencia un compromiso epitelial de la función de la barrera intestinal (17,18)

Por consiguiente, la EC se genera en pacientes que presentan respuestas inmunes innatas y adaptativas desreguladas frente a una microbiota intestinal alterada y que presentan una predisposición o susceptibilidad genética a la patología mencionada (3).

Fisiopatología

La enfermedad de Crohn se inicia con la inflamación y formación de abscesos en las criptas, es decir en la pared intestinal como tal; que avanzan hacia la aparición de pequeñas úlceras aftoides localizadas. Estas lesiones en la mucosa pueden desarrollarse en úlceras profundas, tanto longitudinales como transversales, con la mucosa inflamada en medio, lo que da lugar al característico aspecto de "empedrado" en el intestino (12).

Clasificación de Montreal

Clasificación propuesta por la Organización Mundial de Gastroenterología en 2005, es utilizada para categorizar los diferentes tipos de enfermedades inflamatorias del intestino, dividiéndola en subtipos según su ubicación, comportamiento y características clínicas (Tabla 1).

Edad de Diagnóstico (A)	Localización (L)	Comportamiento (B)
A1: Menor de 16 años	L1: Íleon	B1: No estenosante, ni penetrante (inflamatorio)
A2: Entre 17 y 40 años	L2: Colon	B2: Estenosante
A3: Mayor de 40 años	L3: Íleon y colon	B3: Penetrante (fistulizante)
	L4: Digestivo superior aislado	P: Enfermedad Perineal

Tabla 1: Clasificación de Montreal(2).

Fuente: Encalada F, Lemos R, López M. Enfermedad de Crohn. Dominio las Ciencias. 2017; 3:246-58.

Autor: Camila Córdova Salazar

Clasificación de la gravedad de la Enfermedad de Crohn

Esta clasificación se basa según la tolerancia al diagnóstico y las complicaciones que presenta el paciente (19).

Enfermedad de leve a moderada

Pacientes que son tratados en régimen ambulatorio, capaces de consumir alimentos por vía oral y que no exhiben señales de toxicidad, dolor al tacto, formación de masas o bloqueos (19).

Enfermedad de moderada a grave

Individuos que no presentan fístulas ni abscesos pero experimentan dolor significativo, fiebre o vómitos, dolor al tacto, o aquellos que no han respondido al tratamiento de la enfermedad en su forma leve (19).

Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones clínicas dependerán del estadio y gravedad de la enfermedad, sin embargo, como manera general se pueden clasificar en digestivas y extradigestivas:

1. Digestivas

Diarrea: 4-6 semanas de evolución, puede acompañarse de molestias abdominales previas a la defecación y urgencia rectal (3).

Dolor abdominal: Localización y características diversas lo que complica su diagnóstico diferencial (3).

Pérdida de peso: Debido a la mala absorción de nutrientes y otros síntomas como anorexia, náuseas, vómitos que contribuyen a la pérdida de peso (14).

Fiebre: Si es persistente o cursa en picos, será necesario descartar complicaciones infecciosas como la existencia de abscesos (20).

Fatiga: Puede ser secundaria a la alta prevalencia de depresión y ansiedad que refieren los enfermos con EC (20).

Rectorragia: Ulceraciones que se producen en la mucosa del colon o íleon (21).

2. Extradigestivas

Articulares: Se puede manifestar Artritis periférica Tipo 1 y Tipo 2, Artritis axial, Artralgias, entesitis, tendinitis, periostitis, osteopatía hipertrófica y lesiones granulomatosas articulares (14).

Dermatológicas: Se ha observado que ciertos pacientes con enfermedad de Crohn pueden presentar pioderma gangrenoso, eritema nodoso, síndrome de Sweet (3).

Orales: La estomatitis aftosa también se ha visto en ciertos casos, sin embargo, no es habitual (14).

Oculares: En pacientes con esta patología se observado que pueden presentar síntomas oculares tales como epiescleritis, escleritis, uveítis (20).

Diagnostico

El diagnóstico principalmente se debe realizar mediante historia clínica exhaustiva buscando factores de riesgo, antecedentes personales y familiares, hábitos, alergias o intolerancias, sintomatología reciente, examen físico en combinación con exámenes imagenológicos de laboratorio e histológicos (22).

1. Pruebas de Laboratorio

Exámenes de sangre: Explorar irregularidades tales como una disminución en el número de eritrocitos produciendo anemia o un incremento en el conteo de leucocitos lo que indica signos de inflamación o infección. Igualmente, es posible identificar deficiencias en vitaminas o minerales que den indicios de posibles problemas de nutrición debido a la alteración en la absorción de nutrientes (2).

Análisis de heces: A través de este examen, es posible descartar una infección intestinal e identificar la existencia de calprotectina en la mucosa intestinal, este es el marcador fecal más investigado y con mayor fiabilidad hasta la fecha en su posible función en la gestión de la enfermedad inflamatoria (11).

Análisis de proteína C reactiva: Se emplea en combinación con otros análisis y cumple una función fundamental en el monitoreo de los niveles de PCR, además de servir como un indicador confiable de la presencia y la actividad de enfermedades inflamatorias (23).

2. Imagenología

Tomografía computarizada (TC): Permite la visualización del intestino y posibles anormalidades de manera nítida, asimismo, nos permite visualizar la extensión de la inflamación (24).

Resonancia magnética: Facilita el proceso de diagnóstico al capturar imágenes del cuerpo, lo que posibilita observar si existe algún tramo del tracto gastrointestinal afectado y analizar la inflamación activa o la existencia de complicaciones como abscesos o fístulas (24,25)

Ecografía intestinal: Se observa el sistema digestivo con el propósito de examinar la presencia de inflamación o complicaciones tales como fístulas, abscesos o estenosis. En comparación con técnicas previas, una de sus ventajas es su mayor accesibilidad, la ausencia de radiación y la carencia de necesidad de preparar el intestino (26).

Otros enfoques por imágenes están en proceso de desarrollo o en fase de evaluación para su viabilidad en la práctica clínica cotidiana. Estos incluyen la elastografía, la evaluación de la motilidad, la detección de actividad inflamatoria mediante difusión y la aplicación de inteligencia artificial en radiómica asociada a resonancia magnética (21).

3. Procedimientos

- **Colonoscopia:** Es útil para obtener fragmentos de tejido (biopsias) que serán útiles en el proceso de diagnóstico, de la misma manera permite la visualización de la mucosa intestinal, en este tipo de pacientes se puede observar áreas discontinuas de inflamación caracterizadas por signos de ulceración, eritema, edema mucoso o incluso se puede visualizar un estrechamiento luminal (2,27)
- **Cromoendoscopia:** Es un proceso que se lleva a cabo durante la colonoscopia, en la cual mediante coloración de la mucosa se permite la identificación de lesiones en las paredes del intestino. Es la metodología empleada para monitorizar el peligro de cáncer de colon en individuos con enfermedad inflamatoria intestinal puesto a que gracias a este procedimiento se pueden visualizar lesiones no identificadas durante una endoscopia habitual (28).
- **Cápsula endoscópica:** Esta es una técnica en la cual el paciente digiere una cápsula que tiene la capacidad de capturar imágenes en todo el tubo digestivo, mediante la cual es posible determinar la amplitud de la enfermedad y aclarar

situaciones en las que existan incertidumbre acerca del diagnóstico, sin embargo, este método no permite la toma de biopsia para evaluación histológica (29).

Tratamiento

Aunque el propósito general del tratamiento es manejar la inflamación, resulta extremadamente desafiante definir un único objetivo terapéutico. Esto se debe a la naturaleza sumamente compleja de esta condición en términos de cómo se manifiesta. A diferencia de otras enfermedades, no existe un indicador simple que mida la carga inflamatoria. Además, en ciertas ocasiones, los objetivos terapéuticos pueden variar o modificar según la evolución particular de la enfermedad, la respuesta a los medicamentos, la edad del paciente o las condiciones médicas concomitantes (20).

Cuando se selecciona un enfoque terapéutico, es fundamental considerar no solo la gravedad de la enfermedad, sino también su extensión y localización, así como el fenotipo subyacente. Dado que los síntomas del paciente no siempre se correlacionan de manera precisa con la inflamación intestinal activa, resulta prudente evaluar objetivamente la actividad de la enfermedad antes de realizar cambios sustanciales en el plan de tratamiento (20).

1. Nutricional

Los pacientes que padecen esta afección deben ser cautelosos en lo que respecta a su alimentación, evitando un consumo excesivo de fibra con el fin de prevenir bloqueos intestinales y reduciendo la ingesta de grasas y lácteos. En determinadas circunstancias, puede ser recomendable emplear una nutrición equilibrada por vía enteral o parenteral esto se implementa sobre todo en casos graves de la enfermedad (10,30).

Se recomienda la administración oral de omega 3, dado que posee la habilidad de frenar la producción de prostaglandinas y leucotrienos, lo que conlleva a una disminución de la inflamación. Además, se ha empleado la incorporación de antioxidantes, vitamina E y selenio como suplementos, demostrando su capacidad para reducir las lesiones en el colon y pueden ser utilizados como complemento en el plan de tratamiento (31,32)

2. Farmacológico

Aminosalicilatos: Los aminosalicilatos (Sulfasalazina o Mesalazina) (Tabla 2) son un grupo de medicamentos que incluyen el ácido 5-aminosalicílico en su composición molecular. A pesar de su amplio uso, especialmente en individuos con enfermedad de Crohn de carácter leve, no se aconseja el uso del mismo ya que su eficacia para inducir la remisión, muestra la falta de beneficio de los salicilatos en comparación con un placebo (3,20)

Corticoides: Los corticoides como la prednisona, prednisolona y la budesonida (Tabla 2) se prescriben como el tratamiento principal para iniciar la remisión en pacientes con enfermedad de Crohn activa. Sin embargo, debido a los diversos efectos adversos que conllevan y a su limitada eficacia a largo plazo, su uso no es recomendado para el mantenimiento del tratamiento (3). Los corticosteroides sintéticos de acción local son apropiados para lograr la remisión en casos de la enfermedad de Crohn ileal, ileocólica o en el segmento derecho del colon, cuando esta se encuentra en una etapa activa de leve a moderada. Por otro lado, los corticoides sistémicos se utilizan en los episodios más pronunciados o graves de la enfermedad (14,20).

Antibióticos: Presentan ineficacia para instaurar y sostener la remisión en la enfermedad de Crohn, por lo general los más utilizados en las guías son el metronidazol o ciprofloxacino. Por lo tanto, su utilización debería restringirse a abordar situaciones como la enfermedad perianal compleja, complicaciones infecciosas y el crecimiento excesivo de bacterias en el intestino delgado (3,20).

Inmunomoduladores: Su principal función es inhibir la respuesta inmune de la enfermedad y radica en su aplicación como terapia de mantenimiento, debido a su efecto de acción gradual, sin embargo, son más efectivos si se combinan con terapia biológica. Estos compuestos previenen las recaídas en aproximadamente el cincuenta por ciento de los pacientes (Tabla 2) (10,30).

Tiopurinas: Las tiopurinas como la azatioprina y mercaptopurina son empleadas para mantener la remisión. No obstante, no generan resultados de forma inmediata, ya que su respuesta puede demorar entre 6 y 12 semanas. Así mismo, es importante tener en cuenta que el uso de

tiopurinas está restringido por su perfil de efectos secundarios, por lo que es esencial evaluar ciertos factores antes de recetarlas (20,33).

Metotrexato: Este fármaco es utilizado tanto para la inducción de la remisión como para el mantenimiento de la remisión, al igual que su predecesor este también muestra un perfil de efectos secundarios por lo que se debe dar un seguimiento al paciente para evaluar la suspensión del medicamento en caso de que lo presente (14,20).

3. Biológicos

Agentes anti-TNF: Actualmente es la opción más eficaz para tratar la enfermedad de Crohn en su versión moderada a grave. Puede ser empleada en solitario o combinada con un inmunomodulador, ya sea para instaurar o mantener la remisión. Actualmente, la agencia de Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) ha aprobado tres agentes anti-TNF: infliximab, adalimumab y certolizumab pegol (Tabla 2). Estos comparten un perfil de seguridad similar, por lo que la elección del medicamento depende del paciente tratante (14,34)

Inhibidores selectivos de moléculas de adhesión: Vedolizumab es el primer inhibidor selectivo de moléculas de adhesión dirigido al intestino, utilizado en casos de enfermedad de Crohn moderada a grave. Se emplea para inducir la remisión, aunque su efecto se manifiesta gradualmente y su eficacia resulta limitada. Sin embargo, los pacientes que responden bien a la terapia conservarán esa remisión al cabo de un año. Normalmente, se observa una reacción inicial durante las primeras 12 semanas tras el inicio del tratamiento. Además, dado que vedolizumab está diseñado específicamente para el intestino, no implica riesgo de eventos adversos graves (14,35).

Inhibidor de interleucina: Ustekinumab es el medicamento más reciente autorizado para el tratamiento de la enfermedad de Crohn de moderada a grave. Se administra a través de una infusión única basada en el peso,

seguida de inyecciones subcutáneas cada 8 semanas. En términos generales, su efectividad parece ser equiparable a la terapia anti-TNF tanto para la inducción de la remisión como para el mantenimiento de la remisión, y los resultados suelen manifestarse en un lapso de aproximadamente 6 semanas (14,36)

4. Quirúrgicos

Durante el transcurso de la enfermedad, la mayoría de los individuos probablemente requerirán intervención quirúrgica. El procedimiento quirúrgico específico para realizar se basa en la razón subyacente que motiva la cirugía.

Enfermedad de Crohn estenosante: Esta intervención se recomienda para pacientes con síntomas persistentes de obstrucción intestinal, cuyo propósito es eliminar la menor porción de intestino viable y realizar una anastomosis primaria. Si se presentan múltiples estrechamientos, es posible que no sea viable eliminarlos en su totalidad (14,37)

Enfermedad de Crohn fistulante: Se recomienda en situaciones en las que las fístulas enteroentéricas estén presentes, a menos que la fístula no esté provocando una complicación inmediata. En casos de fístulas enterovesiculares, fístulas enterovaginales o fístulas enterocutáneas, suele ser necesario llevar a cabo la resección intestinal y la fistulotomía (14).

Enfermedad de Crohn perianal: Tanto el absceso perianal como la fístula a menudo necesitan ser abordados a través de cirugía para realizar el drenaje y colocación de sedal. Las fisuras anales son típicamente tratadas con terapia médica para esta enfermedad, pero si no responden a este enfoque, se podría considerar una fisurotomía o, en algunas situaciones, la aplicación de inyecciones de toxina botulínica (14,38)

5. Terapias novedosas

Aféresis: La terapia de aféresis es una innovadora opción de tratamiento para la enfermedad de Crohn cuyo principal enfoque es disminuir la respuesta inflamatoria en el área afectada mediante el aislamiento y absorción selectiva de uno o más tipos de leucocitos. No obstante, existe una falta de evidencia sobre la

eficacia de la terapia de mantenimiento y se requieren investigaciones adicionales para obtener conclusiones más sólidas (31).

Trasplante de microbiota fetal (TMF): Esta es una innovadora terapia que implica el trasplante de la microbiota fecal funcional de donantes saludables al sistema gastrointestinal de pacientes con desequilibrios en su microbioma intestinal, con el fin de restablecer la salud microbiana y tratar la enfermedad. Aunque los resultados a largo plazo aún no están claros, es importante enfocarse en la concordancia entre el donante y el receptor según el análisis de la composición microbiana, la elección de las vías de administración y la determinación del enfoque terapéutico más adecuado (31,39,40)

Probióticos, prebióticos, simbióticos y probióticos: Resultan favorables en el tratamiento de la enfermedad de Crohn, particularmente cuando se utilizan en combinación. El análisis de grupos específicos demostró que los simbióticos podrían ofrecer una mayor efectividad en comparación con los probióticos o prebióticos en la inducción o el mantenimiento de la remisión de la enfermedad. Además, la combinación de probióticos, prebióticos o simbióticos con medicamentos convencionales demostró ser más eficaz que el uso de medicamentos convencionales por sí solos (31,41)

Trasplante de células madre: El trasplante de células madre tiene la capacidad de estimular la recuperación del tejido dañado y contribuir a la recuperación de funciones particulares del tejido, lo que a su vez puede contribuir a la reparación de la integridad de la barrera de la mucosa intestinal en individuos con enfermedad inflamatoria intestinal (31).

Trasplante de células madre hematopoyéticas (HSC): Las HSC poseen la habilidad de desplazarse hacia los tejidos dañados y favorecer su renovación y regeneración. Las principales fuentes de estas células para fines terapéuticos son la médula ósea, el cordón umbilical y la sangre periférica, siendo el marcador de superficie celular más específico la glicoproteína. No obstante, es importante ser precavido debido al riesgo elevado de eventos adversos posteriores al procedimiento (31).

	TRATAMIENTO	FUNCIÓN	USO
SALICILATOS	<i>Sulfasalazina</i> <i>Mesalazina</i>	Antiinflamatorios de efecto local en mucosa intestinal	Solo en caso LEVE de EC
CORTICOSTEROIDES	<i>Prednisona</i> <i>Prednisolona</i> <i>Budesonida</i>	Potente efecto antiinflamatorio	En el brote durante periodos limitados y nunca para mantener la remisión
INMUNOMODULADORES	<i>Tiopurinas</i> <i>Metotrexato</i> <i>Tracolimus</i> <i>Miofenolato</i>	Inhiben la respuesta inmune alterada por la enfermedad	Para mantenimiento de la remisión
BIOLÓGICOS	<i>Adalimumab</i> <i>Infliximab</i>	Modifican de forma selectiva el sistema inmunitario: Actúan contra el TNF	Para inducir la remisión y mantener la enfermedad inactiva

Tabla 2: Principales tratamientos de la Enfermedad de Crohn

Fuente: Cai Z, Wang S, Li J. Treatment of Inflammatory Bowel Disease: A Comprehensive Review. Front Med. 2021;8.

Autor: Camila Córdova Salazar

RESULTADOS

Tras una minuciosa revisión bibliográfica, se han obtenido importantes resultados que destacan diversos aspectos clave en relación con la enfermedad de Crohn. Los síntomas primordiales, consistentes en diarrea episódica, pérdida de peso y dolor abdominal, lo que constituyen características distintivas de esta afección inflamatoria intestinal. Además, se han identificado complicaciones relevantes, entre las que se incluyen la presencia de abscesos abdominales y fístulas entero-cutáneas.

En el ámbito del tratamiento, se evidencia una variabilidad significativa basada en factores determinantes como la gravedad de la enfermedad, la estratificación del riesgo del paciente y sus preferencias personales. También se consideran factores clínicos, como la edad en que aparece la enfermedad y la existencia de complicaciones penetrantes. Un aspecto crucial a tener en cuenta es que la mayoría de los pacientes experimenta ciclos de recaídas y remisiones, lo que exige un seguimiento de por vida.

En el abordaje de la enfermedad en casos de leve a moderada intensidad, se recomienda emplear ácido 5-aminosalicílico o antibióticos como metronidazol, ciprofloxacina y rifaximina. Por otro lado, para casos más graves, se utilizan corticoides y, en ocasiones, inmunomoduladores como la azatioprina, o bien, agentes biológicos como infliximab, vedolizumab y ustekinumab.

Un hecho a tener en consideración es que, aproximadamente, un 70% de los pacientes acaba necesitando cirugía, esta medida se adopta mayormente ante casos de obstrucción intestinal recurrente, fístulas resistentes al tratamiento o abscesos persistentes. Un aspecto que merece atención especial es el impacto en la salud mental de los pacientes, la depresión y la ansiedad severa son problemas comunes en estos casos, por lo que se recomienda la asesoría continua de un psicólogo para brindar el apoyo necesario.

Finalmente, la enfermedad de Crohn es una afección compleja y multifacética que demanda un enfoque integral y personalizado para su tratamiento por ello los resultados de esta revisión bibliográfica proporcionan un panorama amplio de sus manifestaciones clínicas, abordajes terapéuticos y consideraciones importantes para el bienestar de los pacientes afectados.

DISCUSION

La enfermedad de Crohn es una patología que presenta una etiología multifactorial que en ciertos estudios se ha considerado como enfermedad de tipo idiopática, sin embargo, Silva y cols en una revisión realizada en el 2019 evidenciaron la estrecha relación de la fisiopatología de la enfermedad con la afectación genética de los individuos dando como qué conclusión mediante perfiles genéticos se puede ofrecer una terapia personalizada y específica para cada paciente (6). Asimismo, Tregón, et al. menciona que la EC presenta

una etiología que sigue en constante estudio, no obstante, esta se manifiesta en individuos que presentan una predisposición genética sobre todo una mutación en el gen NOD2/CARD15 pero que aumenta su probabilidad de aparición conjunto a factores ambientales (3).

Con relación al grupo etario afectado por esta patología existen diversas afirmaciones, en una revisión realizada en el 2022 por Gonzales y cols se evidencia que la enfermedad de Crohn es más frecuente en pacientes entre los 15 y 30 años sin importar el sexo (1). Sin embargo, en un estudio observacional realizado en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en Perú en el 2020 por Paredes y cols se evidencio que la media de acuerdo con la edad de los pacientes afectados por esta patología abarca entre los 48 a 62 años con predominio en el sexo masculino (8).

En la actualidad, el abordaje terapéutico abarca principalmente estrategias farmacológicas, quirúrgicas y nutricionales, Cushing y cols en el 2021 mediante una revisión concluyeron que el enfoque óptimo va a depender de la estratificación del riesgo, edad del paciente y la presencia de complicaciones, sin embargo, mencionan que el 50% de los pacientes van a terminar en un tratamiento quirúrgico. (28). A medida que la investigación avanza, y sobre todo en las dos últimas décadas, se han presentado nuevas alternativas terapéuticas que han demostrado reducir las tasas de cirugía, asociado con la implementación temprana y adecuada de terapias médicas, sin embargo, Kumar, et al. en el 2022 mediante una revisión bibliográfica evidencia que a pesar del uso de terapia biológica existe una alta tasa de cirugía y recurrencia postoperatoria (7,38).

Múltiples revisiones han evidenciado que la efectividad y tratamiento de la enfermedad de Crohn se realiza mediante la clínica del paciente, no obstante, Zhaobei y cols en el 2021 mencionan que existen métodos como la endoscopia, histología, radiología, los biomarcadores de monitorización inmunobioquímica, la evaluación de la calidad de vida y otros métodos que proporcionan referencias más valiosas para la evaluación de la actividad de la enfermedad (11,17)

En el momento de la toma de decisión hacia una terapia personalizada y precisa existen una variedad de opciones pero que al mismo tiempo se pueden considerar como desafíos. Por lo tanto, los profesionales de la salud deben analizar de manera minuciosa las

indicaciones, contraindicaciones, efectos adversos, medicina basada en la evidencia de los tratamientos y fármacos empleados, para que de esa manera se pueda desarrollar un tratamiento personalizado basado en la evaluación integral del paciente, por lo que el tratamiento debe ser flexible y cambiar según la respuesta del mismo. La comunicación oportuna y la estrecha cooperación entre médicos y pacientes son igualmente esenciales para estrategias de tratamiento eficaces.

CONCLUSIÓN

La enfermedad de Crohn se caracteriza por ser una enfermedad inflamatoria crónica remitente y recurrente que puede afectar todo el tracto digestivo y cuya etiología no se conoce con precisión. La complejidad de su enfermedad puede tener como resultado efectos físicos, emocionales y psicológicos duraderos en los pacientes. Esta afección constituye un desafío de salud pública debido a su naturaleza prolongada con episodios recurrentes, impactando en la calidad de vida del paciente, por ello, es fundamental adoptar un enfoque multidisciplinario con especialistas y combinar hallazgos característicos.

En las últimas décadas ha ido aumentando el compendio médico para el tratamiento de la EC, diversas alternativas terapéuticas están disponibles entre estas se incluye a las terapias con anticuerpos monoclonales, inmunomoduladores y cirugía. De tal forma que las decisiones terapéuticas tomadas deben adaptarse a cada paciente, por lo que, finalmente la elección del tratamiento adecuado se basa en múltiples factores como la demografía del individuo, la gravedad de la enfermedad y la existencia de complicaciones. En este contexto, los médicos deben estar actualizados y familiarizados con cada terapia para brindar un asesoramiento óptimo a sus pacientes. También es fundamental mencionar la importancia de educar a los pacientes sobre su enfermedad crónica y concientizarlos de las posibles consecuencias a largo plazo que esta conlleva para así fortalecer la relación médico paciente que se ha visto que es crucial para evitar complicaciones y remisiones en este tipo de pacientes.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda clasificar cada paciente según las características clínicas que presente y basado en su historia clínica tomar decisiones para su manejo y tratamiento farmacológico.
- Se debe informar a cada paciente que presente enfermedad de Crohn que esta es una patología crónica que no presenta una cura y que se necesita un tratamiento persistente y permanente.
- Es importante que los pacientes con esta patología sean tratados por especialistas en psicología puesto que al ser una enfermedad crónica altera su rutina cotidiana y esto puede incluso llegar a afectar relaciones personales y laborales debido a la frustración en periodos de remisiones y recaídas.

FINANCIACIÓN

La presente revisión bibliográfica fue autofinanciada por los autores de la misma.

BIBLIOGRAFÍAS

1. González J, Rodríguez E, Iglesias L. La enfermedad inflamatoria intestinal, un reto para la gastroenterología pediátrica. *Rev Ciencias Médicas*. 2022;26(5).
2. Encalada F, Lemos R, Lopez M. Enfermedad de Crohn. *Dominio las Ciencias*. 2017;3:246-58.
3. Tregón M, Cervera M, Barrera A, Salvador P, Jiménez L, Domingo M. Enfermedad de Crohn. Artículo monográfico. *Rev Sanit Investigación*. 2021;3.
4. Aibar M. Enfermedad de Crohn. *Rev Sanit Investig*. 2022;3(12).
5. Suau R, Pardina E, Domènech E, Lorén V, Manyé J. The Complex Relationship Between Microbiota, Immune Response and Creeping Fat in Crohn's Disease. *J Crohn's Colitis*. 2022;16(3):472–489.
6. Silvaa F, Gaticab T, Pavez C.. Etiología y fisiopatología de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2019;30(4):262-72.
7. Kumar A, Cole A, Segal J, Smith P, Limdi J A review of the therapeutic management of Crohn's disease. *Therap Adv Gastroenterol*. 2022;15.
8. Paredes JE, Alosilla PA, Vargas HT, Junes SI, Fernández JL, Mestanza AL, et al. Epidemiología y fenotipo de la enfermedad de Crohn en un hospital de referencia en Lima Perú. *Rev gastroenterol Perú*. 2020;40(3):230-7.

9. Sulz MC, Burri E, Michetti P, Rogler G, Peyrin L, Seibold F. Treatment Algorithms for Crohn's Disease. *Karger*. 2020;101(1):43-57.
10. Franken S, García A. Guía diagnóstica y terapéutica de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Médica Sinerg*. 2021;6(9).
11. Yamamoto JK, Bosques F, de Paula J, Galiano MT, Ibañez P, et al. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal: Primer Consenso Latinoamericano de la Pan American Crohn's and Colitis Organisation. *Rev Gastroenterol Mex*. 2017;82(1):46-84.
12. Cushing K, Higgins PDR. Management of Crohn Disease: A Review. *JAMA*. 2021;325(1):69-80.
13. Tumani MF, Pavez C, Parada A. Microbiota, hábitos alimentarios y dieta en enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Chil Nutr*. 2020;47(5):822-9.
14. Feuerstein J, & Cheifetz A. Crohn Disease: Epidemiology, Diagnosis, and Management. *Mayo Clin Proc*. 2017;92(7):1088-103.
15. Torres J, Mehandru S, Colombel J, Peyrin L. Crohn's disease. *Lancet*. 2017;389(10080):1741-55.
16. Rajbhandari R, Blakemore S, Gupta N, Adler AJ, Noble CA, et al. Crohn's disease in low and lower-middle income countries: A scoping review. *World J Gastroenterol*. 2020;26(43):6891-908.
17. Torres J, Mehandru S, Colombel J PL. Crohn's disease. *Lancet*. 2017;389(10080).
18. Silva Y, Sánchez MC, Rudicindo B. Caso Clínico: Enfermedad de Crohn en Pediatría, el Desafío de un Diagnóstico Temprano. *Rev Médica HJCA*. 2019;11(1):63-8.
19. Nakase H, Uchino M, Shinzaki S, Matsuura M, Matosuoka K, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for inflammatory bowel disease 2020. *J Gastroenterol*. 2021;56:489-526.
20. Bastida G, Garrido A, Valero E, & del Pozo P. Enfermedad de Crohn. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado*. 2020;13(11):603-12.
21. Sobrero J, Etchevers MJ. Estrategias actuales en el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades inflamatorias intestinales. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2022;52(3):306-21.
22. De Carpi j, Viada J, Jiménez S. Enfermedad de Crohn. *Protoc diagn ter pediatr*. 2023;1:191-205.
23. López G, Alba C, Taxonera C. Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad

- Inflamatoria Intestinal en 2022. *An RANM*. 2022;139(1):31-5.
24. Cienfuegos J, Licano M, Rangel S, Careño MF. Mediante esta metodología es posible determinar la amplitud de la enfermedad y aclarar también situaciones en las que existan incertidumbres acerca del diagnóstico. *An Radiografía Mex*. 2019;18:278-87.
 25. Ahmad R, Ajlan AM, Eskander AA, Alhazmi TA, Khashoggi K, Wazzan MA, Abduljabbar AH. Magnetic resonance imaging in the management of Crohn's disease: a systematic review and meta-analysis. *Insights Imaging*. 2021;12(1):118.
 26. Ripollésa , Muñoz F, Martínez MJ , de Miguel E, Poza J, de la Heras B, Páez C. Utilidad de la ecografía intestinal en la enfermedad inflamatoria intestinal. *Radiologia*. 2021;63(1):89-102.
 27. Gompertza M, Sedanob R. Manifestaciones clínicas y endoscópicas en enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Médica Clin las Condes*. 2019;30(4):273-82.
 28. Sicilia B, Vicente R, Arias L, Echarri A, Zabana Y, Mañosa Me, Beltrán B, et al. Recomendaciones del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU) sobre cribado de displasia en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterol Hepatol*. 2021;63(1):435-47.
 29. Elosua A, Nantes O, Fernández I, López A, Murcia O, Zabana Y. Uso de la cápsula endoscópica en enfermedad inflamatoria intestinal en práctica clínica en España. Resultados de una encuesta nacional. *Gastroenterol Hepatol*. 2021;44(10):696-703.
 30. Tonholi F, Mazarotto E, Gregório P. Doença de Crohn: aspectos integrativos do diagnóstico ao tratamento. *Res Soc Dev*. 2023;12(2).
 31. Cai Z, Wang S, Li J. Treatment of Inflammatory Bowel Disease: A Comprehensive Review. *Front Med*. 2021;8.
 32. Gajendran M, Loganathan P, Catinella A, Hashash J. A comprehensive review and update on Crohn's disease. *Disease-a-Month*. 2018;64(2):20-57.
 33. Bermejo F, Aguas M, Chaparro M Domènech E, Echarri A, et al. Recommendations of the Spanish Working Group on Crohn's Disease and Ulcerative Colitis (GETECCU) on the use of thiopurines in inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol*. 2018;41(3):205-21.
 34. Núñez L, Mesonero F, Albillos A, López A. Agentes anti-factor de necrosis tumoral en enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa: más allá de la enfermedad luminal. *Gastroenterol Hepatol*. 2018;41(9):576-82.

35. Iborra M, Beltran B, Maroto N, Navarro P, Boscá M, et al.. Vedolizumab, una opción en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal intolerantes a tiopurinas y refractarios a biológicos. *Gastroenterol Hepatol*. 2018;41(9):535-43.
36. Gisbert J, Chaparro M. Ustekinumab en el tratamiento de la enfermedad de Crohn. *Gastroenterol Hepatol*. 2018;40(10):688-98.
37. Gallardo F, Vásquez JA, Molina C. Tratamiento médico versus quirúrgico en la estenosis ileal, como debut de enfermedad de Crohn estenosante. *RAPD Online*. 2018;41(6):285-92.
38. Juliao F, Osorio L, Carvajal J, Mosquera G, Medellín A, et al. Características clínicas y tratamiento de la enfermedad de Crohn perianal fistulizante en Colombia: resultados de un registro multicéntrico. *Gastroenterol Hepatol*. 2022;45(9):690-6.
39. Imdad A, Pandit NG, Zaman M, Minkoff NZ, Tanner-Smith EE, Gomez-Duarte OG, Acra S, Nicholson MR.. Fecal transplantation for treatment of inflammatory bowel disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;(4).
40. Castañeda C. Trasplante de microbiota fecal. *Rev Cuba Pediatr*. 2019;91(3).
41. Limketkai BN, Akobeng AK, Gordon M, Adepoju AA Probiotics for induction of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;(7).