

TRANSCRIPCIÓN

Manejar EII: tomar las riendas de su enfermedad

Dr. Miguel D. Regueiro

6 de diciembre de 2011

Operador:

Hola a todos y bienvenidos a *Manejar EII: tomar las riendas de su enfermedad*, un programa educativo gratuito por teléfono e Internet. Es un placer para mí presentar a su moderadora Laura Wingate, Directora Sénior, Programas Locales y Nacionales, de la Fundación de Crohn & Colitis de América (CCFA por sus siglas en inglés).

Laura Wingate:

Hola a todos. En nombre de la Fundación de Crohn & Colitis de América, bienvenidos y gracias por participar en el programa de hoy, el cual ha sido posible gracias a una contribución benéfica otorgada por Shire.

También queremos darles las gracias a todos los que enviaron sus preguntas previamente. Tras la presentación del Dr. Regueiro, abriremos el programa para sus preguntas. Responderemos tantas preguntas como el tiempo nos los permita tanto de los participantes por teléfono como de los participantes por Internet. Si no alcanzamos a responder sus preguntas, pueden contactar a nuestro Centro de Recursos Informativos llamando al 1-888-694-8872.

Hoy estamos interpretando simultáneamente nuestro programa en español. El Dr. Regueiro hablará un poco más despacio para permitir la interpretación simultánea.

Los invitamos a completar el formulario de evaluación en línea después del programa. Para nuestros participantes por teléfono que solicitaron que sus materiales del programa les fueran enviados por correo postal, encontrarán el formulario de evaluación en su paquete de inscripción. Si desean continuar la discusión con compañeros participantes después del programa, por favor visiten el Foro de Tratamientos en la página web de la comunidad de CCFA en www.ccfacommunity.org. Habrá un tema especial marcado "Manejar EII, discusión posterior a la emisión en vivo por Internet".

Además, para ayudarnos a mejorar nuestro conocimiento sobre la EII, los animamos a que se unan a Colaboradores de CCFA, nuestro registro nacional de resultados informados por pacientes. Simplemente completen una encuesta de

evaluación en línea para hacer parte de esta apasionante iniciativa de investigación. Los pacientes recibirán las últimas investigaciones e información sobre la EII. Visiten www.ccfapartners.org para conocer más y para participar.

Ahora es un gran placer para mí presentar a nuestro conferencista del programa de hoy, el Dr. Miguel Regueiro. El Dr. Regueiro es Profesor de Medicina, Jefe Adjunto para Educación, y Director Clínico y Codirector del Centro de Enfermedades Inflamatorias del Intestino en la Escuela de Medicina de la Universidad de Pittsburgh. Su principal interés clínico y de investigación es la enfermedad inflamatoria del intestino. Actualmente es miembro del Comité Asesor Científico Nacional de CCFA.

Y ahora me complace entregarle el programa al Dr. Regueiro. Dr. Regueiro, estamos muy agradecidos por tenerlo con nosotros hoy.

Dr. Miguel Regueiro:

Gracias, Laura, y gracias a CCFA por permitirme para pasar tiempo con ustedes hoy. Creo que este será un programa muy informativo y educativo. El título de la charla es *Manejar la enfermedad inflamatoria del intestino: tomar las riendas de su enfermedad*. Proporcionaré una visión general sobre la enfermedad inflamatoria del intestino así como aspectos del tratamiento y también dejaré tiempo al final para sus preguntas.

Tenemos un programa educativo bastante completo y estos son los temas y objetivos del foro educativo de hoy. Proporcionar una visión general sobre la enfermedad inflamatoria del intestino, describir los objetivos generales del manejo de la EII, y discutir las diferentes opciones de tratamiento y estrategias de manejo. También exploraremos las complejidades de la remisión en la enfermedad inflamatoria del intestino y discutiremos qué apoyo está disponible en cuanto a la adherencia y el mantenimiento de la adherencia en el tratamiento.

Muchas de las diapositivas son diapositivas que usamos como médicos en nuestros programas educativos. Y haré lo mejor posible para traducir, por así decirlo, muchas de las diapositivas en términos prácticos. Pero creo que una de las ventajas de este programa es que realmente brinda un alto conocimiento de la enfermedad inflamatoria del intestino en el año 2011.

¿Cuál es el espectro o cuáles son los diferentes tipos de enfermedad inflamatoria del intestino? En esta diapositiva pueden observar que más de un millón de estadounidenses tienen enfermedad inflamatoria del intestino y recientemente el número estimado es tan alto como dos millones de estadounidenses con enfermedad inflamatoria del intestino. Las dos categorías principales de la enfermedad inflamatoria del intestino son la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn. La colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn abarcan el 99% de la enfermedad inflamatoria del intestino.

En la mitad de la diapositiva está el término colitis indeterminada y dicho simplemente, estas son personas que tienen inflamación en el colon o úlceras en el colon y el médico no puede distinguir entre colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn.

En la siguiente diapositiva están esquematizadas las características claves y las diferencias entre la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn. Muchas veces las personas vienen y al vernos como médicos nos dicen bueno, ¿cuál es realmente la diferencia entre la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa? Y mencionaré de nuevo que todas están bajo el espectro de la enfermedad inflamatoria del intestino.

¿Qué es la colitis ulcerosa? La colitis ulcerosa es inflamación únicamente en el colon (también conocido como el intestino grueso). La inflamación es continua y simétrica. Esto significa que hay inflamación que cubre y forra el colon totalmente, pero puede detenerse en cierto punto. Por ejemplo, hay pacientes que presentan colitis ulcerosa, que sólo tienen inflamación en el recto y luego la inflamación se detiene. Esto es lo que llamamos proctitis ulcerosa. A la inversa, hay personas que tienen inflamación a través de todo el colon, a través de todo el intestino grueso, y esta es llamada pancolitis ulcerosa.

En cuanto a la profundidad de la inflamación, en la colitis ulcerosa es una inflamación mucosa. ¿Qué significa eso? Significa que si imaginan tomar una taza de café muy caliente o una bebida caliente y quemarse la parte interior de la boca, esa sensación de irritación en carne viva, es en la mucosa, esa es la capa superior del colon. Esto es lo que llamamos inflamación mucosa. En lo que respecta a la colitis ulcerosa, es inflamación o úlceras que sólo ocurren en el colon. No viaja o no se extiende hasta el intestino delgado. Y finalmente el recto, la parte más baja del colon, está siempre afectada con inflamación.

Si observan ahora el lado derecho de esta diapositiva bajo la enfermedad de Crohn, el color rojo oscuro representa el área más común de la enfermedad de Crohn en el tracto gastrointestinal, y esa es la última parte del intestino delgado llamada el íleon terminal o la parte superior del colon. Ustedes pueden escuchar el término enfermedad de Crohn colónica ileal, que normalmente significa la última parte del intestino delgado y la parte superior del colon.

A diferencia de la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn puede saltarse en el intestino, es decir que puede haber un segmento inflamado del intestino delgado o del intestino grueso, y luego un segmento normal de intestino y luego de nuevo úlceras o inflamación. Eso es lo que llamamos enfermedad segmentaria.

Al contrario de la colitis ulcerosa, la mucosa está afectada, pero la enfermedad de Crohn puede también conducir a inflamación transmural, es decir que la inflamación realmente penetra o entra en la pared del intestino.

Ya mencioné que la enfermedad de Crohn, a diferencia de la colitis ulcerosa, puede afectar cualquier parte del tracto gastrointestinal, cualquier parte desde la boca hasta el ano. Curiosamente, al contrario de la colitis ulcerosa, puede no afectar el recto, pero no es raro que personas con enfermedad de Crohn tengan afectación anal, es decir inflamación alrededor del ano con excrecencias cutáneas, fistula, y fisuras.

¿En qué lugares del mundo se presenta la enfermedad inflamatoria del intestino? Aunque esta diapositiva dice distribución geográfica de la colitis ulcerosa, es realmente distribución geográfica de la EII, y en ese sentido cualquier enfermedad autoinmune. Curiosamente, si piensan en artritis reumatoide, lupus, esclerosis múltiple, otras enfermedades inmunomediadas u otras enfermedades autoinmunes, el patrón es idéntico y pensamos que hay similitudes entre ellas.

Por ejemplo, si miran el mapa del mundo, donde ven el rojo oscuro, esa es el área más común en la que se presenta la enfermedad inflamatoria del intestino, que es Norteamérica y los países del norte de Europa. Notarán que en Asia, África, y Latinoamérica es menos común la enfermedad inflamatoria del intestino, sin embargo, van en aumento también.

De manera que surge la pregunta, ¿por qué es esto? Bueno, algo de esto puede ser la gran dieta americana y desafortunadamente algunas de las cosas que son procesadas en los alimentos pueden llevar a inflamación. Pero puede ser también lo que llamamos la teoría de la higiene, es decir que los países de Norteamérica y del norte de Europa son muy higiénicos cuando se trata de limpiar y en una edad temprana nuestros cuerpos necesitan cosas contra qué reaccionar, el sistema inmunológico tiene que luchar contra cosas extrañas. Así que si vivimos en un ambiente demasiado limpio, algunas veces vemos enfermedades autoinmunes.

Finalmente en Asia, África y Latinoamérica, históricamente ha habido una mayor incidencia de infección parasitaria a una edad temprana. Y curiosamente los parásitos o gusanos, aunque es algo desconcertante pensarlo, pueden de hecho proteger contra enfermedades autoinmunes. Ha habido ahora algunas investigaciones sobre parásitos como un tratamiento para la enfermedad inflamatoria del intestino. Y tal vez en el segmento de preguntas y respuestas, podamos volver a hablar de esto.

Ya mencioné algo de esto, la enfermedad inflamatoria del intestino en términos de las tendencias en el tiempo. Esta es una diapositiva que tiene cerca de diez años, pero hay una mayor incidencia y ahora vemos de hecho un segundo pico, vemos más tasas y aparición más común.

¿Quién contrae la enfermedad inflamatoria del intestino? Esta es una enfermedad que se presenta principalmente en personas jóvenes, la edad más común es de 15 a 30 años de edad. Alguna vez se pensó que era más común en las mujeres que en los hombres, pero ahora vemos una distribución bastante pareja de género entre mujeres y

hombres. Y finalmente es más común en las poblaciones caucásica y judía. Sin embargo, como mencioné hace un minuto, estamos viendo un aumento a nivel mundial en todas las poblaciones raciales y étnicas.

¿Por qué las personas contraen la enfermedad inflamatoria del intestino? Si miran el círculo amarillo inferior que dice EII en esta diapositiva, probablemente podrían sustituirla con cualquier enfermedad que tengamos hoy y existirá la misma teoría. En el lado izquierdo de la diapositiva hay una susceptibilidad genética y en lado derecho hay factores ambientales, tales como infecciones, diferentes medicamentos, antiinflamatorios no esteroides (ibuprofeno), dieta, tabaquismo, estrés, y antibióticos. Una susceptibilidad genética combinada con la exposición a un factor ambiental conducen a una respuesta inmunológica no regulada, es decir una respuesta autoinmune que finalmente lleva a la enfermedad inflamatoria del intestino.

Me detendré por un minuto para discutir el tabaquismo porque es un factor ambiental interesante en la EII ya que fumar cigarrillo ha sido asociado o empeora la enfermedad de Crohn. Es interesante que fumar agrave la enfermedad de Crohn, hay más cirugías con enfermedad de Crohn, pero también podemos encontrar algo interesante y es que fumar mejora la colitis ulcerosa. Si bien no recomendamos fumar en nuestros pacientes con colitis ulcerosa, los pacientes que tienen colitis ulcerosa con frecuencia dejan de fumar o nunca han fumado. Así que esta es una característica interesante.

Ya mencioné que la EII puede tener una influencia genética. Hemos visto diferentes variaciones raciales y étnicas, pero ha habido estudios sobre gemelos que han mostrado esto también, en los que se presenta una concordancia, es decir que si un gemelo idéntico tiene enfermedad de Crohn o colitis, es común que el otro la tenga también. Es menos común en gemelos fraternos, pero ciertamente más común que en la población en general.

Ha habido una explosión de investigación en genes y sin entrar en todos los acrónimos de NOD2, HLA, y algunas de esos otros aspectos, sólo sepan que hay más de 150 genes que han sido identificados ahora con enfermedad de Crohn y colitis y esta puede ser la primera enfermedad en la que todo el mapa genético esté resuelto. De manera que tenemos posibilidades apasionantes en el horizonte para no sólo entender mejor la enfermedad de Crohn y la colitis, sino para encontrar mejores tratamientos.

En la siguiente diapositiva pueden ver que dice intestino normal versus intestino con EII. Si ven el modelo de la persona con un colon en el lado izquierdo de la diapositiva y empiezan ahí, no es raro para nadie, olvidándose por un minuto de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, ser constantemente bombardeado por diferentes antígenos o productos extraños. Piensen en eso, comemos muchos alimentos diferentes, desafortunadamente inhalamos e ingerimos muchas cosas diferentes que pueden no ser nuestra intención, y nuestro tracto gastrointestinal está luchando

constantemente contra esos diferentes tipos de antígenos, esos productos extraños. Es increíble que no haya más personas con inflamación en el intestino, pero el sistema inmunológico está regulando esto constantemente, está diciendo constantemente esto es bueno, esto es malo, esto es lo que necesitamos para luchar.

Imaginen que alguien contrae una infección común, digamos una intoxicación. Su colon puede inflamarse temporalmente, pero si miran en la parte inferior el sistema inmunológico regresa a la normalidad en alguien que no tiene EII. En alguien con predisposición genética o un sistema inmunológico no regulado, a menudo no se puede regular y vuelve a ese lado derecho de la diapositiva en donde hay inflamación.

Hay una historia que puede hacer más fácil entender todo esto. Hace varios años atendí a una familia que fue a México, la pasaron muy bien, todos tomaron agua. Desafortunadamente regresaron con diarrea de viajero, un problema muy común. La familia se mejoró, pero la hija continuó con diarrea una semana más tarde. Se tomaron coprocultivos pero ninguno dio como resultado infección. Desarrolló diarrea con sangre y finalmente se encontró que tenía colitis ulcerosa. Así que probablemente estuvo expuesta a una infección común, el sistema inmunológico luchó contra ella, pero luego comenzó la inflamación porque el sistema inmunológico empezó a atacar el colon. En resumen, esa es nuestra teoría actual de por qué las personas desarrollan la EII.

Los hallazgos más comunes en la colitis ulcerosa son diarrea y sangrado. Y esta es una foto endoscópica que muestra un colon inflamado. Hay una variedad de complicaciones que es raro, muy raro que se presenten, pero cáncer y displasia son unas de las que hablaremos un poco más adelante también. Y existen algunos trastornos extra intestinales que están enumerados en la parte inferior. Algunas personas presentan inflamación de la piel, de las articulaciones, a veces de los ojos que pueden también estar relacionadas con la enfermedad inflamatoria del intestino. Pero sangrado y diarrea son características comunes de la colitis ulcerosa.

Por otra parte, en la enfermedad de Crohn, como recordarán que lo dije hace un minuto, la inflamación puede darse en cualquier parte del tracto gastrointestinal y a menudo las personas con enfermedad de Crohn presentan más dolor abdominal o sensibilidad por largos períodos de tiempo. La pérdida de peso puede ser una característica. Puede presentarse diarrea, pero no siempre hay diarrea. Algunas personas creen equivocadamente tener síndrome de colon irritable por mucho tiempo, para más tarde encontrar que tienen enfermedad de Crohn.

En cuanto a exámenes para la enfermedad inflamatoria del intestino, realmente hay tres categorías principales en este momento, y no voy a entrar en demasiados detalles, pero hay tres cosas que como médicos examinamos en la enfermedad inflamatoria del intestino. Hay algunas pruebas de laboratorio, que normalmente incluyen análisis de sangre y podemos tomar muestras de materia fecal. Hay endoscopias, como la colonoscopia y la endoscopia superior en las que pueden tomarse

biopsias. Y hay diferentes pruebas radiográficas o radiología, es decir radiografías simples (en inglés X-Rays), tomografías computarizadas (en inglés CAT scans), o imágenes por resonancia magnética (en inglés MRIs). Utilizamos todas estas pruebas para tratar de distinguir quien tiene enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa. Siempre queremos asegurarnos de que no haya una infección que pueda ser tratada con antibiótico. Y una vez hayamos el diagnóstico, entonces determinamos el tratamiento.

¿Cuáles son los objetivos principales del tratamiento para la enfermedad inflamatoria del intestino? Realmente las dos líneas superiores resumen los objetivos principales del tratamiento. Uno es inducir una remisión o respuesta y el otro es mantener una respuesta o remisión. ¿Y qué significa eso? Simplemente significa que si alguien tiene síntomas de enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, tratamos de ponerlo bajo un medicamento que controle la inflamación y lo haga sentir mejor, pero luego tratamos de mantener ese bienestar, es decir mantener la remisión, mantener la respuesta.

Ahora estamos interesados en la curación mucosa y en curar la pared del intestino, a lo que, repito, me referiré de nuevo al final. Y tratamos de prevenir complicaciones, mejorar la calidad de vida, mejorar la nutrición, y en lo posible, limitar la cirugía. Sin embargo, diré que con frecuencia la cirugía constituye una parte importante en el paradigma del tratamiento para la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.

En cuanto a la enfermedad inflamatoria del intestino, lo que esperamos tener en el horizonte a través de estudios genéticos es la capacidad de realmente identificar genes que dirigirán la terapia para cada persona en forma individual. Hasta que realmente contemos con esa experiencia o esa disponibilidad, ¿cómo escogemos el medicamento adecuado para alguien con enfermedad de Crohn o colitis?

¿Qué significa el viejo adagio, entre comillas, cuando la única herramienta que se tiene es un martillo, todo se ve como un clavo? Significa que con frecuencia utilizaremos los medicamentos que pueden ver en esta diapositiva para tratar de controlar la inflamación en una persona y algunas veces no sabemos qué medicamento funcionará, así que ensayamos uno, luego otro.

Les diré que hace 20 a 30 años, realmente sólo contábamos con prednisona y un medicamento llamado sulfasalazina, de manera que ha habido una explosión de opciones de tratamiento que van desde los 5-aminosalicilatos antiinflamatorios, medicamentos que funcionan en bacterias, esteroides, inmunomoduladores, y hasta finalmente la categoría más reciente, terapias biológicas.

En las siguientes diapositivas voy a describirlos todos brevemente. Todos los nombres de los 5-aminosalicilatos o 5 ASAs enumerados corresponden a formulaciones orales, pero pueden ser suministrados también en forma de supositorio o enema en la colitis ulcerosa para controlar la inflamación en la parte más baja del tracto gastrointestinal. Son todos utilizados principalmente para colitis ulcerosa pero pueden

ser utilizados también para enfermedad de Crohn. Son mucho más efectivos para colitis ulcerosa que para enfermedad de Crohn.

También tenemos medicamentos que funcionan en bacterias, que incluyen antibióticos y probióticos. Pensamos que en el intestino normal las bacterias de hecho pueden desempeñar un rol en la enfermedad inflamatoria del intestino, pero los antibióticos también han sido utilizados para tratar la fistula de Crohn, la enfermedad de Crohn, y un ente llamado pouchitis. Una bolsa ileoanal es cuando los pacientes tienen cirugía para remover el colon y se crea una bolsa en el intestino delgado que es adherida internamente, de manera que no hay bolsa de colostomía. Los antibióticos y los probióticos son muy efectivos para tratar la pouchitis. Y también los utilizamos en algunas personas que tienen demasiadas bacterias o proliferación de bacterias.

Además de los antibióticos, existen los llamados probióticos, los cuales tal vez han escuchado nombrar, porque se encuentran en el yogur y otros alimentos saludables. Y luego los prebióticos, que son esencialmente los ingredientes naturales que compensan la bacteria mala.

Para fines históricos, los corticosteroides han existido por muchos años. Son utilizados principalmente para inducir remisión en la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn. Por ejemplo, prednisona es probablemente uno de los medicamentos que más comúnmente utilizamos para tratar la EII. Estos medicamentos funcionan muy rápidamente para curar la inflamación, pero tienen muchos efectos secundarios y tratamos de evitar su uso prolongado. Hay un nuevo esteroide que tiene menos efectos sistémicos, es decir que no es absorbido a través del cuerpo y el torrente sanguíneo, llamado budesonida o Entocort[®], y que principalmente se utiliza para la enfermedad de Crohn en el intestino delgado y la parte superior del colon.

En los últimos 20 años, los inmunomoduladores se han convertido en un medicamento común y diría que en los últimos 10 años han sido utilizados muy temprano en el tratamiento de algunos pacientes. Los utilizamos más en la enfermedad de Crohn que en la colitis ulcerosa pero ahora tenemos experiencia en ambas, de manera que los utilizamos en todas las EII. Cosas como 6-MP o azatioprina, Imuran[®] son lo que llamamos agentes alternativos a los esteroides. Lo que esto significa es que un paciente es tratado con prednisona, se siente mucho mejor, pero luego lo transferimos a uno de estos tratamientos para tratar de mantener la remisión. Otros dos ejemplos son metotrexato y ciclosporina.

Por último, los tratamientos más recientes son las terapias biológicas o modificadoras de respuesta biológica. El grupo más conocido es el de los agentes anti-FNT. Incluyen infliximab o Remicade[®], adalimumab o Humira[®], y certolizumab o Cimzia[®]. Son nombres largos y complicados, pero todos funcionan de la misma manera al bloquear un químico inmunológico para controlar la inflamación. Remicade o infliximab está aprobado tanto para enfermedad de Crohn como para colitis ulcerosa,

mientras que Humira (adalimumab) es sólo para enfermedad de Crohn. Así mismo Cimzia (certolizumab) es sólo para enfermedad de Crohn. Finalmente, un medicamento que es utilizado comúnmente para esclerosis múltiple, pero que también está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) para enfermedad de Crohn, es llamado natalizumab o Tysabri®. Con base en los medicamentos en proyecto de investigación y aquellos que la FDA está considerando, pronostico que en los próximos cinco años tendremos varias terapias biológicas adicionales.

¿Cómo abordamos a alguien con enfermedad inflamatoria del intestino desde el punto de vista del tratamiento? Esta es la pirámide del tratamiento que tradicionalmente hemos utilizado. Para decirlo simplemente así, no era raro en el pasado utilizar para todas las EII medicamentos como 5-aminosalicilatos primero, y continuar hacia arriba a esteroides, a inmunomoduladores, y luego finalmente a medicamentos anti-FNT. Es decir que íbamos del menos agresivo al más agresivo.

Pueden escuchar de varias fuentes que de hecho estamos invirtiendo la pirámide. Lo que esto significa simplemente es que hay personas que pueden beneficiarse de tratamientos más agresivos más temprano. Inmunomoduladores, 6-MP (Imuran), o cosas como Remicade, Humira, Cimzia, como tratamiento de primera línea. Y tal vez si los utilizamos más temprano, podemos prevenir problemas a largo plazo y alterar el curso natural de la enfermedad.

Otro concepto muy importante es cómo nosotros como médicos e investigadores definimos la remisión y la respuesta en las personas con enfermedad de Crohn y colitis. Y esto puede ser algo confuso, pero si miran la parte inferior de la diapositiva, la respuesta del siglo XX, es decir lo que hemos hecho por mucho tiempo, es realmente enfocarnos solamente en los síntomas. Por ejemplo, hay un índice de actividad de la enfermedad de Crohn y otros índices de investigación que utilizamos para medir los síntomas. Hemos basado el tratamiento y la respuesta únicamente en cómo se siente alguien, lo cual es de primordial importancia. Pero lo que estamos aprendiendo en el siglo XXI es que no sólo nos interesa cómo se siente alguien, sino que queremos asegurarnos de que el tejido se cure, que la mucosa se cure, que las úlceras y la inflamación finalmente desaparezcan. De manera que este concepto de curación mucosa realmente se ha convertido en un interés de vanguardia de nosotros como investigadores y estamos aprendiendo que puede ayudar a largo plazo.

¿Por qué no nos preocupamos sólo de los síntomas? Y esta es una diapositiva que presenta algunos de los problemas de considerar únicamente los síntomas. Sencillamente, los síntomas son de referencia de la enfermedad, pero no específicos de la enfermedad. Por ejemplo, hay un síndrome común llamado síndrome de colon irritable que tal vez ustedes hayan escuchado antes. Y sólo para detenerme por un minuto, de 70 a 80 millones de estadounidenses tienen síndrome de colon irritable, pero no hay señal de inflamación en el tracto gastrointestinal. El síndrome de colon irritable

con frecuencia se presenta con diarrea o estreñimiento, fatiga o dolor abdominal. Miren la lista de síntomas que acabo de mencionar, estos pueden presentarse también con la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. De manera que si miramos solamente los síntomas tal vez no lleguemos a la raíz del problema de la inflamación, tal vez no impacte el pronóstico, y además en nuestra práctica clínica no utilizamos los puntajes de tratamiento basado en los síntomas que utilizamos para investigación.

Quiero presentarles a todos ustedes hoy este concepto de curación mucosa, para dejarles saber que es probablemente hacia donde nos dirigimos en el futuro. Sí, queremos que alguien se sienta mucho mejor, esto es obviamente muy importante, pero también queremos curar el tejido. Lo que estamos aprendiendo ahora a través de varios ensayos de investigación es que si curamos el tejido, tenemos remisión prolongada, evitamos hospitalización, tal vez podemos disminuir las cirugías y otras complicaciones, y ciertamente podemos disminuir el riesgo de cáncer. Así que ha habido una tendencia emergente hacia considerar la curación del tejido en la misma medida que hacer que alguien se sienta mejor.

El problema es, y no profundizaré demasiado en este punto, que como médicos e investigadores y todos ustedes como audiencia que o conocen a alguien o tienen enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, cómo hacemos esto, cómo definimos como curar el tejido. La curación mucosa ha sido un área que probablemente entendemos mejor a través de una colonoscopia o una endoscopia y tomando biopsias. Hay muchas otras técnicas posibles no invasivas por venir en el futuro, ya sea en la sangre o examinando ciertas muestras que no requieren endoscopia para medir la curación mucosa. Así que estén atentos.

¿Qué pasa con el paciente asintomático que no tiene curación endoscópica? Este es un concepto interesante respecto a que hay algunas personas que no reportan los síntomas, no intencionalmente sino porque simplemente no sienten la inflamación. El asunto es que tal vez están acostumbrados a sus síntomas y han vivido con ellos por años y dicen que no tienen un problema y están simplemente acostumbrados a él. O tal vez hay algunas personas que realmente no sienten la inflamación. Entonces miramos si están tomando sus medicamentos regularmente, deberíamos como médicos incrementar el tratamiento si vemos inflamación, o simplemente deberíamos decir bueno, se sienten bien, dejémoslo como está, podemos realmente curar el tejido en todas las personas y cuáles son los riesgos y los beneficios de intentar utilizar más medicamento para curar la mucosa.

Acabamos de regresar de nuestra conferencia nacional de CCFA como médicos e investigadores y todo esto fue tema de discusión de una mañana. Y me temo que no tenemos la respuesta perfecta todavía, pero curar la mucosa es probablemente de primordial importancia.

Pasemos al mantenimiento de la terapia. El ochenta por ciento de las personas

que continúa tomando sus medicamentos permanecerá en remisión. Entonces tenemos a alguien con enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, está bajo medicamento, tiene su enfermedad bajo control, y si mantiene sus medicamentos le va bien. Curiosamente, el 20% de los pacientes que detiene el tratamiento puede permanecer en remisión, y la pregunta es por qué algunas personas detienen el tratamiento. Y esta diapositiva tiene mucha información, pero es algo intuitiva. Razones comunes por las que las personas dejan de tomar el medicamento se deben a factores relacionados con el paciente, por ejemplo ser hombre, la soltería, y el olvido. Si usted tiene que tomar 20 pastillas al día, no es raro que se le olvide tomarlas. El otro gran problema es que las personas que de hecho se sienten muy bien a menudo dicen bueno, tal vez ya no necesito mis medicamentos. Los factores económicos también desempeñan un rol. Obviamente en la era en la que estamos en este momento, si un medicamento tiene un costo prohibitivo, el seguro no lo cubre, simplemente no es factible, no es asequible. Los factores relacionados con el medicamento son importantes. Tal vez el régimen de la dosis es complicado o tal vez alguien lee algo en la web y se preocupa por los efectos secundarios o tal vez este impacta la rutina diaria o tal vez hay otros factores involucrados. Por último creo que es importante tener una buena relación con su médico o proveedor de salud para revisar algunos de estos detalles.

¿Cuáles son las razones para la no adherencia y para no tomar los medicamentos? Repito, mencioné el olvido, esa fue la razón más común citada, pero una segunda es la falta de beneficio percibido o si las personas que entran en remisión se sienten bastante bien.

Hubo un estudio elocuente al respecto y lo que pueden ver aquí, que creo que es algo intuitivo, es que el 89% de los pacientes con colitis ulcerosa que continuó tomando sus 5-aminosalicilatos se mantuvo en remisión. Para aquellos pacientes que detuvieron sus medicamentos o que fueron no adherentes a los medicamentos, sólo el 40% o el 39% permaneció en remisión. Aunque esto es intuitivo, es importante continuar tomando los medicamentos.

Creo que como médicos podemos mejorar la adherencia, educando a las personas sobre los pros y los contras del medicamento y trabajando realmente con los pacientes. Creo que así mismo los pacientes deben hacerle saber a los médicos algunas de las barreras para tomar el medicamento.

Permítanme cambiar de tema por un minuto y hablar un poco sobre la cirugía. Lo que estamos notando es que cerca de dos terceras partes a tres cuartas partes de las personas con enfermedad de Crohn y cerca de una tercera parte de las personas con colitis ulcerosa necesitarán cirugía. Yo no consideraría la cirugía como un fracaso. Algunas veces es un tratamiento necesario para hacer que las personas se sientan mucho mejor. En la enfermedad de Crohn, se requiere a menudo para una obstrucción o una estenosis, a veces para una fistula o infección. En la colitis ulcerosa, la razón más común para la cirugía hoy es cuando la enfermedad no está respondiendo al

medicamento o cuando alguien desarrolla un pre-cáncer o una displasia. Esta es otra indicación común.

Aquí se muestran los tipos de cirugía más comunes para la colitis ulcerosa. En el extremo izquierdo está lo que se denomina una ileostomía terminal, que creo que a muchas personas les preocupa tenerla. En ella el colon es removido y hay una estoma o una bolsa adherida. Les diré que desde el punto de vista del resultado a muchas personas con ileostomías les va bien a largo plazo, pero ahora hay una alternativa para algunas personas, no todas, llamada una anastomosis ileoanal con reservorio, en el lado derecho de la diapositiva, en la que el colon es removido y se une todo junto. No tengo una foto de la cirugía en la enfermedad de Crohn, pero si imaginan un pedazo largo de tubería del que se sacan seis pulgadas en la mitad y se vuelven a unir los dos extremos de la tubería, ese es el tratamiento más común para la enfermedad de Crohn en lo que se refiere a cirugía.

¿Qué pasa con el rol del estrés en la enfermedad inflamatoria del intestino? Este es un dibujado animado que dice creo que es estrés. Todos nosotros sabemos que el estrés definitivamente desempeña un rol en la enfermedad inflamatoria del intestino y sabemos que realmente puede empeorarla y que su manejo puede de hecho mejorarla. Ha habido estudios en nuestro centro y en otros centros, sobre cómo el estrés puede tener impacto en la enfermedad inflamatoria del intestino. Si observan la curva roja punteada al lado derecho de la diapositiva, en la que el estrés y la ansiedad están a lo largo del eje de las X, y el desempeño y la eficiencia están a lo largo del eje de las Y, si imaginan los atletas, o personas que se ponen nerviosas antes de un juego, a menudo la adrenalina fluye y el estrés de hecho es bueno hasta cierto punto. Pero el problema es para alguien que tiene estrés crónico, cuando se está más allá del punto máximo de la curva, puede tener un efecto perjudicial. Sabemos ahora que el estrés definitivamente desempeña un rol en la enfermedad de Crohn y la colitis, y con frecuencia manejarlo y lidiar con él constituye una parte importante del tratamiento.

Hay formas ahora de manejar el estrés y lidiar con él. No voy entrar en demasiados detalles, pero incluso han sido utilizados métodos simples como ejercicio, yoga, diferentes grupos de apoyo como los excelentes grupos que ofrece CCFA, bioretroalimentación, y terapia cognitivo conductual, y aún cosas como la hipnosis. Los días en que se decía que el estrés no era importante han terminado. Sabemos que es importante. Y como médicos e investigadores, y como CCFA, estos son objetivos que estamos considerando para manejar mejor la enfermedad.

La nutrición también es importante. Sabemos que es importante en la curación y la inflamación, y el sistema inmunológico y los niveles de energía. Desafortunadamente en este momento no contamos con la dieta prescrita perfecta. Sé que esta es una pregunta popular y muy común. Se ha escrito mucho sobre esto y yo atiendo muchos pacientes con enfermedad de Crohn y colitis y si ustedes escucharan las dietas que funcionan para cada uno, son muy diferentes de una persona a otra. Definitivamente

pensamos que la dieta desempeña un rol. Simplemente no sabemos exactamente cuál es la dieta correcta para cada persona en forma individual. Y pienso que eso es importante.

Sabemos que generalmente los carbohidratos con más fibra soluble son buenos. Una pregunta que se plantea con frecuencia es si la fibra es buena o mala para la enfermedad inflamatoria del intestino. Generalmente comer fibra está bien siempre y cuando una persona no tenga estenosis o un estrechamiento debido a la enfermedad de Crohn. Obviamente si hay obstrucciones o problemas con obstrucciones, las frutas y verduras frescas, el maní, el maíz, y las palomitas de maíz pueden ser difíciles de digerir. A menudo usamos también suplementos. Si miran la tabla en la parte inferior, algunas personas necesitan inyecciones de B12. Sabemos que los niveles de vitamina D y calcio a veces son bajos en nuestros pacientes con enfermedad inflamatoria del intestino y necesitamos suplementarlos. En general, mi recomendación es que todas las personas con EII tomen un complejo multivitamínico. Pero hay algunas personas que necesitan suplementos adicionales.

Tengo un par de diapositivas más para finalizar y después creo que estaremos a tiempo para responder cualquier pregunta en la media hora restante. Pero quiero presentar una viñeta clínica de una persona con enfermedad de Crohn que yo atendí, que creo que representa un ejemplo bastante típico.

Se trata de una mujer de 23 años, estudiante de enfermería, que fue llevada a urgencias por presunta apendicitis, es decir inflamación del apéndice. Tenía dolor en la parte inferior derecha del abdomen. De hecho había tenido dolor y deposiciones irregulares por años y originalmente le habían dicho que tenía síndrome de colon irritable. Un escenario muy común en nuestros pacientes con enfermedad inflamatoria del intestino es que se les ha dicho por largo tiempo que tienen colon irritable, fue tal vez simplemente algo que comió, o la dieta. Sin embargo, recientemente el dolor se hizo más severo. Empezó a tener fiebres y algo de pérdida de peso. Estas son cosas que no esperaríamos ver con el síndrome de colon irritable. Y le mencionaré a la audiencia que síntomas de alarma, como pérdida de peso, fiebre, dolor severo, ciertamente sangrado, estas son cosas que deben ser tratadas por un médico porque no son síntomas típicos del colon irritable.

Cuando llegó a urgencias, mencioné que a menudo realizamos análisis de sangre. Hay algo llamado conteo de glóbulos blancos, que estaba elevado y mostró que había un problema o con inflamación o con infección. Así que se le practicó una tomografía computarizada y mostró que estaban inflamadas la última parte del intestino delgado, repito esta es llamada el íleon, la parte superior del colon llamada el ciego, que a propósito, es donde queda el apéndice, por eso al principio se pensó que tenía apendicitis. Entonces practicamos una colonoscopia y encontramos inflamación en el íleon, el ciego, y la parte superior del colon, y biopsias confirmaron la enfermedad de Crohn. No en todas las personas se manifiesta de la misma manera, pero esta es una

presentación típica de alguien con enfermedad de Crohn.

Quisiera dejarlos con la última diapositiva y con que pienso que realmente el futuro para la enfermedad inflamatoria del intestino es bastante prometedor. Contamos con más investigación, más conocimiento, gracias a, repito, grupos como CCFA. Tenemos un mejor conocimiento no sólo del sistema inmunológico, sino del ambiente. Y lo más importante, la genética. Nuestro centro ha analizado la genética y tenemos ahora más de 150 genes identificados. Así que tal vez algún día nos alejemos del enfoque la única herramienta es un martillo, todo se ve como un clavo, y podamos personalizar el cuidado de la EII, es decir que podamos realizar un análisis de sangre para medir el genotipo y el fenotipo y evaluar cómo se presenta, cuáles son sus síntomas, dónde está la inflamación. Creo que ese día probablemente vendrá pronto. De hecho más pronto de lo que pensamos. Y pienso que esto en última instancia conducirá a un mejor tratamiento que no sólo alterará el curso natural de la enfermedad, es decir cómo va alguien con enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, sino que evitará medicamentos innecesarios, efectos secundarios innecesarios, y finalmente lo que todos esperamos, es que definitivamente conduzca a una cura. Creo que esto está en el futuro.

Quiero agradecerles a ustedes como audiencia por su atención a mi charla. Y ahora daré paso a las preguntas. Creo que Laura tiene unas palabras para decir también, muchas gracias.

Laura Wingate:

Muchas gracias, Dr. Regueiro, por su informativa presentación. Es ahora el momento para la sesión de preguntas y respuestas de nuestro programa. Si está escuchando este programa en inglés, el Operador pronto explicará cómo ponerse en espera para hacer preguntas. Tengo preguntas enviadas previamente por nuestra audiencia en español y que alternaré con cada una de las preguntas en vivo. Así que si está escuchando este programa en español, por favor haga caso omiso de las siguientes instrucciones dadas por nuestro operador. Operador, por favor dé las instrucciones a la audiencia por teléfono y por Internet.

Operador:

Si está escuchando esta conferencia en inglés, para participar haciendo una pregunta, por favor marque asterisco-1 en su teclado. Si está participando por Internet, simplemente haga clic en "Preguntar", escriba su pregunta, y luego haga clic en "Enviar". Responderemos preguntas en el orden en que se reciben. Sólo podemos aceptar una pregunta por persona. Una vez que haya enunciado su pregunta el Operador lo transferirá de regreso a la línea de la audiencia. Repito, para hacer una pregunta por favor marque asterisco-1 en su teclado o haga clic en "Preguntar", escriba su pregunta, y luego haga clic en "Enviar".

Laura Wingate:

Dr. Regueiro, responderemos nuestra primera pregunta de la audiencia en

español. Vilma de Venezuela escribe, he estado tomando mesalamina por 18 años, ¿se conocen algunos efectos secundarios? Y la segunda parte de su pregunta es ¿existen otros medicamentos efectivos para tratar la colitis ulcerosa en el recto?

Dr. Miguel Regueiro:

Esa es una excelente pregunta y gracias por hacerla. La pregunta es si es seguro tomar mesalamina, esto es 5-aminosalicilato, por un largo tiempo, y cuál es el mejor tratamiento para la proctitis ulcerosa o inflamación únicamente en el recto.

Bien, mesalamina o la categoría del 5-aminosalicilato ha existido por mucho tiempo y es probablemente uno de los medicamentos más comunes y seguros que tenemos. Generalmente es bien tolerado y para responder la pregunta, creo que el perfil de seguridad de alguien que lo ha estado tomando tanto tiempo es muy bueno. De hecho puede también ayudar a prevenir el cáncer en pacientes con colitis ulcerosa. Generalmente como médicos recomendamos que las personas que toman mesalamina se realicen anualmente un conteo sanguíneo, lo que se denomina un conteo sanguíneo completo, prueba de funcionamiento del riñón, y prueba de funcionamiento del hígado. Muy, muy, muy, muy, muy raras veces vemos anormalidad al respecto.

Y la segunda parte de la pregunta, probablemente el mejor tratamiento para la proctitis ulcerosa o inflamación en el recto principalmente, es utilizar un supositorio o enema de mesalamina. Aunque suene como un concepto extraño, a veces aplicar un tratamiento directamente en el recto y curar el recto es mejor que tomar muchas pastillas.

Laura Wingate:

Gracias. Vamos a tomar la siguiente pregunta de la audiencia por Internet. Esta pregunta es de Kathleen. ¿Cuál es la investigación más reciente sobre células madre para la enfermedad de Crohn?

Dr. Miguel Regueiro:

Cuál es la investigación más reciente para la enfermedad de Crohn. Actualmente hay varios tratamientos disponibles para la enfermedad de Crohn, pero también hay muchos en proyecto. En este momento la mayoría de la investigación está dirigida al enfoque biológico, lo que llamamos citocinas. Y hay más de 50 ensayos en este momento evaluando administrar medicamentos que se dirigen a ciertos químicos inmunológicos en el cuerpo. Algunos son suministrados como pastillas, algunos son suministrados como inyecciones, y algunos son suministrados por vía intravenosa. Creo que probablemente en los próximos cinco años varios de ellos estarán disponibles fácilmente para la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.

Laura Wingate:

¿Y con respecto a la investigación de células madre?

Dr. Miguel Regueiro:

Y la investigación de células madre es uno de esos tratamientos. La investigación de células madre es de hecho interesante ya que puede existir la capacidad para suministrar células madre y estas pueden venir como células madre mesenquimatosas, pueden ser autólogas, de uno mismo, y estas son a menudo obtenidas en diferentes formas. Para decirlo brevemente, si las administramos en el cuerpo, curiosamente pueden curar la inflamación en una forma natural que no inhibe el sistema inmunológico como algunos de los otros medicamentos que mencioné hace un minuto. Hay varios ensayos de células madre en curso, estamos esperando sus resultados. Los estudios preliminares se ven muy positivos y creo que en algún momento las células madre estarán disponibles para la enfermedad de Crohn y la colitis.

Laura Wingate:

Gracias. Operador, responderemos nuestra siguiente pregunta de la audiencia por teléfono.

Operador:

La siguiente pregunta es de Julianne en Louisiana.

Julianne:

Sí, soy dependiente de esteroides y he tomado tanto Remicade como Enbrel[®]. Me gustaría conocer más sobre los otros agentes biológicos que mencionó el Dr. Regueiro.

Dr. Miguel Regueiro:

Buena pregunta. Alguien dependiente de esteroides, ha tomado Remicade y Enbrel, qué pasa con las otras terapias biológicas.

Ahora mismo comercialmente hay tres terapias biológicas además de las que usted mencionó. Hay Humira, que es adalimumab, Cimzia, que es certolizumab, y natalizumab, que es Tysabri. Cimzia y Humira son similares a Remicade, excepto que son suministrados en forma de inyección. Humira es totalmente humana. Y certolizumab es la que llamamos humanizada. Ambas funcionan como lo hace Remicade. Desafortunadamente, Enbrel no ha mostrado ser efectivo en la EII. Pero si Remicade ha funcionado, algunas veces ensayaremos una de estas otras dos. Si ninguna de ellas funciona, Tysabri ha sido aprobada para esclerosis múltiple. Es suministrada por vía intravenosa. Generalmente ha sido muy efectiva. Se ha presentado una extraña complicación llamada LPM, que es una infección que puede afectar el sistema nervioso central, y creo que empañó en algo nuestro entusiasmo, pero tengo pacientes tomándola que van bastante bien. Estos son los otros tres tratamientos comercialmente disponibles.

Laura Wingate:

Gracias. Responderemos la siguiente pregunta de nuestra audiencia en español.

Esta pregunta viene de Sheylamar en Puerto Rico. ¿Puede el ejercicio agravar la enfermedad de Crohn?

Dr. Miguel Regueiro:

Gracias por esa pregunta. Hemos visto dos cosas con el ejercicio que lo hacen interesante. Por lo general puede mejorar la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. Y algunas veces los síntomas, y creemos que incluso tal vez puede mejorar la inflamación. Sin embargo, hay un grupo de personas que son corredores o que hacen bastante ejercicio, en los que de hecho notamos que la diarrea o sus síntomas empeoran. Olvídense por un minuto de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. Hay atletas de élite que corren bastante, que tienen problemas de diarrea sin tener enfermedad de Crohn o colitis, y creemos que puede ser la forma en que la sangre circula al intestino en personas que corren largas distancias. Para responder su pregunta en forma simple, el ejercicio no empeora la enfermedad de Crohn o la colitis, pero algunas personas que hacen bastante ejercicio pueden notar más diarrea o incluso un poco más de sangrado y esto probablemente tiene que ver con la forma en que la sangre circula en su intestino.

Laura Wingate:

Gracias. La siguiente pregunta es de Marianne de la audiencia por Internet. En su experiencia ¿cómo compararía la efectividad y los efectos secundarios de mercaptopurina versus azatioprina y con qué frecuencia debe realizarse un análisis de sangre mientras se estén tomando estos medicamentos?

Dr. Miguel Regueiro:

Azatioprina y mercaptopurina, también conocidos como Imuran o 6-MP, son esencialmente el mismo medicamento, es decir que azatioprina, que es Imuran, se convierte automáticamente en mercaptopurina en el cuerpo. Así que cuando usted toma la pastilla se convierte en mercaptopurina. La mayor diferencia es la dosis, las dosis en miligramos son diferentes. Y tenemos que hacer la conversión. En cuanto al análisis de sangre y a cómo monitoreamos los pacientes que toman mercaptopurina o azatioprina, cada médico lo hace un poco diferente, pero creo que todos estamos de acuerdo en que se requieren análisis de sangre de rutina para los conteos sanguíneos completos y prueba de funcionamiento del hígado. La razón para esto es que muy raras veces uno de los efectos secundarios de estos medicamentos es que pueden bajar el conteo de glóbulos blancos, los cuales intervienen en combatir infecciones. También pueden causar un incremento en la prueba de funcionamiento del hígado como resultado de inflamación en el hígado. La buena noticia es que si se presenta cualquiera de esos problemas, detenemos el tratamiento y esos problemas desaparecen.

Laura Wingate:

Vamos a responder la siguiente pregunta de nuestra audiencia por teléfono, Operador.

Operador:

Nuestra siguiente pregunta es de Rita en Florida.

Rita:

Sí, hola. Esta pregunta es con respecto a los nuevos tratamientos que usted dice estarán disponibles en los próximos cinco años. ¿Alguno de ellos no será contraindicado si una persona tiene TB latente que no puede ser tratada?

Dr. Miguel Regueiro:

Esa es una muy buena pregunta. El asunto es que una de las cosas que hemos encontrado con algunos de estos medicamentos, incluyendo los anti-FNTs, es que si una persona tiene tuberculosis latente, ha habido un incremento de reactivación de la tuberculosis. Sin entrar en todas las excepciones de la TB latente, hay algunas personas con TB latente que de hecho podemos tratar con estos medicamentos, pero es un poco complicado explicar cómo en detalle. Pero para responder su pregunta sobre los tratamientos más recientes, algunos de ellos pueden ser beneficiosos para personas que tienen TB subyacente o TB latente porque no parecen dirigirse al sistema inmunológico en una forma que estimule la TB. Así que algunos de estos tratamientos pueden estar disponibles y pueden no causar problemas con la TB.

Laura Wingate:

Gracias. Responderemos la siguiente pregunta de la audiencia en español. Esta pregunta es de Germán en España. ¿Cuáles son los pasos generales a seguir en pacientes refractarios que han recibido los tratamientos convencionales?

Dr. Miguel Regueiro:

Esa es una excelente pregunta y de hecho podría ser el tema de toda una conferencia, así que gracias por esa pregunta. Creo que hay muchas señales en las personas que fracasan al tratamiento tradicional, pero cuando alguien no está respondiendo al medicamento tratamos de encontrar una, o mejor un par de señales, si se trata de una complicación de la enfermedad o si se trata de la enfermedad en sí. Por ejemplo algunas veces personas con enfermedad de Crohn parecen empeorar con el tratamiento y encontramos que pueden tener mucho tejido cicatrizante, una estenosis, o una fistula o un problema de penetración que causa inflamación o infección. Y de hecho en algunas de esas personas que consideramos refractarias, recomendaremos cirugía. También, vemos mayores tasas de infección. Hay una llamada Clostridium difficile o C. diff, que se ha convertido casi en epidemia. En algunas personas que encontramos que son refractarias al tratamiento, necesitamos descartar otras infecciones y asegurarnos de que ese no es el caso. Finalmente, en aquellas personas que tienen enfermedad de Crohn o colitis activa y no están respondiendo al tratamiento, necesitamos considerar alguna de las nuevas terapias biológicas o si hay disponibilidad, investigar si son elegibles para un ensayo clínico de investigación.

Laura Wingate:

Gracias. La siguiente pregunta es de la audiencia por Internet. Es de Rodrigo y pregunta, si usted tiene enfermedad de Crohn y no ha alcanzado la curación mucosa, pero está en remisión, ¿le pediría a su médico seguir incrementando la dosis o cambiar medicamentos para alcanzar la curación mucosa?

Dr. Miguel Regueiro:

Estas son todas extraordinarias preguntas y desearía que todos ustedes hubieran podido asistir a la conferencia de médicos de CCFA este fin de semana porque estos son exactamente los temas que tratamos, así que los felicito a todos por sus preguntas.

Le daré mi respuesta. La pregunta es si tenemos que continuar direccionando el tratamiento hacia curar la mucosa completamente si alguien no alcanza la curación mucosa total, pero se siente bien. Me parece que si curamos la mucosa hasta cierto punto, pero no podemos curarla totalmente, pero la vida de la persona se ha normalizado, su calidad de vida es mejor, se siente mejor, tiene menos dolor, menos diarrea, si está bajo lo que consideramos terapia médica máxima, tal vez sea lo mejor que podemos hacer y no estoy seguro que sin pasar por una cirugía drástica podamos atender el problema más allá de eso. Sin embargo, si alguien no está bajo lo que consideramos un tratamiento agresivo, que tal vez todavía tiene síntomas leves y la enfermedad todavía está activa, creo que lo que hemos aprendido ahora es que si podemos curar la mucosa al intensificar el tratamiento, ya sea con un inmunomodulador o con una terapia biológica, curar la mucosa a largo plazo tiene beneficios en prevenir cáncer, cirugía, hospitalización y futuras complicaciones. Así que si podemos curar la mucosa, excelente, y eso es importante. Pero creo que hay algunas personas que simplemente no podemos curar totalmente, ni siquiera con el tratamiento máximo. Y que tal vez eso sea lo mejor que podemos hacer.

Laura Wingate:

Gracias. Operador, responderemos la siguiente pregunta de la audiencia por teléfono.

Operador:

La siguiente pregunta es de Sherry en California.

Sherry:

Hola, mi pregunta es cuándo alguien tiene enfermedad de Crohn, ¿puede la osteoporosis ser un resultado de la enfermedad de Crohn?

Dr. Miguel Regueiro:

La pregunta es osteoporosis en la enfermedad de Crohn. Vemos una mayor incidencia y prevalencia de osteoporosis o adelgazamiento óseo con la enfermedad de Crohn. En parte puede ser nutricional, deficiencia de vitamina D, deficiencia de calcio. En parte puede ser una complicación de los medicamentos, específicamente corticosteroides como prednisona, que acelera la pérdida ósea en la osteoporosis.

Generalmente como médicos, es nuestro trabajo tratar de establecer la salud ósea. Con frecuencia recomendamos el densitómetro óseo, controlar la vitamina D y el calcio, y tratar de limitar el uso de esteroides debido a que la osteoporosis es común en la enfermedad de Crohn, pero es muy común con esteroides.

Laura Wingate:

Gracias. Responderemos nuestra siguiente pregunta de la audiencia en español. Esta pregunta es de María en Ontario, Canadá. Mi hijo sufre recaídas cada vez que le da una gripa, ¿esto es común?

Dr. Miguel Regueiro:

Ese es un escenario muy común. La pregunta es a alguien que le da una gripa parece tener recaídas de su enfermedad de Crohn o colitis. Curiosamente, aunque ustedes pensarían que no están conectadas, me refiero a tener una tos viral o problema con los senos nasales o dolor de garganta, de hecho sabemos que las infecciones de las vías respiratorias superiores han sido asociadas con brotes de la enfermedad de Crohn y la colitis. Probablemente la razón es que mientras el sistema inmunológico se acelera, por así decirlo, para combatir la infección o la gripa, no puede distinguir entre la gripa y el intestino. Así que mientras el sistema inmunológico lucha contra la gripa, con frecuencia puede empeorar la enfermedad de Crohn o la colitis. Y ese es un escenario muy común. Me temo que esto es difícil de evitar, excepto que recomendamos cosas como vacunas antigripales en personas con enfermedad inflamatoria del intestino porque tener gripa además de EII puede ser bastante duro.

Laura Wingate:

Gracias. La siguiente pregunta es de Bruce, de la audiencia por Internet. ¿Qué puede decirme acerca del examen de calprotectina fecal, por qué no se usa con más frecuencia?

Dr. Miguel Regueiro:

De manera interesante en los biomarcadores que han sido analizados, hay una calprotectina fecal o de heces y una lactoferrina fecal, y la pregunta es por qué estos no son más utilizados comúnmente. Creo que hay un par de razones. Una es que como médicos e investigadores estamos tratando de posicionarlos en la práctica clínica. Respecto a su pregunta creo que probablemente serán utilizados con mayor frecuencia en el futuro. Creo que se correlacionan con la curación mucosa y la inflamación. Y pronosticaría que probablemente en los próximos cinco años veremos que estas pruebas se ordenen con más frecuencia. Lo otro es que, y cada centro es diferente respecto a esto, pero al menos en el que yo estoy, a veces cuando ordenamos estas pruebas, las compañías de seguro no las cubren y el costo puede ser bastante alto. Aunque la prueba en sí no debería ser muy costosa, la cuenta que reciben las personas puede serlo. Así que esta ha sido una limitación. Creo que en la comunidad pediátrica, se están empezando a utilizar con más frecuencia y creo que en las comunidades adultas de EII y gastroenterología ciertamente vamos a utilizarlas más en el futuro

porque creo que son muy buenas pruebas.

Laura Wingate:

Gracias. Operador, nuestra siguiente pregunta de la audiencia por teléfono.

Operador:

La siguiente pregunta es de Annette en Nueva York.

Annette:

Recientemente tuve cirugía por enfermedad de Crohn. De hecho la tuve en marzo de 2010. Desde entonces no he tomado medicamentos. Fui a mi control con el doctor y me dijo bueno, si se siente bien, tal vez debería sólo esperar y observar. Me suministraron prednisona muy fuerte cuando estuve en los dos primeros episodios antes de tener la cirugía y realmente no puedo tolerarlo. Tomé Asacol[®] al menos por 16, 17 años. A propósito, esta es mi segunda cirugía, la primera fue hace 17 años. Y luego él me dijo que dejara de tomar el Asacol, ya no es efectivo para la enfermedad de Crohn. Así que ahora estoy en el aire, realmente no sé qué hacer.

Dr. Miguel Regueiro:

Creo que la pregunta es cómo manejar el postoperatorio de la enfermedad de Crohn, es algo a lo que le hacemos seguimiento o es algo que tratamos automáticamente. Esto es realmente algo muy cercano a mi corazón ya que hemos investigado extensamente al respecto en los últimos cinco años. Y la respuesta que le daré es que creo que cuando menos, si alguien ha tenido cirugía por enfermedad de Crohn, en los seis a doce meses siguientes a la cirugía, especialmente si no está tomando medicamento, sería importante hacer una colonoscopia y examinar donde se realizó la cirugía, para asegurarse de que no hay recurrencia temprana de la enfermedad de Crohn. Porque lo que hemos aprendido es que no es rara la recurrencia en la enfermedad de Crohn después de la cirugía, pero a menudo toma años antes de que la persona sienta que regresa.

Lo segundo es que estamos aprendiendo ahora que las personas que han tenido múltiples cirugías o que tienen lo que llamamos fistula o enfermedad de penetración, o aquellos que fuman después de la cirugía, tienen la tasa más alta de recurrencia y se está impulsando la posibilidad de suministrar tempranamente medicamentos preventivos, cosas como Imuran, 6-mercaptopurina, incluso los agentes anti-FNT, para tratar de prevenir la recurrencia y la necesidad de una futura cirugía.

Laura Wingate:

Gracias. Nuestra siguiente pregunta viene de Internet y es de Linda, ¿qué piensa sobre utilizar un doctor de tipo holístico natural además de su gastroenterólogo regular?

Dr. Miguel Regueiro:

Creo que ese es un tema importante y como comunidad clínica y de

investigación, todavía estamos tratando de aprender cuál es el mejor enfoque. Mi opinión personal es que en la medicina hay muchas cosas que entendemos, pero muchas que no. Por lo tanto creo que la medicina complementaria, ciertos enfoques holísticos y naturales pueden tener un rol. Como dicen, el problema está en los detalles, es decir que hay ciertas cosas que pueden hacerse para complementar el tratamiento tradicional que creo que tiene sentido. Ciertas cosas como los probióticos, los cuales mencioné en mi charla. Sin duda este tipo de cosas serían beneficiosas. Si alguien tiene EII severa, detiene todos los tratamientos e intenta un enfoque más natural, yo probablemente lo haría de manera concertada con un gastroenterólogo o médico para asegurar que la persona esté bajo algún tipo de tratamiento porque hemos visto personas que abandonan el tratamiento completamente y más tarde tienen problemas. Pero para responder su pregunta, definitivamente creo que hay un rol para los medicamentos naturales complementarios. Simplemente creo que debe hacerse en forma concertada con el médico tratante de la EII.

Laura Wingate:

Gracias. Dr. Regueiro, esta va a ser la última pregunta y es de Jean. ¿Qué piensa sobre el uso de una baja dosis de naltrexona como una forma de manejar la EII?

Dr. Miguel Regueiro:

Uno de los nuevos tratamientos interesantes explorados recientemente ha sido naltrexona y para aquellos que desconocen qué es naltrexona, funciona en un receptor opioide o receptor de dolor para de hecho bloquear el receptor. Tradicionalmente se ha utilizado para combatir algunos de los narcóticos y revertir los efectos de narcóticos. Pero ha surgido una investigación interesante, evaluando ciertos receptores nerviosos en la EII que pueden conducir a inflamación. Y la cuestión es si suministrar un medicamento como naltrexona puede bloquear eso. Hubo un estudio de fase inicial que fue publicado y parece bastante prometedor para la enfermedad de Crohn. Ahora mismo lo reservaría más para el campo de la investigación. Un centro académico que esté interesado en investigar esto debería supervisarlos. Tal vez en el futuro sea un tratamiento efectivo que utilizaremos como estándar de atención, pero creo que hasta entonces necesitamos enfocarnos en los centros de investigación que están evaluando naltrexona.

Laura Wingate:

Gracias, Dr. Regueiro, por su ilustrativa presentación y sus respuestas a nuestras preguntas.

Para todos en la línea, si sus preguntas no fueron respondidas, pueden llamar al Centro de Recursos Informativos de CCFA al 888-694-8872. El centro está disponible para asistir tanto quienes hablan inglés como español.

Para ayudarnos a mejorar nuestro conocimiento sobre la EII, los animamos a que se unan a Colaboradores de CCFA, nuestro registro nacional de resultados informados

por pacientes. Simplemente completen una encuesta de evaluación en línea y sean parte de esta apasionante iniciativa de investigación. Visiten www.ccfapartners.org para aprender más y para participar.

Los animo a todos ustedes a completar la evaluación del programa. Sus comentarios nos ayudan a estructurar programas futuros.

Si desean continuar la discusión con compañeros participantes, por favor visiten el Foro de Tratamientos en la página web de la comunidad de CCFA en www.ccfacommunity.org.

También queremos agradecer especialmente a Shire por su contribución benéfica para el programa de hoy.

En nombre de la Fundación de Crohn y Colitis de América, gracias por participar. Adiós.

FIN