

# COLITIS ULCEROSA

&

# ENFERMEDAD DE CROHN

Autor: MARIA DEL CARMEN MOREIRA ALONSO  
Centro de trabajo: CENTRO ASISTENCIAL ASEPEYO-VIGO

Correspondencia: MARIA DEL CARMEN MOREIRA ALONSO  
BO/S.CAYETANO,5B-PARAMOS  
36729-TUI-PONTEVEDRA  
TFN: 607343163

## RESUMEN

Tanto en la E. de Crohn como en la CU, con una etiopatogenia aún desconocida, se postula la teoría de una disregulación inmunológica en individuos predispuestos genéticamente sobre los que actúan factores externos. Entre otros, la literatura recoge que fumar “protege” frente a la CU y “favorece” el desarrollo de E. de Crohn.

Epidemiológicamente ambas presentan un pico de incidencia entre los 15 y los 30 años de edad, si bien la CU tiene una mayor afectación en hombres y la E. de Crohn en mujeres. En España las tasas de incidencia están aumentando en los últimos años, aunque lejos de las cifras de los países del norte de Europa.

Fuera de los períodos de actividad los pacientes presentan una capacidad, funcionalidad y actividad laboral normales, superando en algunos estudios los datos laborales obtenidos por el grupo control.

Las últimas innovaciones terapéuticas incluyen pautas con anticuerpos monoclonales quiméricos y se están haciendo estudios con trasplantes autólogos hematopoyéticos.

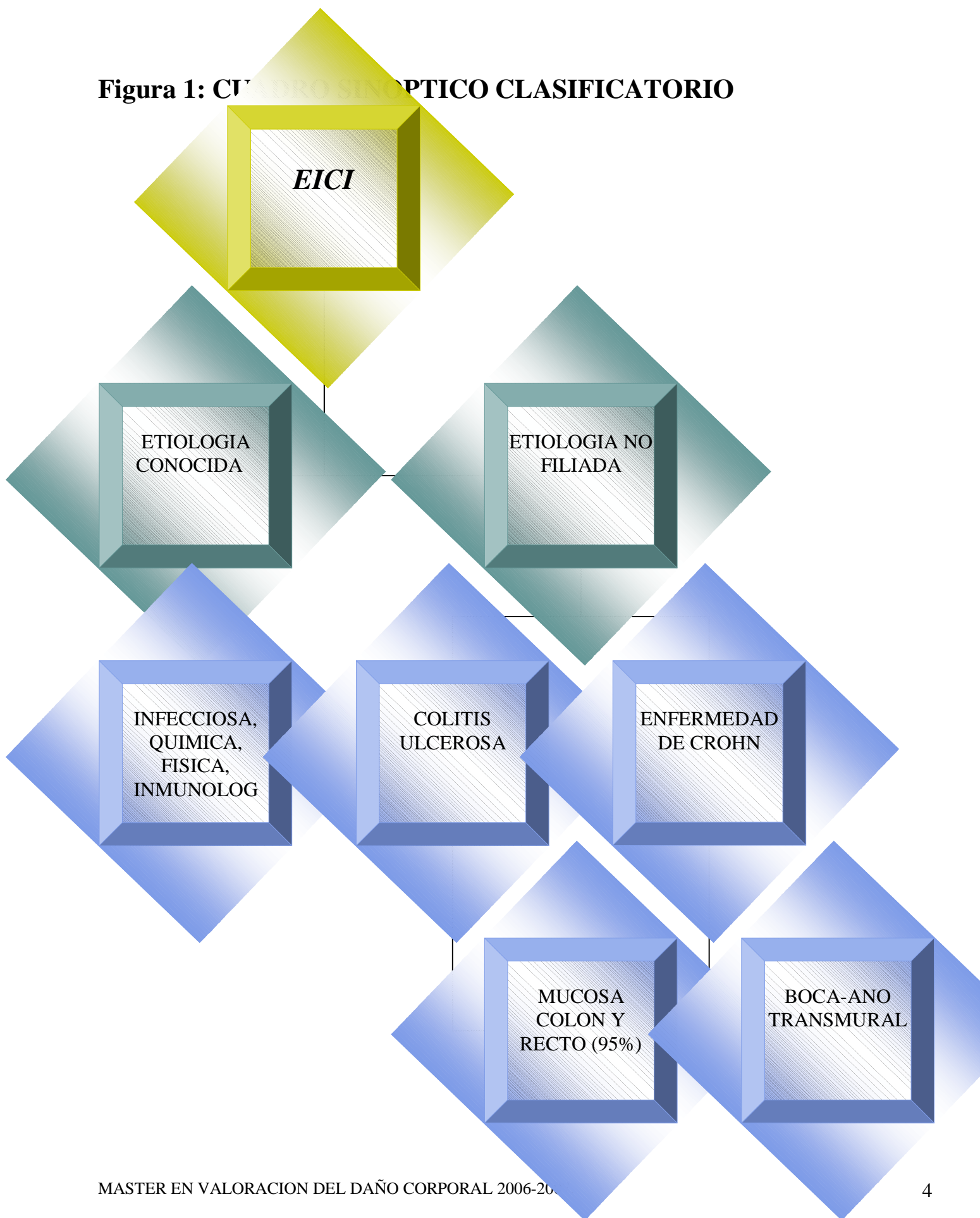
En Asepeyo, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, a lo largo del año 2006 ambas patologías han generado que el 0.012 % de sus afiliados a nivel nacional precisaran una Incapacidad Temporal (IT) por Contingencia Común. El 50% de los enfermos tenían menos de 35 años, el 62.9 % eran hombres y demográficamente la mitad de los casos se registraron entre Andalucía, Madrid y Cataluña.

Casi el 85% de los casos duraron menos de 180 días y menos del 3% terminaron con la concesión de una Incapacidad Permanente (2% en grado de Total y 0.86% en grado de Absoluta).

## INDICE

• Cuadro sinóptico clasificatorio.....	3
• Epidemiología.....	4
• Etiopatogenia.....	5
• Clínica.....	7
• Diagnóstico.....	9
• Diagnóstico diferencial.....	14
• Complicaciones extraintestinales.....	15
• Formas evolutivas.....	17
• Tratamiento.....	18
• Gestación y enfermedad inflamatoria intestinal.....	22
• Factores psicológicos/psicosociales.....	23
• E. de Crohn y colitis ulcerosa como causa de Incapacidad Temporal por Contingencia Común en Asepeyo en 2006.....	24
• Bibliografía.....	31
• Abreviaturas.....	34

**Figura 1: CUADRO SINOPTICO CLASIFICATORIO**



## EPIDEMIOLOGIA

La incidencia y prevalencia varían notablemente en las diferentes áreas geográficas. En España presentan tasas de incidencia crecientes, pero todavía lejos de países que históricamente presentan una mayor prevalencia como es el norte de Europa.

### 1. INCIDENCIA:

- COLITIS ULCEROSA: 10.4/100000 habitantes (40 % mas alta al norte de Europa). Picos de incidencia máximos entre los 15-30 y 50-70 años. Mayor afectación en hombres.
- E. DE CROHN: 5.6/ 100000 habitantes (80% mas frecuente al norte de Europa). Pico de incidencia máximo entre 15-30 años. Mayor afectación en mujeres

Estos datos se han obtenido de estudio prospectivo hecho en Europa con un periodo de observación de 2 años y protocolo estándar de definición y verificación de casos. En España: se estudiaron 4 ciudades dentro del estudio europeo (Santander, Vigo, Motril, Mallorca) con una incidencia de 8/100000 habitantes para colitis ulcerosa y 5.5/100000 habitantes para E. de Crohn.

### 2. PREVALENCIA: existen muy pocos estudios. Se estima que:

- COLITIS ULCEROSA: 10-14 veces superior a la incidencia
- E. DE CROHN: 10-20 veces superior a la incidencia. En la población judía es 2-9 veces superior que en otros grupos raciales

## ETIOPATOGENIA

La **etiopatogenia** es **desconocida**, siendo la teoría más aceptada la que habla de una *desregulación de la respuesta inmune del huésped frente a la flora bacteriana residente y a otros Ag intraluminales en sujetos susceptibles genéticamente*. Por tanto existen factores ambientales y agentes infecciosos aun desconocidos que contribuyen a desarrollar la enfermedad sobre una base genética.

- **FACTORES GENETICOS:** la mayor evidencia hasta ahora es la asociación de colitis ulcerosa con HLA-DR2 ( Toyota et al 1993) e IL-1 receptor antagonista (cromosomas 6 y 2). Recientemente se han descubierto 3 mutaciones en el gen NOD2/CARD15, situado en el cromosoma 16q12, que predispone a padecer la E. de Crohn y determina algunas de las características fenotípicas (localización ileal, edad de comienzo más precoz, comportamiento fibroestenotante).

Existe una concordancia en gemelos entre 40-60% en E. de Crohn y 6-17% en colitis ulcerosa. Cuando existe historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal previa la prevalencia oscila entre el 5-22%, muy superior a la población general, e incluso no es raro encontrar en una misma familia enfermos con E. de Crohn y otros con colitis ulcerosa.

- **AGENTES INFECCIOSOS:** algunos pacientes presentan mejoría clínica cuando reciben largos ciclos de antibióticos, lo cual sugiere un agente etiológico infeccioso (*Mycobacterium avium*, *E.coli*, *Pseudomona*, *H.Pylori*, *Yersinia*,...) que en sujetos predispuestos genéticamente activarían una inapropiada respuesta inmune.
- **DIETA:**
  1. **LECHE DE VACA:** Glassman et al en 19990 sugieren una potencial relación entre sensibilización a la leche de vaca durante la infancia y el desarrollo de colitis ulcerosa.
  2. **LACTANCIA:** Whorwell y Hellers en respectivos estudios sugieren un menor período de lactancia en E. de Crohn y colitis ulcerosa respecto a los controles.
  3. **AZUCAR REFINADO:** los estudios orientan hacia un incremento de riesgo en E. de Crohn y no en colitis ulcerosa por consumo a dosis altas.
  4. **FRUTAS, VEGETALES Y FIBRA:** varios estudios hablan de un descenso en su consumo en ambas patologías.
  5. **COMIDA RAPIDA:** Person et al realizaron en 1992 un estudio de casos y controles en suecos, encontrando que el consumo de esta comida al menos 2 veces por semana se asocia con un aumento de 3-4 veces el riesgo de E. de Crohn y colitis ulcerosa.
  6. **CAFÉ Y ALCOHOL:** estudios no concluyentes.

- **DEFICIENCIAS NUTRICIONALES:** la malnutrición es frecuente en estos pacientes: alteración en la absorción por inflamación de la mucosa, resecciones intestinales/síndrome del intestino corto, tratamientos con corticoides que aumentan las necesidades nutricionales, “por miedo al dolor abdominal no comen”,...
  1. 20-30% niños y adolescentes con E. de Crohn presentan **retraso en el crecimiento** (Gryboski & Spiro 1978).
  2. 25-76% de casos de E. de Crohn presentan **hipoproteïnemia** (Harries & Heatley 1983).
  3. **Anemia:** deficiencia de hierro, ac fólico o B12 (resección ileal).
  4. Diarrea produce **perdida electrolitos**, sobre todo potasio.
  5. Deficiencia vitaminas liposolubles (A,D,E,K).
  
- **TABACO:** las evidencias epidemiológicas indican que fumar protege frente a la colitis ulcerosa y favorece el desarrollo de E. de Crohn. Es posible que actúe de diferente forma en cada una, con un efecto vascular adverso en E. de Crohn y protector de la mucosa en CU (no demostrado).
  1. **COLITIS ULCEROSA:** el fumador tiene 50% menos riesgo que el que nunca ha fumado. El efecto “protector” del tabaco es similar en ambos sexos. Fumadores duros tienen menor riesgo que fumadores moderados (Logan & Kay 1989-cohortes prospectivo).  
Ex fumadores: aumento del riesgo en cuanto dejan de fumar (Benoni & Nilsson 1987).  
Existen datos de mejoría del cuadro al volver a fumar y evidencias de que tanto fumar como el tratamiento con parches de nicotina inducen remisión en la forma activa.
  2. **ENFERMEDAD DE CROHN:** doble riesgo desarrollo enfermedad respecto al que nunca ha fumado y mayor en mujeres. Igual riesgo para fumador duro que moderado (Lindberg et al 1988). Ex fumadores menor riesgo que fumadores.  
Los fumadores sufren más recaídas, mayor diarrea y necesitan más ingresos que los no fumadores (Holdstock et al 1984).
  3. **Fumador pasivo:** niños que han sido fumadores pasivos en su infancia tienen mayor riesgo de desarrollar EC de adulto (Persson et al 1990) y disminuido de CU (Sandler et al 1991)
  
- **ACO:** en dos estudios (casos-contrôles y cohortes) se objetivó un 50% más de riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal en mujeres que tomaban aco frente mujeres que no los habían tomado nunca. RR de 1.6 en E. de Crohn y 1.4 en colitis ulcerosa (Godet et al 1995). No hay evidencia de que dejar de tomarlos influya en el pronóstico una vez instaurada la enfermedad.

## CLINICA

- **DIARREA:**
  1. Número y consistencia deposiciones: compactas, blandas, pastosas, líquidas.
  2. Volumen.
  3. Productos patológicos: sangre, moco, pus.
  4. Síndrome rectal: urgencia, tenesmo o incontinencia expresa afectación distal del rectosigma.
- **ESTREÑIMIENTO:** con/sin dolor abdominal consecuencia de la estenosis o pérdida capacidad motora colon izdo por un proceso inflamatorio crónico.
- **DOLOR ABDOMINAL:**

### ***ENFERMEDAD DE CROHN***

1. Afectación ileal: fosa ilíaca derecha.
2. Estenosis: dolor cólico carácter suboclusivo.
3. Afectación gástrica o duodenal: indistinguible de ulcera péptica.

### **COLITIS ULCEROSA: cólico + tenesmo**

- **FIEBRE:** expresión proceso inflamatorio o complicación: (absceso, perforación o sobreinfección bacteriana).
- **PERDIDA DE PESO:** más frecuente en E. de Crohn. Alteraciones de la absorción (afectación intestino delgado) y actividad catabólica aumentada por la actividad inflamatoria.
- **AFECTACION PERIANAL:**
  1. Abscesos: múltiples o recidivantes.
  2. Fístulas internas (vesicales, entero entéricas) y externas (cutáneas, vagina, periné)
  3. Fisuras.

*En 20-36 % de los casos la afectación perianal es la primera manifestación de la enfermedad y puede preceder en varios años a los síntomas digestivos en E. de Crohn (se ha identificado un gen en el cromosoma 5 que puede condicionar susceptibilidad).*

- **CANCER DE ANO:** se han descrito carcinoma epidermoides, adenocarcinoma en trayectos fistulosos crónicos y sinus persistentes.  
Incidencia < 1% y tratamiento oncológico convencional



**Tabla I: DIFERENCIAS CLINICAS ENTRE COLITIS ULCEROSA Y E. DE CROHN**

	<b>E. DE CROHN</b>	<b>COLITIS ULCEROSA</b>
<b>RECTORRAGIA</b>	+/-	+++
<b>MASA ABDOMINAL</b>	+++	-
<b>DOLOR ABDOMINAL</b>	+++	+
<b>PERDIDA DE PESO</b>	++	+
<b>FIEBRE</b>	+	+
<b>FISTULAS</b>	FRECUENTE	INFRECUENTE
<b>ABSCESOS</b>	FRECUENTE	RAROS
<b>AFECTACION PERIANAL</b>	FRECUENTE	INUSUAL
<b>ESTENOSIS INTESTINAL</b>	FRECUENTE	INFRECUENTE

Tabla obtenida del libro "Principios básicos de gastroenterología para médicos de familia" (2ª Edición-página 394)

## DIAGNOSTICO

En un 10-15% de los pacientes es imposible establecer con precisión un diagnostico definitivo de colitis ulcerosa o E. de Crohn  $\Rightarrow$  *colitis indeterminada o inclasificable*.

Se emplean 4 criterios: clínicos, radiológicos, endoscópicos, anatomopatológicos.

### 1. COLITIS ULCEROSA:

- **ANALITICA:** reactantes fase aguda, anemia, ANCA (anticuerpos anticitoplasma de los neutro filios  $\rightarrow$  60% colitis ulcerosa, 6-10% E. de Crohn), ASCA (anticuerpos anti-saccaromyces cerevisiae  $\rightarrow$  50-80 %, E. de Crohn <10%).
- **COPROCULTIVO**
- **COLONOSCOPIA:** de elección (doble biopsia no es mejor que la simple en despistaje displasia/carcinoma de colon en colitis ulcerosa crónica).
- **RADIOLOGIA SIMPLE:** de elección para megacolon y perforación.
- **ENEMA OPACO:** estudio estenosis colon. En brote grave puede facilitar perforación o megacolon.
- **ECOGRAFIA ABDOMINAL CON ENEMA DE AGUA:** valora extensión y actividad de colitis ulcerosa.
- **GAMMAGRAFIA CON LEUCOCITOS AUTOLOGOS MARCADOS CON TC 99 (99TC-HMPAO):** mejor en E. de Crohn. Permite estimar de forma no invasiva la extensión y actividad.
- **ANATOMIA PATOLOGICA:** fundamental junto con endoscopia

## 2. ENFERMEDAD DE CROHN:

- ANALITICA: descartar infección por Yersinia en ileitis aguda. Importante la anemia ferropénica (malabsorción, sangre oculta en heces), megaloblástica (vit B12) o mixta. Determinación de ANCA.
- COPROCULTIVO
- ENDOSCOPIA SUPERIOR E INFERIOR
- RADIOLOGIA SIMPLE: perforación, megacolon.
- ENEMA OPACO: de elección y obligado en estudio inicial.
- ECOGRAFIA ABDOMINAL CON DOPPLER: valorar cambios en el flujo pared.
- ECOGRAFIA ENDOANAL: de elección en enfermedad perianal.
- TAC ABDOMINAL: de elección en abscesos abdominales.
- RMN: valoración integridad aparato esfinteriano e identificar trayectos fistulosos complejos.
- TC-HMPAO
- ANATOMIA PATOLOGICA

**Tabla II: DIFERENCIAS HISTOLOGICAS ENTRE E. DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA**

	<b>E. DE CROHN</b>	<b>COLITIS ULCEROSA</b>
<b>DISTRIBUCION</b>	PARCHEADA	DIFUSA
<b>AFECTACION</b>	TRANSMURAL	MUCOSA(SUBMUCOSA)
<b>DEPLECION DE MUCINA</b>	OCASIONAL	HABITUAL
<b>METAPLASIA CELULAS DE PANETH</b>	OCASIONAL, FOCAL	FRECUENTE
<b>ABSCESOS DE CRIPTAS</b>	OCASIONAL	TIPICO
<b>NEUTROFILOS LIBRES LAMINA PROPIA</b>	TIPICO, FOCAL	INFRECUENTE
<b>GRANULOMAS</b>	CARACTERISTICO	NO

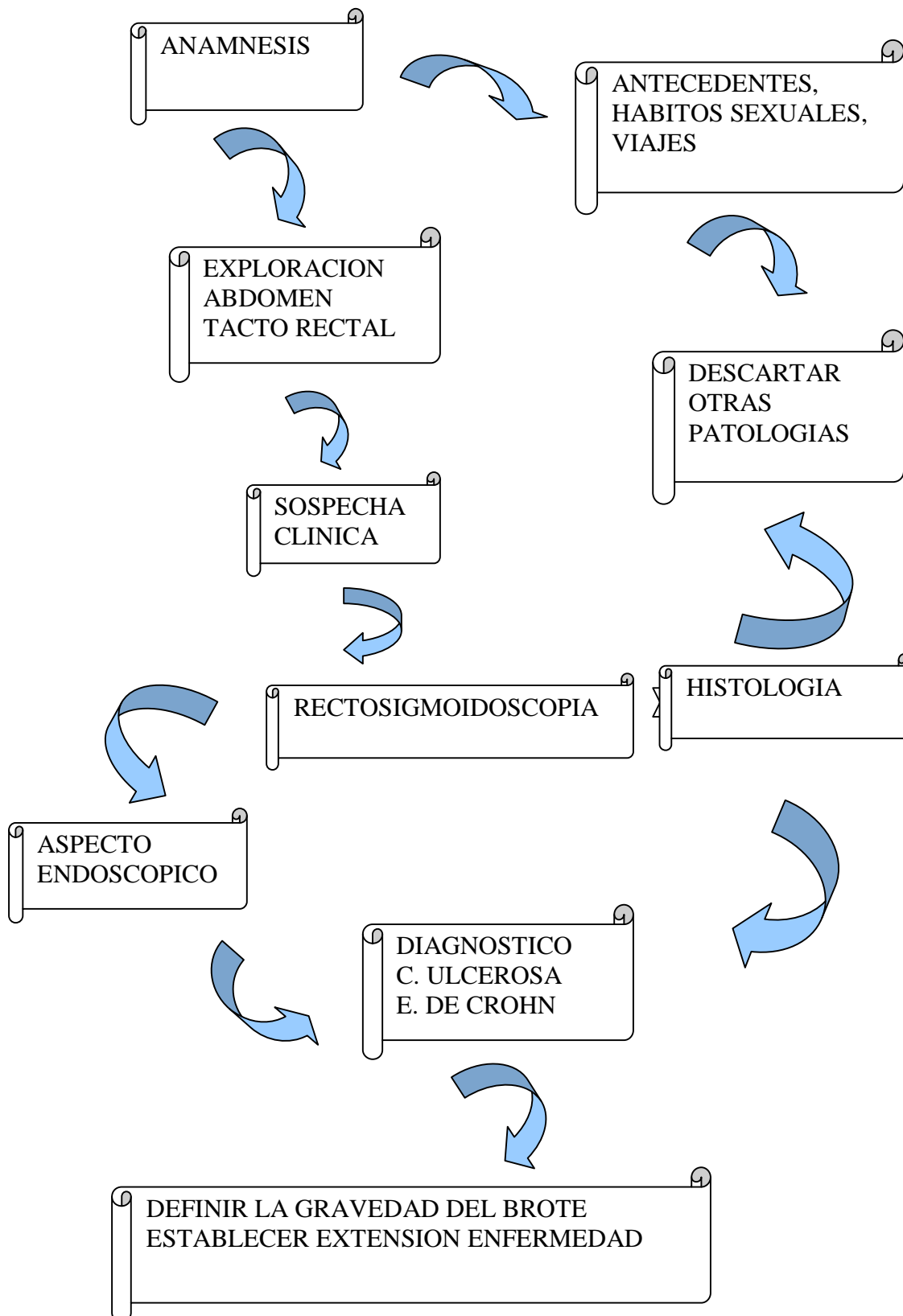
Tabla obtenida del libro "Principios básicos de gastroenterología para médicos de familia" ( 2ª Edición-página 398)

**Tabla III: DIFERENCIAS ENDOSCOPICAS ENTRE E. DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA**

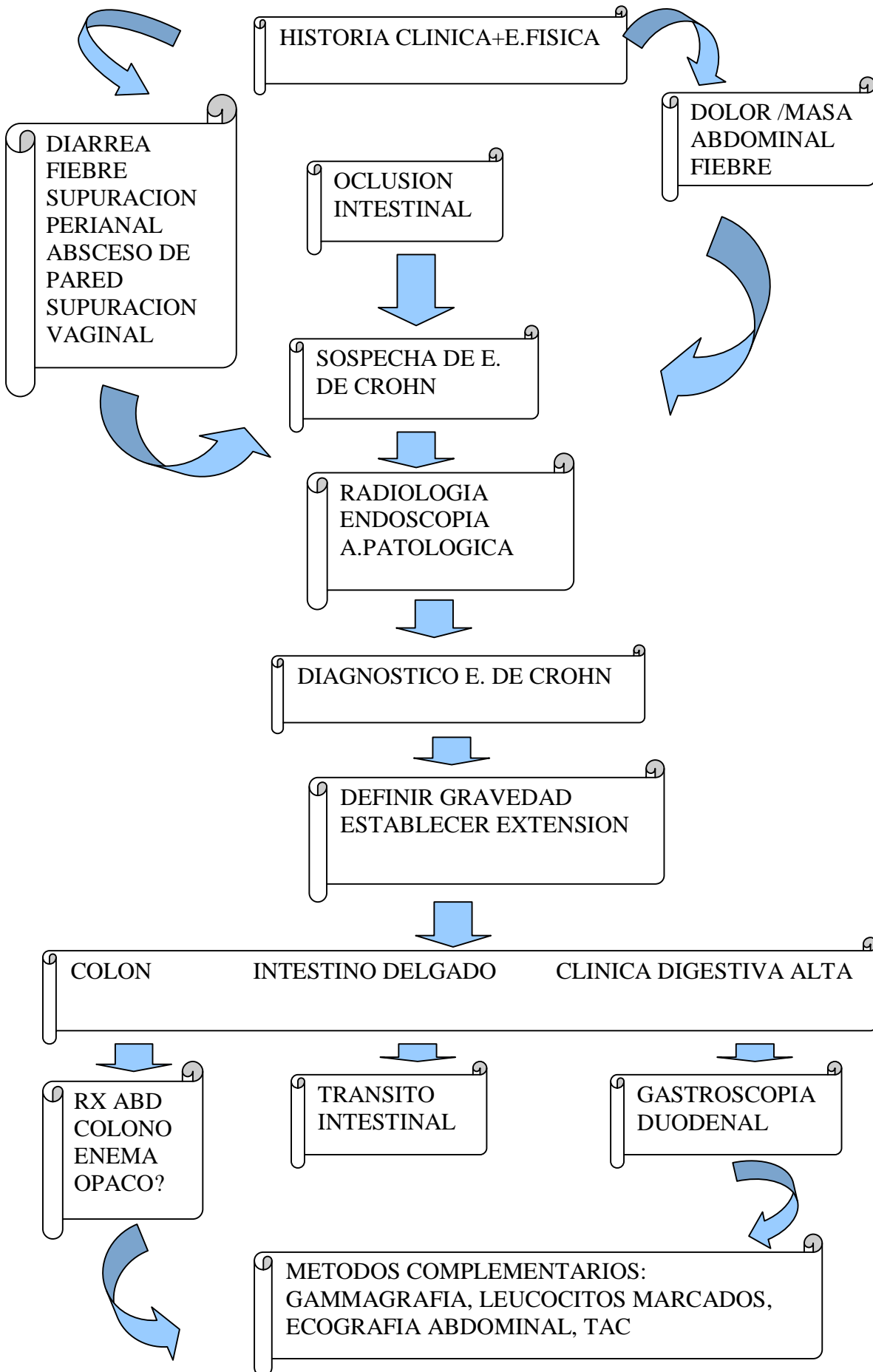
<b>CARACTERISTICAS</b>	<b>ENFERMEDAD DE C ROHN</b>	<b>COLITIS ULCEROSA</b>
<b>HIPEREMIA MUCOSA</b>	PARCHEADA	DIFUSA
<b>SUPERFICIE MUCOSA</b>	NODULAR Y POLIPOIDE	GRANULAR (FINA)
<b>ULCERAS</b>	SI("SACABOCADOS"/AFTAS)	SOLO ENCASOS GRAVES
<b>AFECTACION RECTAL</b>	50%	95%
<b>DISTRIBUCION LESIONES</b>	DISCONTINUA	CONTINUA
<b>ESTRECHEZ DE LA LUZ</b>	FRECUENTE	INFRECUENTE
<b>AFECTACION ILEON TERMINAL</b>	FRECUENTE	10% (ILEITIS POR REFLUJO)
<b>PSEUDOPOLIPOS</b>	INFRECIENTES	FRECIENTES

Tabla obtenida del libro "Principios básicos de gastroenterología para médicos de familia" ( 2ª Edición-página 396)

## ESTRATEGIA DIAGNOSTICA DE LA COLITIS ULCEROSA



### ESTRATEGIA DIAGNOSTICA DE LA E. DE CROHN



## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Tabla IV: CARACTERISTICAS DIFERENCIALES ENTRE LA COLITIS ULCEROSA Y LA E. DE CROHN

<b>COLITIS ULCEROSA</b>	<b>ENFERMEDAD DE CROHN</b>
<b>RECTO+/- COLON</b>	<b>DESDE BOCA HASTA ANO</b>
<b>AFECTACION CONTINUA</b>	<b>AFECTACION DISCONTINUA</b>
<b>SOLO MUCOSA</b>	<b>TRANSMURAL</b>
<b>A.P.:</b>	<b>A.P.:</b>
<b>-ABSCESO DE CRIPTA</b>	<b>-GRANULOMAS</b>
<b>-DEPLECION DE MUCINA</b>	<b>-AGREGADOS LINFOIDES</b>
<b>-DISTORSION GLANDULAR</b>	<b>-FIBROSIS</b>

Tabla obtenida del libro "Principios básicos de gastroenterología para médicos de familia" ( 2ª Edición-página 400)

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON OTRAS ENFERMEDADES

1. **SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE:** analítica y pruebas complementarias normales.
2. **COLITIS INFECCIOSAS:** Shigella, Campylobacter, Giardia.
3. **OTRAS COLITIS:** actínica, por aines, laxantes, isquemica, PAN.
4. **OTRAS:** apendicitis aguda, tuberculosis y linfoma intestinales (E. de Crohn con afectación ileal) embarazo ectópico, enfermedad inflamatoria pélvica,...

## ***COMPLICACIONES EXTRAINTESTINALES***

Su prevalencia en la población española es una de las más altas comunicadas hasta el momento (20-25%). La concordancia en miembros de la misma familia con enfermedad inflamatoria intestinal es alta y varía entre 70-84%.

Los órganos afectados con más frecuencia son: piel, articulaciones, ojos e hígado y *en ocasiones aparecen antes de que se presente la clínica intestinal.*

- **OFTALMOLOGICAS:**
  1. **Epiescleritis:** más frecuentes en E. de Crohn con respuesta regular a su tto.
  2. **Uveítis anterior:** más frecuente en colitis ulcerosa.
- **HEPATOBIILIARES:**
  1. **Colangitis esclerosante primaria.**
  2. Hipertransaminasemia.
- **OSTEOARTICULARES:** las más frecuentes (6-25% pacientes) y predominando en afectación colon.
  1. **Artritis periférica:** 20%. Con predilección por grandes articulaciones, encontramos artralgia, sinovitis con inflamación y tumefacción. Responde bien al tratamiento del brote.
  2. **Artropatía axial:** más frecuente en E. de Crohn. Poca relación con actividad enfermedad intestinal por lo que responde mal al tratamiento de ésta.
    - **Sacroileitis:** presente hasta en un 80% pacientes sólo son sintomáticas <5%. Independiente HLA-B27+
    - **Espondilitis anquilopoyética:** presente en 5-10% de los casos, más frecuente en varones. HLA-B27+ 50-70% casos
- **PIEL:**
  1. **Eritema nudoso:** hasta 9% en colitis ulcerosa y 15% E.de Crohn con afectación de colon. Nódulos subcutáneos rojo-violáceos, dolorosos y calientes, generalmente en región pretibial de miembros inferiores.

Relacionados con período de actividad de la enfermedad, responden bien al tratamiento de la misma.
  2. **Pioderma gangrenoso:** hasta 12% colitis ulcerosa y 1-2% E. de Crohn. Mayor frecuencia en miembros inferiores.

Tratamiento complejo requiriendo con frecuencia inmunosupresores.
  3. **Estomatitis aftosa:** más prevalente en E. de Crohn (13%)

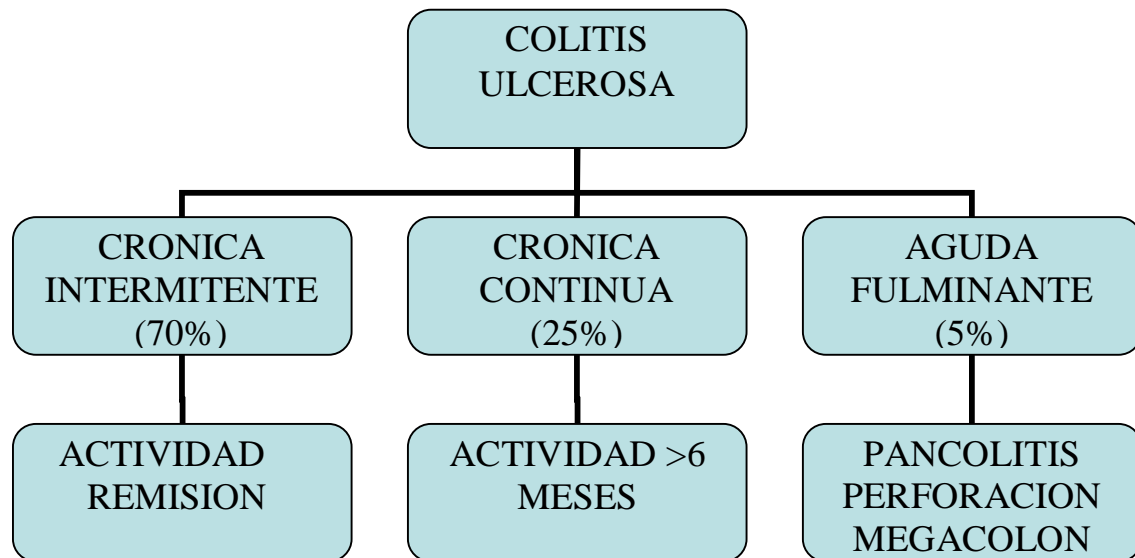


**Tabla V: MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**

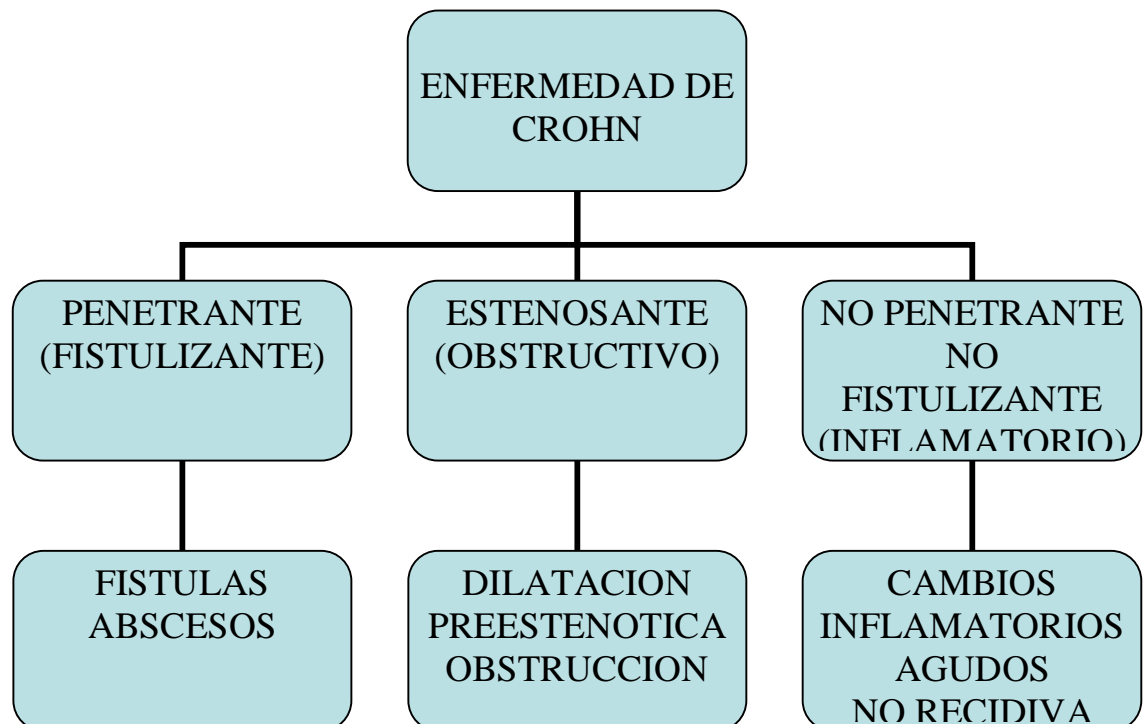
<i>DEPENDIENTES DE LA LOCALIZACION DE LA INFLAMACION INTESTINAL</i>		
<b>COLONICA</b>	<b>INTESTINO DELGADO</b>	<b>INESPECIFICAS</b>
<b>OCULARES</b>	NUTRICIONALES	AMILOIDOSIS
<b>ARTICULARES</b>	LITIASIS RENAL/BILIAR	OSTEOPOROSIS
<b>DERMATOLOGICAS</b>	HIDRONEFROSIS	OSTEOPENIA
<b>HEPATOBILIARES</b>		ANEMIA
<i>DEPENDIENTES DE LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA INTESTINAL</i>		
<b>RELACIONADAS</b>	<b>PARCIALMENTE RELACIONADAS</b>	<b>NO RELACIONADAS</b>
<b>ARTRITIS PERIFERICA TIPO I</b>	PIODERMA GANGRENOSO	SACROILEITIS
<b>ERITEMA NUDOSO</b>	UVEITIS ANTERIOR	ESPONDILITIS ANQ
<b>EPIESCLERITIS</b>	ARTRITIS PERIFERICA TIPO II	COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA
<b>AFTAS BUCALES</b>		

Tabla obtenida del libro “Principios básicos de gastroenterología para médicos de familia” ( 2ª Edición-página 404)

## FORMAS EVOLUTIVAS DE LA COLITIS ULCEROSA



## FORMAS EVOLUTIVAS DE LA E. DE CROHN



## TRATAMIENTO

**ANTI-INFLAMATORIOS:** se emplean derivados del *ácido aminosalicílico*, como son sulfasalazina y mesalacina.

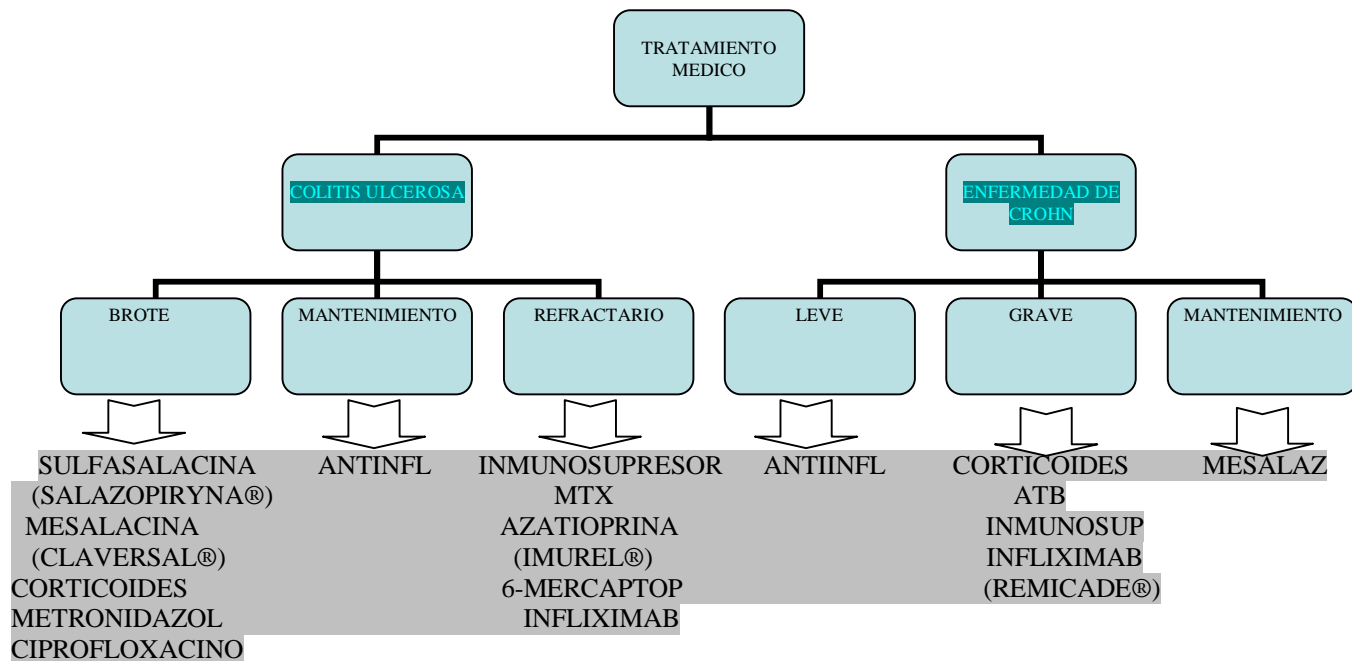
**Inmunosupresores:** azatioprina y su metabolito la 6-mercaptopurina

Los **antibióticos** juegan un papel esencial en el tratamiento de las complicaciones sépticas de la E. de Crohn, incluyendo los abscesos intraabdominales y perianales así como las fístulas. Existe evidencia de que el ciprofloxacino y el metronidazol o la combinación de ambos es efectiva en E. de Crohn para el tratamiento de colitis e íleo colitis, pero no en la afectación ileal aislada. Su uso en colitis ulcerosa no está totalmente avalado por los estudios.

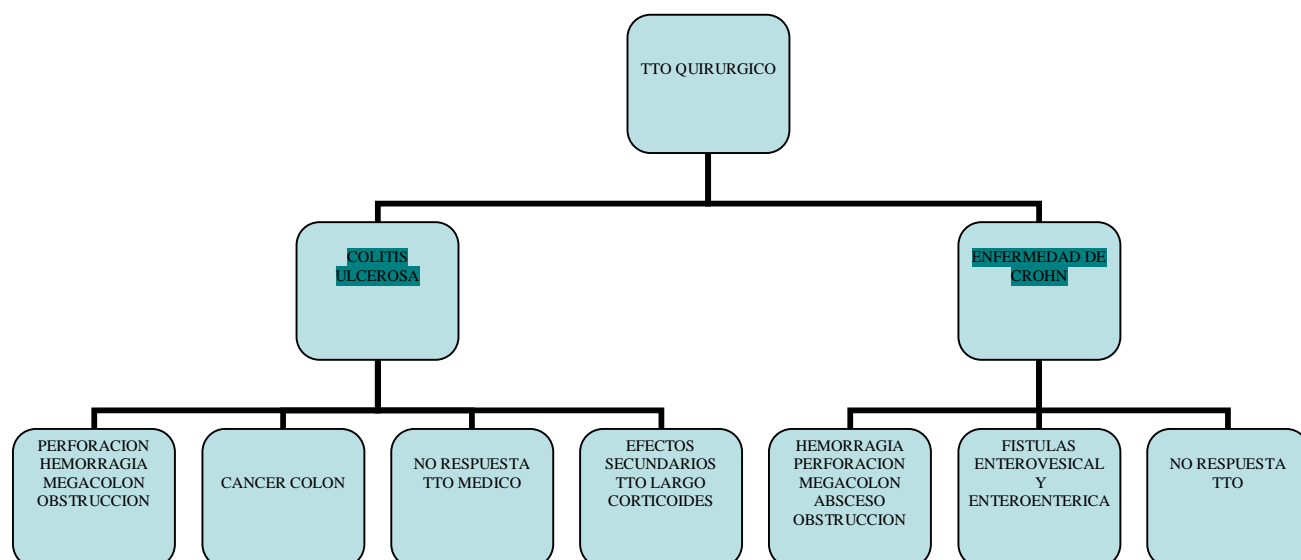
**Infliximab:** es un anticuerpo monoclonal quimérico (75% humano, 25% murino) de clase IgG 1 que neutraliza la actividad biológica del TNF- $\alpha$  al impedir la unión a sus receptores por lo que actúa como inhibidor de la respuesta inflamatoria. Su uso no está indicado en pacientes con estenosis.

Dada la alta morbilidad y/o incremento de la mortalidad en los casos refractarios y teniendo en cuenta que son inflamaciones intestinales mediadas inmunológicamente, se están haciendo estudios con **transplantes autólogos hematopoyéticos**.

**Figura 2: MANEJO DEL TRATAMIENTO MEDICO**



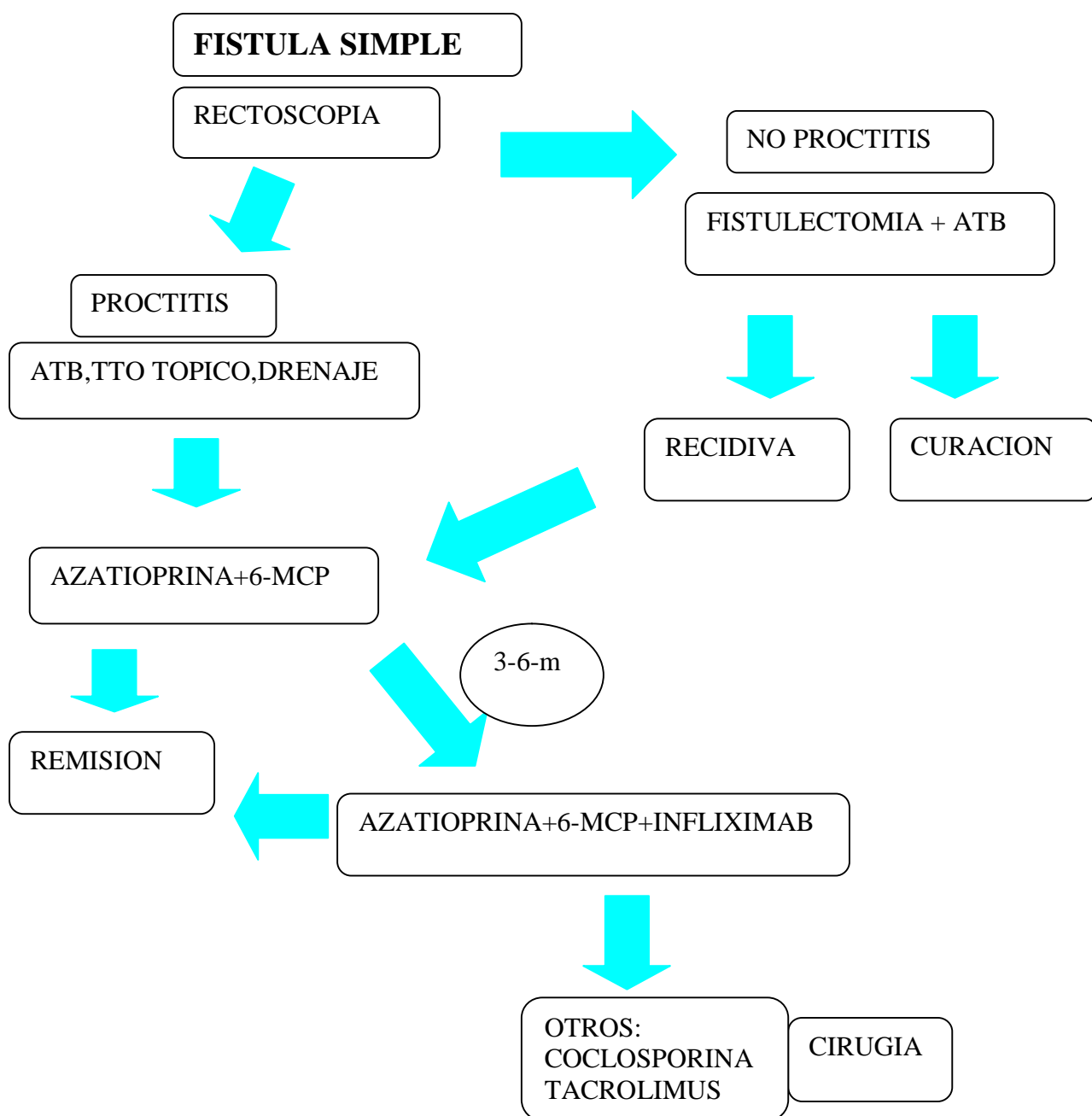
**Figura 3: INDICACIONES DE TRATAMIENTO QUIRURGICO**



## TRATAMIENTO DE LA E. DE CROHN FISTULOSA PERIANAL

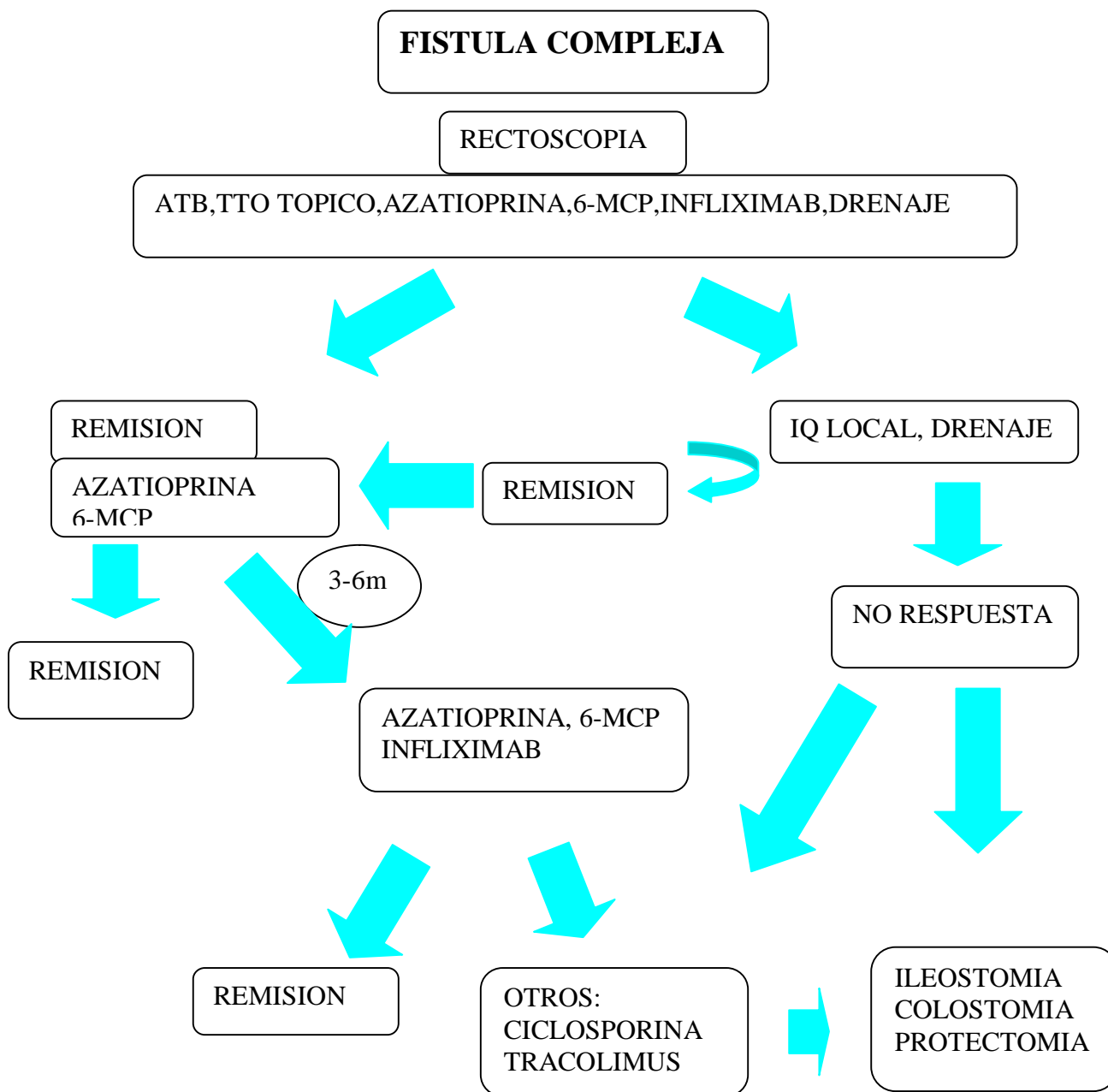
Representa un importante problema de morbilidad ya que su incidencia oscila entre 14-38%

**Figura 4: ALGORITMO DE ACTUACION EN LA ENFERMEDAD FISTULOSA PERIANAL SIMPLE**



Datos obtenidos de emergencias 2006,18:39

**Figura 5: ALGORITMO DE ACTUACION EN LA ENFERMEDAD FISTULOSA PERIANAL COMPLEJA**



Datos obtenidos de emergencias 2006,18:39

## GESTACION Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

La fertilidad, el embarazo y el parto es un tema importante en mujeres jóvenes afectas de esta patología. Los estudios de Willoughby & Truelove de 1980 sugieren que la fertilidad no está reducida en colitis ulcerosa, mientras que los de Fielding & Cooke indican que si lo está en E. de Crohn.

Es aconsejable concebir durante una fase de remisión, pues la evolución de esta enfermedad en la gestación se ve influida por la presencia o ausencia de actividad antes del inicio del embarazo.

En mujeres con colitis ulcerosa en remisión en el momento del embarazo, entre 10-54% (media 34%) recaen, pero es un valor comparable con colitis ulcerosa en no embarazadas. Si presentan colitis activa en el momento del embarazo 1/3 mejora y 2/3 no (Neilson et al 1983).

*El aborto terapéutico no altera el curso de la enfermedad.*

En colitis ulcerosa la incidencia de alteraciones congénitas, bajo peso y aborto espontáneo es la misma que en la población general (Porter & Stirrat 1986), mientras que en E. de Crohn activa existen el doble de posibilidades de mortinatos, aborto espontáneo y parto prematuro (Khosla et al 1984).

Los efectos de la cirugía en el alumbramiento no están completamente estudiados, existiendo un progresivo número de mujeres con partos vaginales tras cirugía ileoanal sin complicaciones.

*En E. de Crohn la presencia de afectación perianal es indicación de cesárea.*

TTO:

- **Leve** :corticoides, sulfasalazina y mesalazina a dosis habituales
- En caso **estrictamente necesario** azatioprina (riesgos feto)
- **Evitar**: ciclosporina, olsalacina, metronidazol, difenoxilato, loperamida
- **PROHIBIDO: MTX**

## FACTORES PSICOLOGICOS/ PSICOSOCIALES

Ángstrom y Lindquist (1991) estudiaron la prevalencia de patología psiquiátrica en adolescentes entre 9 y 18 años, encontrando que el 60% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal tenían patología psiquiátrica comparada con el 15% en el grupo control ( $P=0.009$ ), sobre todo **depresión y trastorno de ansiedad**. El estudio reveló también una mayor frecuencia en colitis ulcerosa que en E. de Crohn, a pesar de que en los pacientes con E. de Crohn dichas enfermedades son más severas y están enfermos durante mayores períodos de tiempo.

La **actividad y capacidad laboral** es generalmente normal en estos pacientes, pese a sus períodos de actividad de la enfermedad y la necesidad de hospitalización en algunos casos (Wyke 1988). Un estudio hecho en Copenhague (Sorensen et al 1987) mostró que el 65% de los pacientes con E. de Crohn estaban trabajando frente al 64% en el grupo control (mismo género y edad) y que mantenían el mismo trabajo durante períodos de más de 5 años (77% frente 64%). Resultados similares se obtuvieron en el Reino Unido con 72% de empleos, 1% en paro y un 75% manteniendo el trabajo más de 6 años (Wyke et al 1988).

Los pacientes están preocupados por el impacto que una cirugía y sobre todo un **estoma** pueda tener en su **vida social, familiar, laboral y sexual**, aunque la literatura sugiere que presentan una mejoría en su calidad de vida tras la cirugía (Kohler et al 1991). El efecto que un estoma puede tener en la imagen corporal es desastroso, sobre todo en mujeres de etnias minoritarias para las cuales puede ser el fin a sus expectativas de matrimonio.

La **función sexual** raramente se altera tras procedimientos abdominales, pero sí podemos encontrar:

- Hombres: disfunción eréctil tras cirugía pélvica (5%) con eyaculación retrograda (6%) (Walsh & Schlegel 1988).
- Mujeres: dispareunia

La **fertilidad masculina** no está reducida por la propia enfermedad sino por el tratamiento farmacológico y quirúrgico. La sulfasalazina produce alteraciones severas en el espermatozoides tales como oligospermia, reducción de movilidad o formas anormales, que revierten al dejar la medicación.

Comparado con la población general no se evidencia diferencia en la frecuencia de matrimonios, divorcios o prácticas coitales.



## **E. DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA COMO CAUSA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIA COMÚN EN ASEPEYO DURANTE EL AÑO 2006**

Se procede a estudiar de forma retrospectiva los procesos con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal ( E. de Crohn y colitis ulcerosa) como causa de Incapacidad Temporal por Contingencia Común registrados en el programa informático de Asepeyo durante el año 2006.

Creo importante mencionar que hablamos siempre de datos de Incapacidad Temporal de Asepeyo, es decir, puede ocurrir que el paciente conste como alta en Asepeyo y con proceso cerrado (finalización de contrato que no tramita solicitud de pago directo, cambio de entidad gestora por parte de la empresa...) pero mantenga su proceso de Incapacidad Temporal vigente en médico de atención primaria.

Se han registrado un total de 348 expedientes con codificación diagnóstica de: enfermedad inflamatoria intestinal, colitis ulcerosa y E. de Crohn y se han desglosado por rango de edad, sexo, duración de la Incapacidad Temporal en meses y distribución por comunidades autónomas.

Existen expedientes que al inicio del año 2006 ya estaban en situación de Incapacidad Temporal por Contingencia Común, pero sólo he contabilizado la duración de la misma durante el 2006, y he considerado duración mayor de 1 año los que estaban en Incapacidad Temporal a 31 de enero y mantenían la misma a 31 de diciembre.

• **PROCESOS EN INCAPACIDAD TEMPORAL POR RANGO DE EDAD**

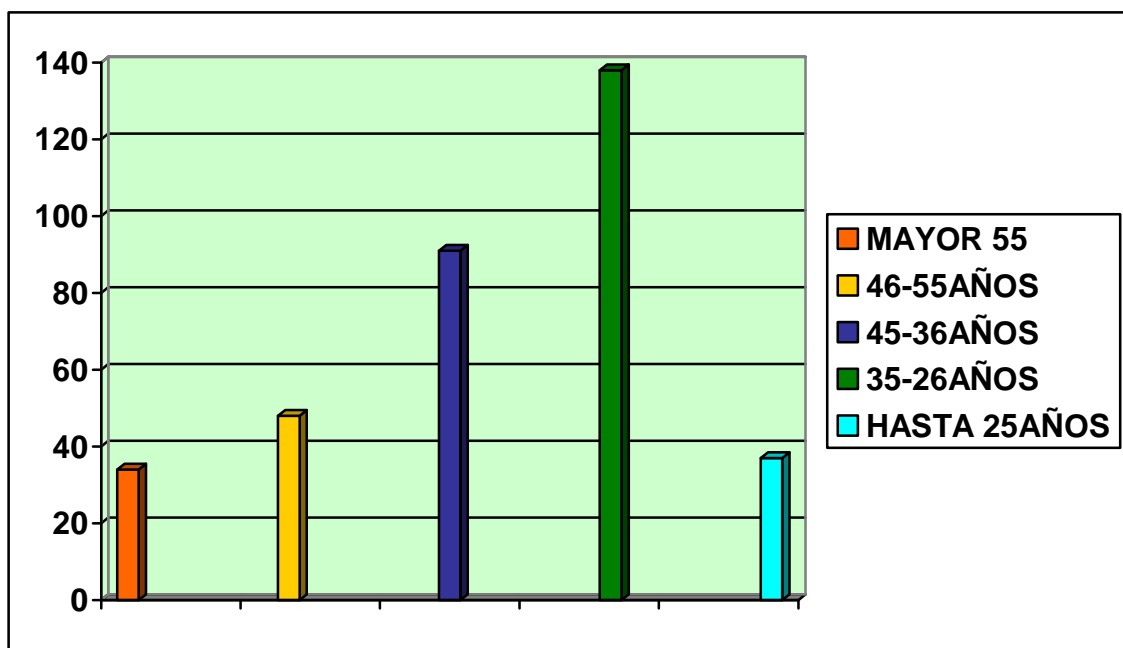


GRÁFICO 1: ABSENTISMO POR RANGO DE EDAD

Haciendo el estudio en función de la edad de los pacientes, se han dividido de la siguiente forma:

- Menores de 25 años ( no hay pacientes menores de 17 años):10.63%
- 26 a 35 años: 39.65 %.
- 36 a 45 años: 26.14 %
- 46 a 55 años: 13.79 %
- Mayores de 55 años: 9.77%

- **PROCESOS EN INCAPACIDAD TEMPORAL DISTRIBUIDOS POR SEXO**

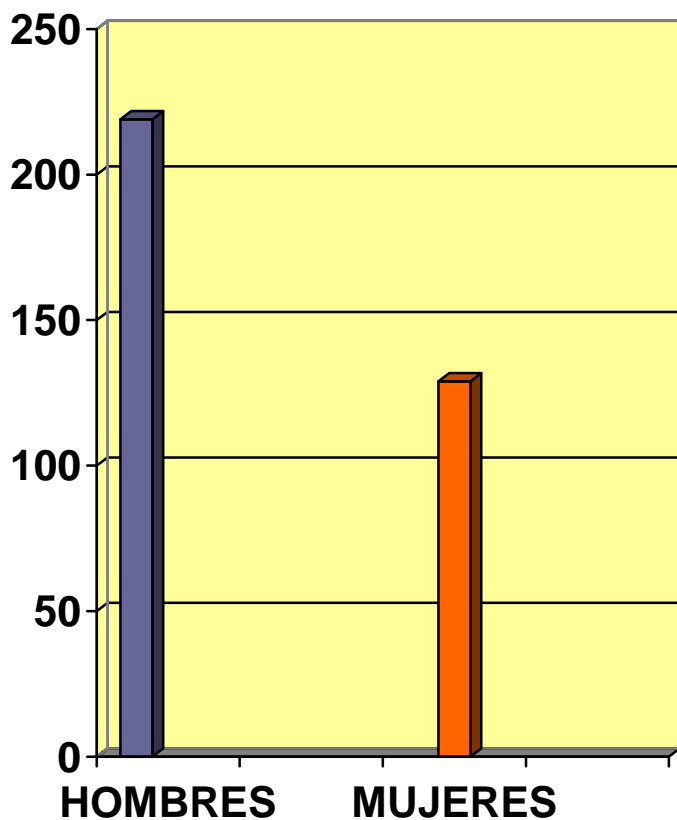


GRAFICO 2: ABSENTISMO POR RAZON DE SEXO

Realizando el estudio de la Incapacidad Temporal en función del sexo se evidencia un claro predominio de la afectación de **varones**, con un **62.9%** de los casos frente a un **37.06%** en las **mujeres**.

• **DURACION DE LOS PROCESOS EN INCAPACIDAD TEMPORAL**

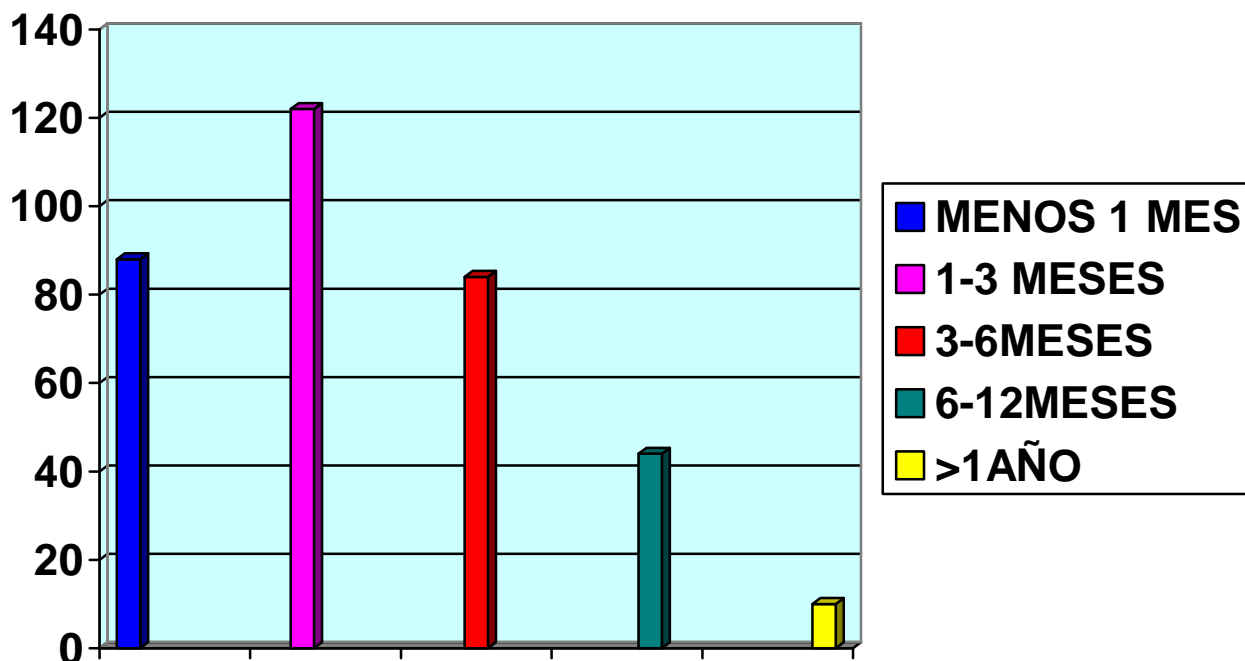


GRAFICO 3: DURACION DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

Si pormenorizamos el estudio en función de la duración de la Incapacidad Temporal nos encontramos los siguientes datos:

- Duración menor de un mes: 25.28 %
- Duración entre 1 y 3 meses: 35.05 %
- Duración entre 3 y 6 meses: 24.13 %
- Duración entre 6 y 12 meses: 12.64 %
- Duración mayor de un año.: 2.87%

Como se puede apreciar, casi un **85%** de los casos los genera la Incapacidad Temporal **menor de 6 meses**, de los cuales el 60.33 % dura menos de 120 días ( no consta ningún caso al que se le haya tramitado o concedido una Incapacidad Permanente en grado alguno).

En el 15% restante encontramos que:

1. En Incapacidad Temporal entre **6 y 12 meses** se han concedido un **13,63%** de **Incapacidad Permanente** en grado de **Total** y un **2.27%** de **Incapacidad Permanente** en grado de **Absoluta**.

2. En Incapacidad Temporal **mayor de un año** se han registrado un **10%** de **Incapacidad Permanente** en grado de **Total**, un **20%** de **Incapacidad Permanente** en grado de **Absoluta** y un **10%** **pendiente de resolución** por parte de INSS.

- **INCAPACIDAD TEMPORAL EN COMUNIDADES AUTONOMAS**

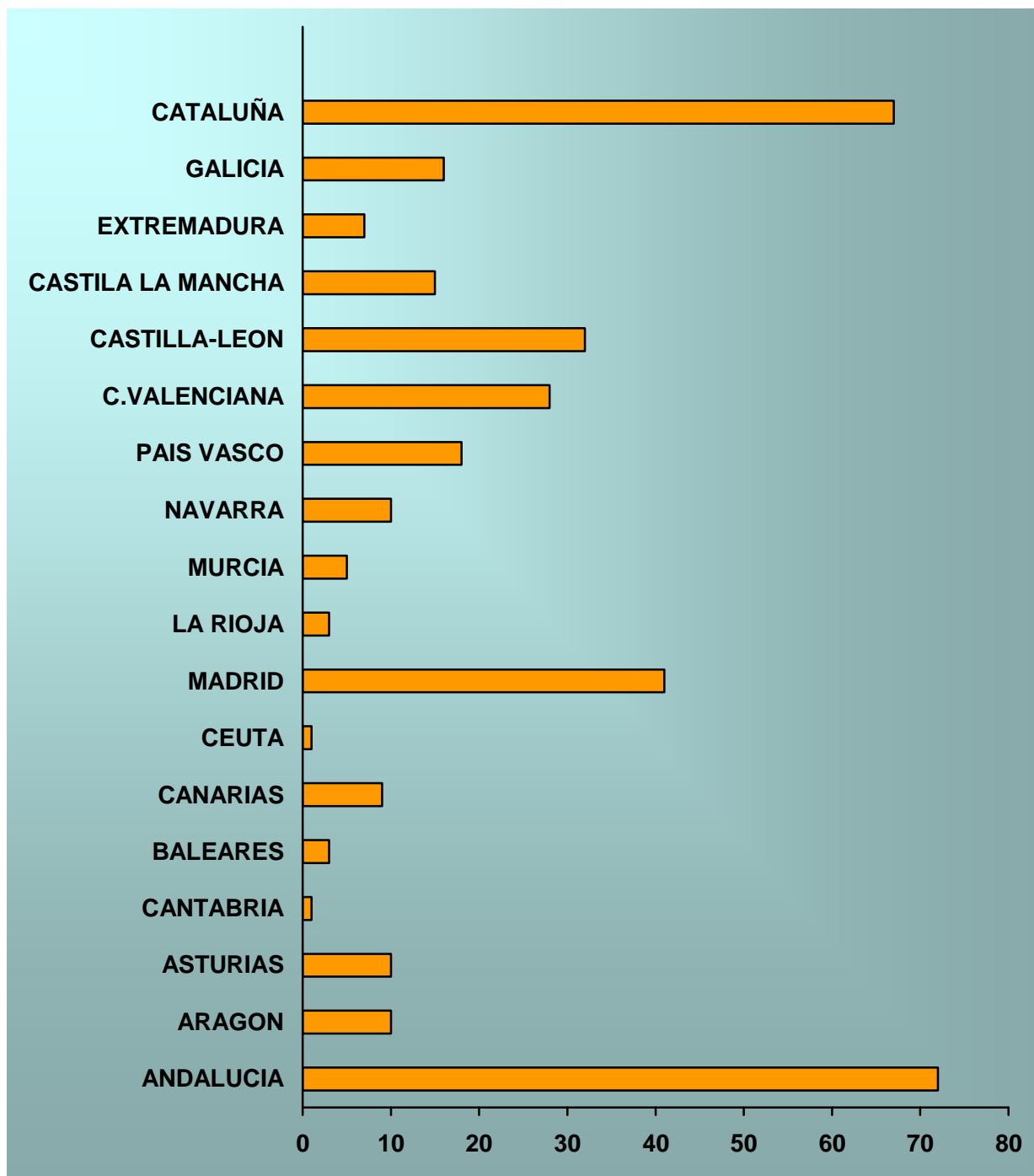


FIGURA 4: COMPARATIVA ENTRE COMUNIDADES AUTONOMAS

Si desglosamos el estudio por comunidades autónomas nos encontramos con un claro predominio de Andalucía con un 20,68 de los casos y Cataluña con un 19.25%. De tal forma que si bien entre ambas comunidades generan ya el 39.93% de los casos con sólo añadir Madrid ya valoramos el 51.72 % del total.

## CONCLUSIONES:

- La Incapacidad Temporal por Contingencia Común generada por la enfermedad inflamatoria intestinal, E. de Crohn y colitis ulcerosa en Asepeyo durante el año 2006 ha sido **más prevalente en hombres que en mujeres.**

Esto puede obedecer claramente a que en España existe una abrumadora mayoría de asegurados varones, y por tanto en Asepeyo hay mas afiliados que afiliadas.

- **El 85% de los casos duran menos de 180 días.** Esto se traduce en que tras el proceso agudo y la estabilización de la clínica el paciente se reincorpora a sus actividades diarias, lo cual refrenda lo expuesto en la presentación del trabajo en el apartado de factores psicosociales: **actividad y capacidad laboral normal.**

Sólo al **2%** le han reconocen una **Incapacidad Permanente en grado de Total** y al **0.86%** una **Incapacidad Permanente en grado de Absoluta.**

- **La mitad de los casos registrados se reparten entre Andalucía, Madrid y Cataluña.**

Estos datos coinciden con los datos demográficos poblacionales, de tal forma que en Andalucía, Sevilla genera el 37.5 % de los casos y en Cataluña Barcelona representa el 86,56% del total.

Si hacemos la comparativa entre estos datos y la afiliación total de obreros en Asepeyo durante el 2006 obtenemos que:

- ✓ Andalucía presenta el 12.30 % de los afiliados de toda España, de los cuales Sevilla capta el 23.56 % (2.90 % del total nacional).
- ✓ Cataluña supone el 28.24% de la afiliación total, de los cuales el 79.9% corresponden a Barcelona (22.24 % del total nacional).
- ✓ Madrid acoge al 18.27% de los afiliados nacionales.
- ✓ En conjunto, Madrid, Andalucía y Cataluña captaron el 58.42% de la afiliación total de Asepeyo durante el 2006.

- Dado que el grueso de la casuística la conforman procesos con Incapacidad Temporal entre 1 y 3 meses de duración, con una base reguladora media diaria de 40 € podemos determinar que **cada expediente de Incapacidad Temporal por Contingencia Común le ha costado a Asepeyo entre 1200 y 4800 €**  
**Si consideramos que el 84.46% de los procesos duraron menos de 180 días, ampliaríamos el intervalo hasta un coste de 7160 €por proceso.**

## BIBLIOGRAFIA

- R.LANA SOTO, J.L.MENDOZA HERNANDEZ, A.I.LERIDA URTEAGA, J.GONZALEZ ARMENGOL,M.DIAZ-RUBIO, P.VILLAROEL GONZALEZ-ELIPE  
“*ENFERMEDAD DE CROHN FISTULOSA PERIANAL*”  
EMERGENCIAS 2006; 18:36-40
- M.A.CIGA,F.OTEIZA,J.MARZO,P.ARMENDARIZ,M.DE MIGUEL,H.ORTIZ  
“*TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN PERIANAL*”  
[ANALES@CFNAVARRA.ES-VOLUMEN](mailto:ANALES@CFNAVARRA.ES) 29/N3/REVISTA 1
- LC HOOKEY,DJ HURLBUT,AG DAY,PN MANLEY,WT DEPEW  
“*ONE BITE OR TWO? A PROSPECTIVE TRIAL COMPARING COLONOSCOPY BIOPSY TECNQUE IN PATIENS WITH CHRONIC ULCERATIVE COLITIS*”  
THE CANADIAN JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY  
MARCH 2007, VOLUME 21, NUMBER 3:164-168
- I.K.OUTROUBAKIS, A.S.PEÑA, B.BREUER-KATSCHINSKI, F.A.FRIZELLE, H.NELSON  
“*GENETICS OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE*” (PG 13-23)  
“*EPIDEMIOLOGY OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE*” (PG 41-51)  
“*PSYCHOLOGICAL FACTORS INCLUDING SEXUAL FUNCTION*” (PG 943-948)  
INFLAMMATORY BOWEL DISEASES -THIRD EDITION (1997)
- RUEMMELE FM,EL KHOURY MG,TALBOTEC C,MAURAGE C,MOUGENOT JF,SCHMITZ J,GOULET O.



*“CHARACTERISTICS OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE WITH ONSET DURIN THE FIRST YEAR OF LIFE”*

J.PEDIATR GASTROENTEROL NUT. 2006 NOV; 43 (5):566-7

- *“INFLIXIMAB FOR ULCERATIVE COLITIS: FINALLY SOME ANSWERS”*  
EDITORIALS-GASTROENTEROLOGY 2005; 128:2161-2166
- PANACCIONE, REMOA, SANDBORN, WILLIAN J.B  
*“MEDICAL THERAPY OF CROHN DISEASE”*  
CURRENT OPINION IN GASTROENTEROLOGY. 20 (4):351-359, JULY 2004
- GIONCHETTI P, RIZZELLO F, LAMMERS KM, MORSELLI C, SOLLAZZI L  
DAVIES S, TAMBASCO R, CALABRES M  
*“ANTIOBIOTICS AND PROBIOTICS IN TREATAMENT OF INFALAMMATORY BOWEL DISEASE”*  
WORLD J GASTROENTEROLOGY 2006 JUNE; 12 (21):3306-3313
- JL MENDOZA, R LANA, C TAXONERA, C ALBA, S IZQUIERDO, M DIAZ-RUBIO  
*“MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: DIFERENCIAS ENTRE LA ENFERMEDAD DE CROHN Y LA COLITIS ULCEROSA”*  
MEDICINA CLÍNICA, SEPTIEMBRE 2006; 125(8):297-300
- JL MENDOZA HERNANDEZ, R LANA SOTO, M DIAZ-RUBIO GARCIA  
*“IMPORTANCIA DE LAS MUTACIONES DEL NOD2/CARD15 EN LA ENFERMEDAD DE CROHN”*  
REVISTA CLINICA ESPAÑOLA, DICIEMBRE 2004; 204(12):642-4
- PAUL B ECKBURG, DAVID A RELMAN  
*“THE ROLE OF MICROBES IN CROHN’S DISEASE”*  
CLIN INFECT DIS (CID) 2007-JAN 15; 44 (2):256-62

- PJ CAÑONES GARZON, JM CANO LOPEZ, E CEREZO LOPEZ, FJ DURAN RODRIGUEZ, A ENCINAS SOTILLOS, C FUSTER PALACIO, A SOUSA PEREZ  
“*ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES*”  
CURSO DE HABILIDADES EN PATOLOGIA DIGESTIVA. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA GENERAL, 1999: CAP 12:159-66
- J, TORNERO MOLINA, M. RODRIGUEZ PEREZ  
“TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS” “ARTRITIS ENTEROPÁTICAS”  
MANUAL SER DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA-2004; CAP 30:140-45 CAP 51:285-89
- RICHARD G FARMER  
“*TRATAMIENTO MÉDICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL*”  
TEMAS CLÍNICO-TERAPÉUTICOS EN GASTROENTEROLOGÍA-1999;  
CAP 4:49-68
- J HINOJOSA DEL VAL  
“*ENFERMEDAD INFLAMATORIA CRÓNICA INTESTINAL. ¿COMO Y CUANDO SOSPECHARLA?*”  
PRINCIPIOS BÁSICOS DE GASTROENTEROLOGÍA PARA MÉDICOS DE FAMILIA-2ª EDICIÓN 2002; CAP 25:391-407
- PROGRAMA INFORMÁTICO DE LA MUTUA ASEPEYO DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL  
NÚMERO 151, CORRESPONDIENTES A ITCC

## **ABREVIATURAS UTILIZADAS EN EL TEXTO**

- ACO: anticonceptivos orales.
- ANTIINF: antiinflamatorios.
- AP: anatomía patológica.
- ATB: antibiótico.
- CU: colitis ulcerosa.
- E. de Crohn: enfermedad de Crohn
- EICI: enfermedad inflamatoria crónica intestinal.
- RR: riesgo relativo
- SDE: síndrome.
- TTO: tratamiento
- 6-MCP: 6-Mercaptopurina.