

# Enfermedad Inflamatoria Intestinal



**GADECCU**

*Grupo Argentino de  
Enfermedad de Crohn y  
Colitis Ulcerosa*



## **Grupo Argentino de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa**

### **Comisión Directiva 2022 – 2024**

*Dr. Abel Novillo · Presidente*

*Dr. Pablo Lubrano · Vicepresidente*

*Dra. María Eugenia Linares · Secretaria*

*Dra. Astrid Rausch · Prosecretario*

*Dr. Joaquín Montero · Tesorero*

*Dra. Jimena Ortiz · Protesorera*

*Dra. Mariángela Bonardo · Vocal Titular*

*Dra. Mariana Omodeo · Vocal Titular*

*Dra. Florencia Tubino · Vocal Suplente*

*Dr. Nicolás Rovati · Vocal Suplente*

*Dr. Germán Rainero · Vocal Suplente*

### **Comisión para la Comunidad**

#### **AUTORES**

**Dra. Claudia Milano**

**Dra. Carmen Beguiriztain**

**Dr. Aníbal Gil**

**RESERVADOS SUS DERECHOS**



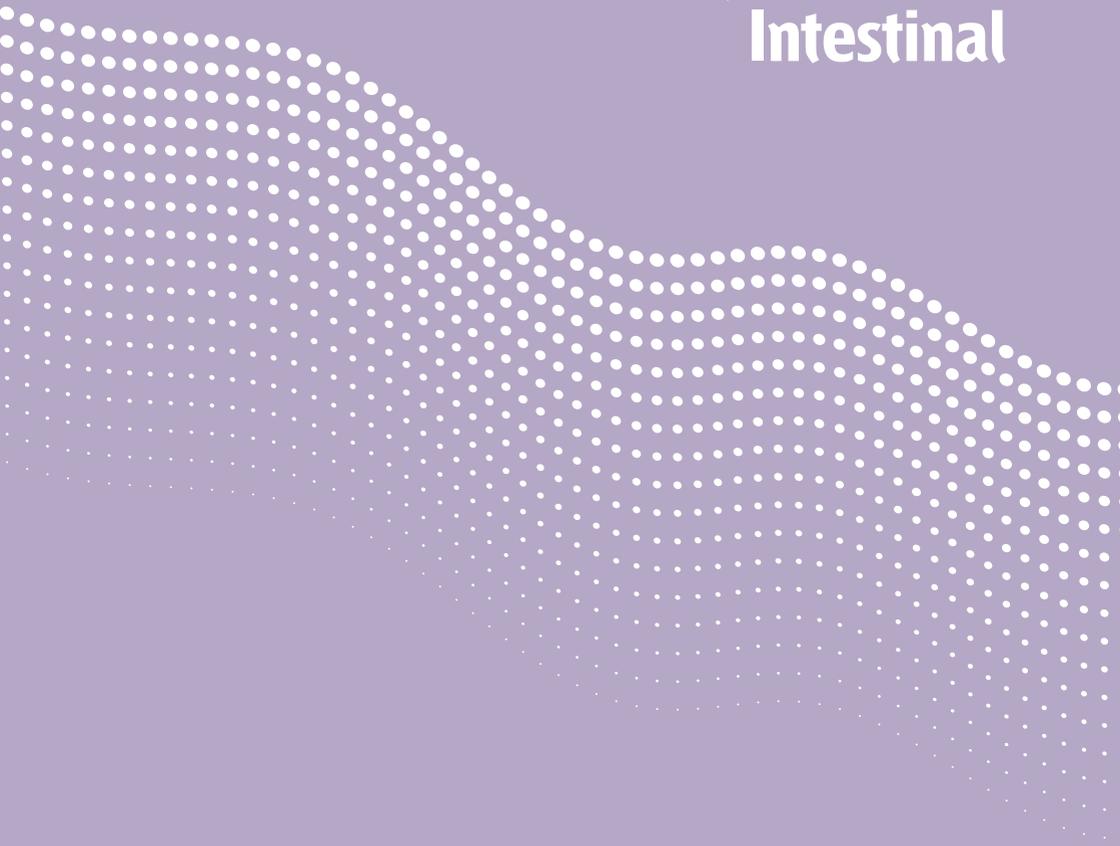
**Association François Aupetit**

*32 rue de Cambrai 75019 Paris*

***www.afa.asso.fr***

*Los derechos para la publicación de este material fueron otorgados por la Association François Aupetit (AFA) a la Dra. M. Claudia Milano.*

# Enfermedad Inflamatoria Intestinal





---

## ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES

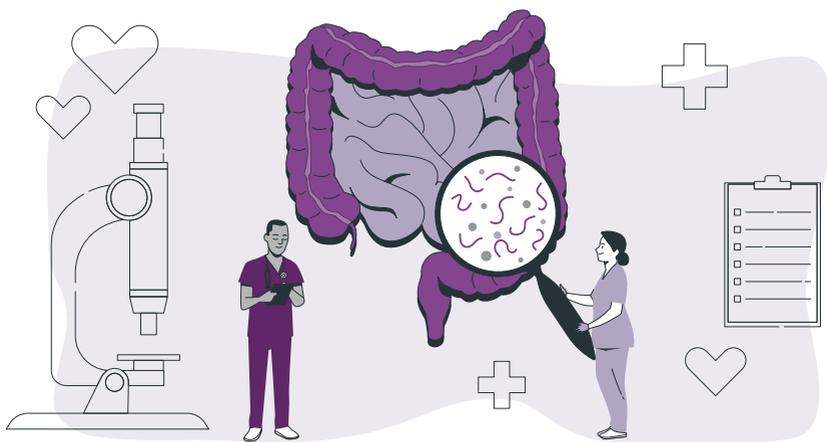
---

**Las enfermedades inflamatorias del intestino (E.I.I.) son condiciones crónicas inflamatorias del intestino, que involucran diferentes entidades pero en la práctica clínica se refieren a la Colitis Ulcerosa y a la Enfermedad de Crohn.**

En un porcentaje de pacientes, aproximadamente del 10%, inicialmente los datos clínicos y de los exámenes complementarios no nos permiten hacer un diagnóstico preciso entre ambas entidades y, en estos casos, hablamos de *colitis inclasificada*.

La evolución clínica de estas enfermedades a lo largo del tiempo es alternar períodos de crisis con los síntomas típicos de ellas y otros períodos libres de síntomas llamados de **“remisión clínica”**.

En la actualidad no existe un tratamiento curativo de estas enfermedades, pero los medicamentos existentes permiten controlar los síntomas, evitar muchas complicaciones y mejorar la calidad de vida.



Es nuestra intención brindar la información médica verificada que ayude a comprender la enfermedad, sus síntomas y los tratamientos establecidos.

La primera gran diferencia que debemos conocer entre la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) es que la EC puede afectar el sistema digestivo desde la boca al ano, mientras que en la CU la afectación se limita al colon o intestino grueso.

Con respecto al tratamiento en la EII, hay dos momentos o situaciones diferentes. Cuando la enfermedad esta activa, es decir cuando hay un brote de la misma, el tratamiento le intentará poner un fin rápido y lograr un alivio de los síntomas, (diarrea, dolor abdominal, sangrado rectal). A esto le llamamos “**tratamiento de ataque**” que para los médicos será inducir la remisión clínica. Luego, tenemos objetivos terapéuticos “**a medio y a largo plazo**” para mantener al paciente sin síntomas en forma prolongada y también tratar de lograr la cicatrización de las lesiones intestinales (úlceras) ya que este objetivo se ha visto que correlaciona bien con una evolución clínica favorable en términos de recaídas, internación o cirugías.

Algunos fármacos utilizados para el tratamiento como inmunosupresores o los conocidos como biológicos consiguen este resultado.

## COLITIS ULCEROSA

---

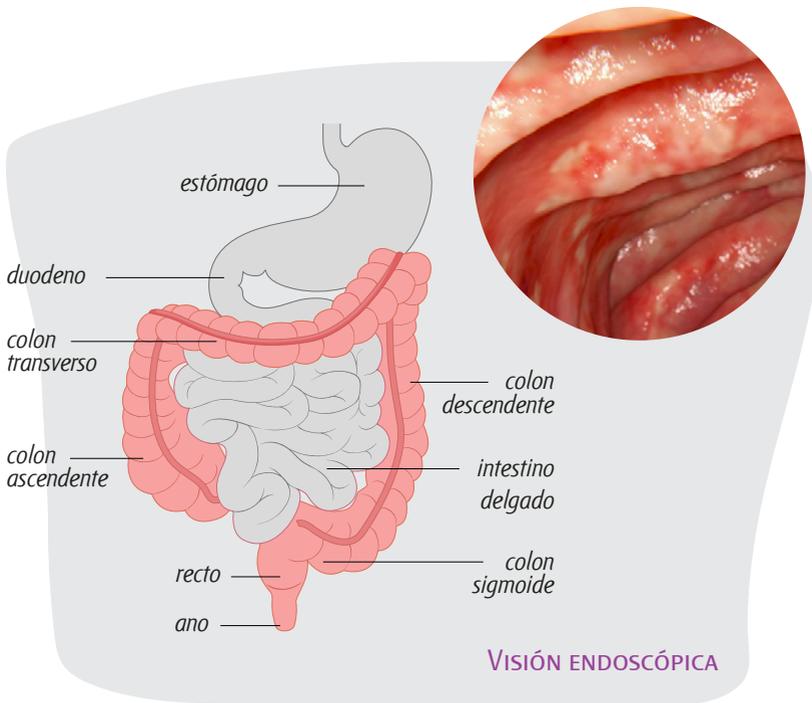
En la **Colitis Ulcerosa** el proceso inflamatorio se limita a la mucosa intestinal, es decir a la capa más interna de la pared del colon. Este compromiso se inicia siempre en el recto en la CU y desde allí asciende en sentido proximal hacia el resto de colon, haciéndolo siempre en forma continua sin dejar sectores sanos. De acuerdo al área comprometida del colon, la CU se clasifica de la siguiente manera: **proctitis** cuando compromete solo el recto, y **colitis distal** si el compromiso es de recto y sigma, ambas representan el 30 al 50%.

La colitis izquierda es aquella donde el compromiso inflamatorio del colon es desde el recto alcanzando el ángulo esplénico o izquierdo del mismo, representando un 20-30 % del total. Por último tenemos las llamadas pancolitis en la que todo el colon está comprometido con una frecuencia del 20%.

**Es importante conocer que en la Colitis ulcerosa la enfermedad compromete únicamente el colon o intestino grueso y que nunca se extiende al intestino delgado ni hacia la región perineal.**

Las lesiones que se observan en la pared del intestino, observadas en el curso de una colitis ulcerosa, consisten en lesiones comparables a una impronta como de sello de un objeto metálico que haya podido quemar la pared digestiva a la que nosotros llamamos ulceraciones.

Estas ulceraciones, pueden ser superficiales o profundas. Las últimas se observan esencialmente en el curso de las crisis graves de la enfermedad.



### III ¿Cuáles son las causas de la colitis ulcerosa?

La causa de la colitis ulcerosa continúa actualmente siendo desconocida.

**Hay muchos factores implicados sobre el origen de la enfermedad:**

1. **Factores genéticos:** existe una predisposición genética a la colitis ulcerosa. La enfermedad es más frecuente en los familiares de primer grado de un paciente, que en la población general.
2. **Factores ambientales:** la colitis ulcerosa es menos frecuente en los fumadores y muy raramente

en las personas que han sido operadas de una apendicitis, como si el tabaco y la apendicetomía protegieran la adquisición de esta enfermedad.

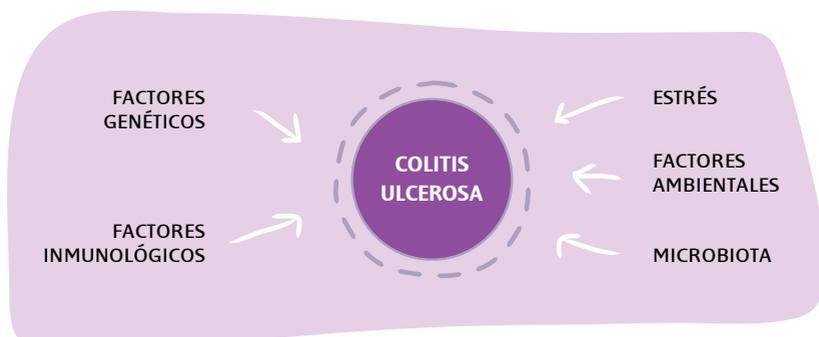
3. **Factores inmunológicos:** la desregulación del sistema inmunitario tiene un rol muy importante en el desarrollo de la colitis ulcerosa.

### **Estos diferentes factores están interrelacionados para su génesis.**

No se sabe todavía cuál es la razón por la que las defensas inmunitarias se desregulan, pero varios factores del ambiente, bacterianos o genéticos son probablemente la causa de una reacción excesiva del sistema de defensa del cuerpo (el sistema inmunitario). Las defensas inmunitarias, que normalmente solo atacan elementos extraños al organismo (bacterias y virus), podrían desregularse y reaccionar contra el propio cuerpo, atacándolo.

***La colitis ulcerosa NO ES CONTAGIOSA.  
No hay transmisión directa de un persona a otra.***

No está directamente relacionada a ciertos alimentos, si bien una alimentación saludable es aconsejada. De igual manera, el estrés puede desencadenar o agravar una crisis de la enfermedad, por lo que resulta importante el manejo del mismo.



### III ¿Cuáles son los síntomas de la colitis ulcerosa?

#### *Síntomas principales*

La colitis ulcerosa se manifiesta principalmente por crisis (pousées), con la presencia de evacuaciones abundantes y frecuentes (diarreas) cuya severidad y frecuencia son muy variables de un paciente a otro y dependen sobre todo de la extensión de la inflamación en el colon. De modo que en las proctitis (solo compromiso de recto) o colitis distal los síntomas suelen ser más leves que en la pancolitis (afectación de todo el colon) donde un paciente puede tener de 15 a 20 deposiciones por día.



#### *Diarrea*

La diarrea está acompañada de pérdida de sangre y de mucus (líquido blanquecino, viscoso, correspondiente al mucus que recubre normalmente las células del colon).



#### *Dolores abdominales*

Los dolores abdominales son frecuentes y la colitis ulcerosa puede igualmente presentar, en algunos casos, fiebre o un gran adelgazamiento.

Cuando la inflamación está limitada al recto (*rectitis o proctitis*) las manifestaciones pueden limitarse a dolores rectales o “*tenesmos*”, que se conoce como ganas de defecar e imposibilidad de eliminar materia fecal, acompañadas de pérdidas con sangre y moco que no contienen materia fecal, o bien a dolores y pérdida de sangre rectales o de falsas ganas de defecar. Es decir, el paciente siente ganas de ir al baño, pero no puede despedir materia fecal. Muchas veces las ganas de

eliminar la materia fecal son muy urgentes, sobre todo en los casos de la rectitis, porque reduce la capacidad del recto.



### III Las diferentes formas de la enfermedad

En caso de afectación solo rectal, más de la mitad de las personas afectadas tienen síntomas poco severos (no presentan fiebre y la frecuencia de las deposiciones es inferior a 4 por día). En muchos casos permanece sin progresar, pero es susceptible de evolucionar a una afectación más extensa con los años.

Un 10% de los pacientes tiene una forma severa de colitis ulcerosa (4 a 20 deposiciones por día), sobre todo cuando todo el colon está afectado (*pancolitis*). La diarrea es entonces más severa, algunas personas no pueden retener su materia fecal; se acompaña de pérdidas de sangre que producen fatiga, pérdida de peso, deshidratación y anemia (cantidad insuficiente de glóbulos rojos en la sangre). Esta forma severa y muy discapacitante altera notablemente el estado de salud justificando en general la internación en un medio especializado en el curso de una crisis.

**Cuando estos síntomas y enfermedad se presentan en niños y adolescentes la colitis ulcerosa puede tomar una forma severa, con las mismas manifestaciones clínicas que en el adulto, pudiendo llevar a una desnutrición que afecta, al mismo tiempo, el crecimiento (riesgo de retraso o de detenimiento del crecimiento) y el desarrollo general del niño (riesgo de retraso en la pubertad).**

### III ¿Qué comer en una colitis ulcerosa ya sea en crisis o en remisión?

Las enfermedades inflamatorias intestinales no son enfermedades inducidas por la alimentación. No existen entonces alimentos que “despierten” o que generen una crisis inflamatoria ni permitan una remisión completa. En el período de crisis, la alimentación se indica según la tolerancia de cada paciente a fin de disminuir los síntomas. En el período de remisión una alimentación variada permite volver a la normalidad y mantener un buen estado nutricional.

**El objetivo es mejorar el confort intestinal y cubrir las necesidades nutricionales, tanto sea en la crisis como en la remisión.**

Durante una crisis, se debe indicar una alimentación restringida en función de la intensidad de los síntomas digestivos. Cuando se produce una disminución del número de deposiciones por día y hay muy poca sangre -o casi nada-, muy poco moco -o casi nada-, hay disminución de los dolores digestivos, del gas y la distensión, ahí podemos tener una alimentación más amplia.

El asesoramiento de un nutricionista para poder efectuar una dieta personalizada según los gustos y la tolerancia de cada paciente, puede ser de mucha ayuda.



### III FRECUENCIA

En Europa Occidental y en los EEUU, la Colitis Ulcerosa afecta a 1 de cada 1.500 personas.

Aún no disponemos de estadísticas en la Argentina respecto la prevalencia e incidencia a nivel nacional. Esperamos que con el trabajo cooperativo GADECCU logremos realizarlo en los próximos años para conocer nuestros datos.

**La CU puede presentarse a cualquier edad, pero su debut es en general en adultos jóvenes, entre 15 y 35 años, afectando hombres y mujeres.**

Se observa con mayor frecuencia en países desarrollados que en vías de desarrollo.

## ■ CÓMO ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO III

---

El **diagnóstico** se establece por los síntomas clínicos que presentan los pacientes junto a los exámenes complementarios que se realizarán, como por ejemplo análisis de sangre, radiografías, tomografías o resonancia magnética y fundamentalmente a través de endoscopías del tubo digestivo que permiten visualizar la mucosa y tomar muestras (biopsias) para analizar el tejido y analizar la inflamación intestinal.

**Ninguno de estos datos por si solo puede afirmar la enfermedad, sino que es la suma de ellos la que permitirá arribar al diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal.**

El **examen del colon** se efectúa por rectosigmoidoscopia y colonoscopia con toma de biopsia.

La **video colonoscopia**, realizada bajo sedación (anestesia), se efectúa con un aparato flexible, suave, que contiene fibras ópticas. La misma permite examinar directamente la pared del recto, del colon y los últimos centímetros del íleon terminal y to-

mar muestras biopsias para ser analizadas por el patólogo. Este examen necesita una preparación del colon con laxantes realizada por vía oral para limpiarlo y poder visualizarlo.

En algunos casos, aún con los exámenes complementarios efectuados no se puede llegar al diagnóstico definitivo en la primera crisis (colitis inclasificada) siendo la evolución clínica la que permitirá certificar el tipo de EII en cuestión.

## TRATAMIENTO III

---

### MESALAZINA

La **mesalazina** es el fármaco más utilizado y eficaz en el tratamiento de la colitis ulcerosa. En general es bien tolerado, simple de administrar y requiere control básico clínico y con análisis de sangre. Se encuentra disponible en comprimidos, gránulos, enemas, espumas, supositorios para su administración oral y rectal, de acuerdo a cada caso en particular.

### CORTICOIDES

Los corticoides son medicamentos derivados de la cortisona, hormona naturalmente secretada en el organismo por las glándulas suprarrenales:

Tienen una acción antiinflamatoria muy importante, es por ello que se los utiliza en las crisis.

Existen dos clases de corticoides que se utilizan en estas enfermedades:

## **Corticoides clásicos**

### **¿Cuándo y cómo se utilizan?**

Los corticoides clásicos se utilizan para tratar las crisis de las EII de intensidad mediana a severa, y se administran por vía oral o endovenosa. Suele iniciarse a una dosis elevada y luego es reducida progresivamente **BAJO INDICACIÓN Y CONTROL MÉDICO**.

En las formas limitadas al recto o a la parte terminal del colon, los corticoides pueden ser utilizados por vía rectal, es decir por enemas, espuma o supositorios.

### **Ventajas**

**Cuando la crisis es de intensidad moderada a severa, los corticoides constituyen el tratamiento más rápido y eficaz, independientemente de la zona del tubo digestivo afectada.**

### **Inconvenientes**

- Los corticoides pueden provocar efectos indeseables, que se observan en tratamientos con dosis altas o muy prolongados.
- Pueden provocar aumento de peso, acné, insomnio, estrías cutáneas.
- Deben ser utilizados con cuidado en pacientes diabéticos, hipertensos.
- Su uso en los niños debe ser **MUY CONTROLADO POR EL PEDIATRA**.
- Cuando el tratamiento con corticoides es difícil de interrumpir porque la enfermedad recurre con los síntomas, se genera lo que llamamos **CORTICODEPENDENCIA**.

- La toma de Calcio y de Vitamina D son necesarias para prevenir la desmineralización ósea cuando se utilizan corticoides sobre todo en forma prolongada.

### ***Corticoides de acción local***

Pruebas de calidad moderada apoyan la administración de budesonida-MMX® oral a una dosis diaria de 9 mg para la inducción de la remisión en la colitis ulcerosa activa, en particular en los pacientes con colitis del lado izquierdo. La budesonida-MMX® 9 mg diarios es eficaz para la inducción de la remisión en presencia o ausencia de tratamiento concurrente con 5-ASA o MSZ.

**Se recomienda reducir su administración lentamente  
BAJO SUPERVISIÓN MÉDICA.**

Para los deportistas, es fundamental recordar que estos medicamentos pueden dar FALSO POSITIVO en los controles antidoping.

### **METOTREXATE**

Actualmente, los ensayos clínicos no aseveran completamente la administración oral de Metotrexate a dosis baja (12.5mg a 15 mg por semana) para producir remisión en Colitis Ulcerosa activa.

## IMMUNOSUPRESORES

Los medicamentos inmunosupresores son eficaces y se utilizan en el tratamiento de las EII con el objetivo de controlar las reacciones del sistema inmunológico.

Las utilizadas en EII son las Tiopurinas (mercaptopurina y azatioprina) y el metrotexate.

## BIOLÓGICOS

### *¿Qué es un tratamiento con biológicos?*

Es el empleo de productos derivados de sustancias presentes en el organismo vivo. Esta nueva clase de medicamentos data del año 2000 y ha revolucionado el tratamiento de las EII permitiendo obtener remisiones en los pacientes más severos.

En el año 1999 aparece el primer biológico llamado INFLIXIMAB para el tratamiento de las EII.

Existen actualmente varios tipos de agentes según su mecanismo de acción, como el adalimumab, golimumab, ustekinumab, vedolizumab etc.

Su médico le recomendará el más indicado para su patología.

## ENFERMEDAD DE CROHN

---

Como se mencionó anteriormente, en este caso el proceso puede involucrar cualquier segmento del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano.

**Es una enfermedad crónica que comprende fases de actividad (o poussées) de intensidad variable alternando con fases de remisión más o menos completas y prolongadas.**

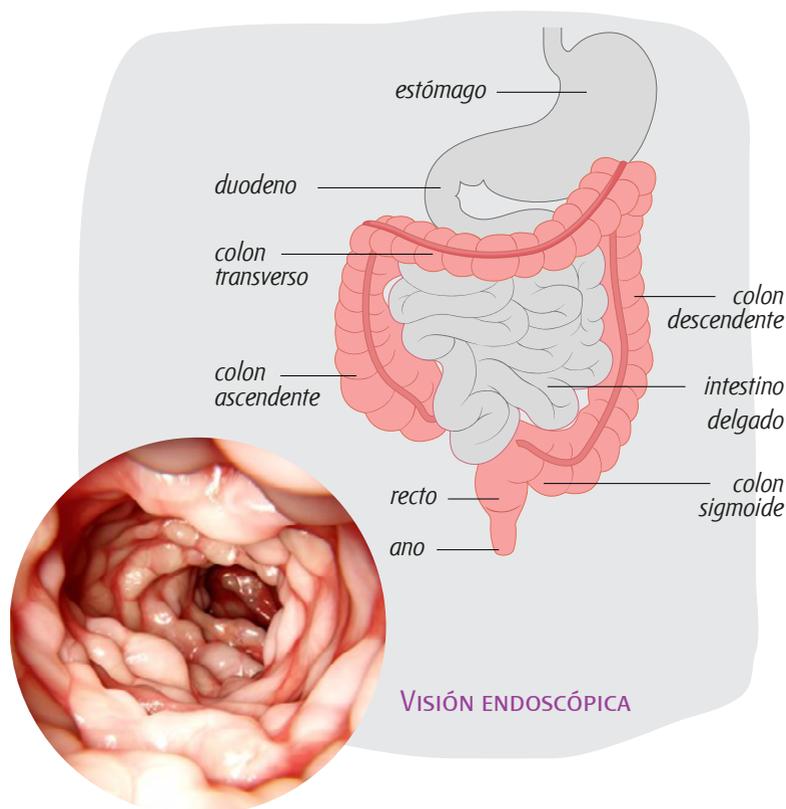
Fue descrita por primera vez en el año 1932, por un médico americano, Burrill Crohn. La enfermedad puede comprometer simultánea o sucesivamente uno o varios segmentos del tubo digestivo. Sin embargo, ella se asienta en forma más frecuente:

- Sobre el intestino grueso o colon (se trata entonces de una colitis. El sufijo “*itis*” señala una inflamación).
- Sobre la parte terminal del intestino delgado o íleon (*ileítis*).
- Sobre los dos segmentos (*ileocolitis*).

### III ¿Cuáles son las diferencias con la colitis ulcerosa?

La colitis ulcerosa es igualmente una enfermedad inflamatoria intestinal que evoluciona por crisis (o poussées) alternando con fases de remisión. Los signos clínicos pueden ser bastante parecidos a los de la enfermedad de Crohn y a veces parece difícil distinguirlos luego de las primeras manifestaciones clínicas.

Existe sin embargo, una diferencia esencial: la colitis ulcerosa siempre queda localizada en el recto y en el colon.



### III ¿La enfermedad de Crohn es frecuente?

Su frecuencia varía considerablemente de un país a otro. La tasa máxima se encuentra en el noroeste de Europa y en Estados Unidos. En algunos países de Europa la enfermedad de Crohn es variable según las regiones, pero podríamos decir que el número de nuevos casos cada año se encuentra entre 4 o 5 casos por 100.000 habitantes. La enfermedad de Crohn afecta igualmente a los dos sexos, un poco más a la mujer que al hombre.

1. El rol de un factor alimentario no ha sido confirmado, sin embargo, se recomienda seguimiento nutricional.
2. Asimismo, el rol de un agente infeccioso, viral o bacteriano, específico de la enfermedad de Crohn ha sido muchas veces evocado, pero nunca fue comprobado. Sabemos que **no se trata una enfermedad contagiosa**.
3. Los factores psicológicos pueden modular la evolución de una enfermedad inflamatoria intestinal, como a muchas otras afecciones crónicas.
4. Entre los factores del ambiente, el rol nocivo del tabaco está claramente establecido para la enfermedad de Crohn.

### III ¿Cómo se manifiesta la enfermedad de Crohn en el caso de una crisis?

La naturaleza de las manifestaciones clínicas de la enfermedad de Crohn depende de su localización en los diferentes segmentos del tubo digestivo (intestino delgado, colon, recto, ano).

Las principales manifestaciones son intestinales: dolores abdominales, diarrea con o sin eliminación de sangre, afección de la región anal (fisura, fístula, absceso).



[es.wikipedia.org/wiki/Pioderma\\_gangrenoso](https://es.wikipedia.org/wiki/Pioderma_gangrenoso)



Una alteración del estado general acompaña generalmente las crisis: fatiga (astenia), falta de apetito (anorexia), disminución de peso o fiebre.

A veces, algunas crisis se acompañan de manifestaciones extra-intestinales como articulares (artritis), cutáneas u oculares.

### III ¿Cómo se establece el diagnóstico de la enfermedad de Crohn?

El diagnóstico se basa en varios argumentos clínicos y exámenes complementarios: el médico le va a solicitar una muestra de sangre para buscar signos de inflamación, de anemia o de ciertos anticuerpos (ASCA).

Se utiliza actualmente un dosaje en la materia fecal: la calprotectina fecal, que permite medir indirectamente el estado inflamatorio de la mucosa intestinal.

### III Exámenes radiográficos y/o endoscópicos

Se realizan para precisar el aspecto y la extensión de las lesiones. La ecografía llamada “de alta frecuencia” es muy útil para visualizar el espesor de la pared intestinal.

El intestino delgado se puede examinar por tomografía y, más precisamente, por una entero-resonancia, que se realiza luego de llenar el intestino delgado con un líquido opaco o con agua.. La resonancia magnética es un poco menos disponible, es un poco más costosa que la tomografía, pero brinda informaciones más comparables y, para ver bien el intestino, seguramente su médico le va a pedir una entero-resonancia magnética.

La colonoscopia permite examinar directamente la mucosa del colon y la parte terminal del intestino delgado, hacer tomas que serán estudiadas en el microscopio. Luego de la preparación para vaciar el colon de la materia fecal, este estudio se realiza con un aparato delgado y flexible que será introducido por vía anal.

El examen completo del intestino delgado podrá ser realizado por una cámara muy pequeña, de la medida de una cápsula, llamada video-cápsula que el paciente traga por la boca y que captura imágenes todo lo largo de su tránsito en el intestino.

En algunos casos, a pesar de la práctica de exámenes complementarios, el diagnóstico no puede ser efectuado completamente luego de la primera crisis. Es la evolución lo que permite entonces llegar a un diagnóstico final.

Se han hecho muchos esfuerzos importantes para armonizar la forma de describir la severidad de la enfermedad. Hay scores establecidos para medir las lesiones constatadas en la endoscopia. Los **scores** son tablas con datos ya estudiados y seguros, que comprenden datos endoscópicos y radiológicos.

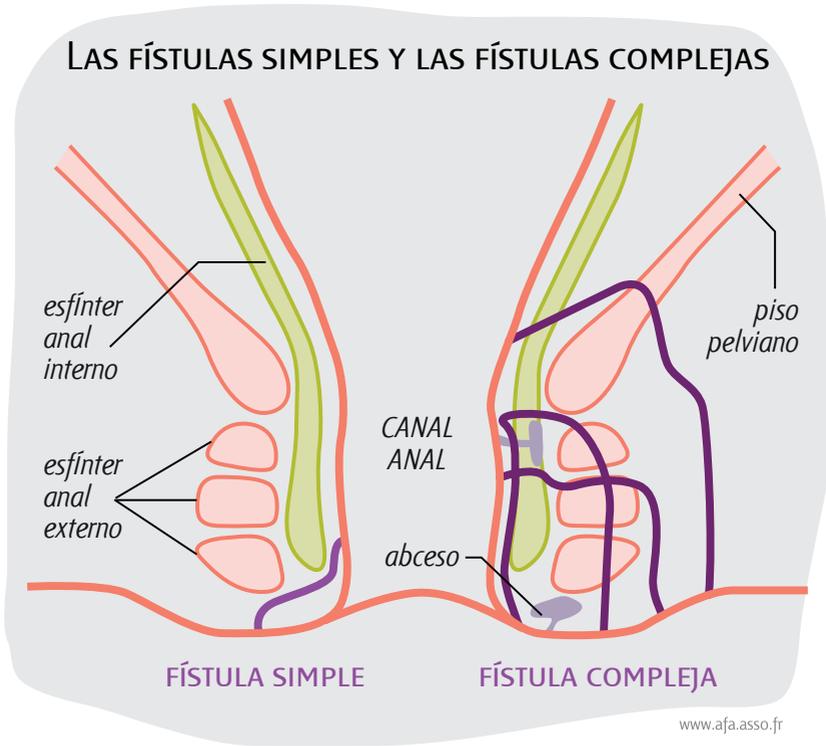
### III ¿Existen complicaciones ligadas a la enfermedad?

Las complicaciones que podrían producirse en el curso de la enfermedad:

- Una poussée grave que por su intensidad, necesite internación.
- Una estenosis, es decir una disminución de la luz de un segmento intestinal que podría provocar una obstrucción.

- Un absceso o bien una fístula (trayecto que parte desde el intestino enfermo y se abre en otro órgano o en la piel).
- Una perforación intestinal.

### LAS FÍSTULAS SIMPLES Y LAS FÍSTULAS COMPLEJAS



### III ¿Las crisis son frecuentes?

Es imposible predecir la frecuencia de las crisis.

El objetivo de los tratamientos de las enfermedades inflamatorias intestinales es modificar su historia natural controlando la inflamación. Es muy importante realizar seguimiento y controles médicos adecuados, aunque los síntomas hayan desaparecido.

### III ¿Qué medicamentos son corrientemente usados en la enfermedad de Crohn?

El origen de la enfermedad de Crohn permanece desconocido. El tratamiento médico tiene por objetivo controlar los síntomas para poner fin a esa crisis (poussée) y mantener la remisión para obtener la cicatrización de la mucosa intestinal y de toda forma de inflamación.



**Los principales medicamentos utilizados son los corticoides y los inmunosupresores. En efecto, los salicilatos, como el 5-asa, son considerados medicamentos menos eficaces en la enfermedad de Crohn que en la Colitis Ulcerosa, prescritos habitualmente en las formas leves.**

**Los corticoides clásicos** pueden, a veces, ser reemplazados por un corticoide de acción local (budesonide) que se liberan a nivel de la parte terminal del intestino delgado (íleon) y del colon derecho. Esos corticoides tienen menos efectos indeseables que los corticoides clásicos y pueden ser utilizados en los casos de poussée, o crisis ligeras o moderadas de la enfermedad, sobre todo en los casos de localización en el intestino delgado o el inicio del colon.

**El tratamiento por corticoides clásicos** debe estar reservado a las formas más severas y/o más extensas. Permite obtener una remisión de 3 a 4 semanas en más del 90% de los casos. Es necesario también cumplir un régimen controlado y puede acompañarse de efectos secundarios si se ingiere por más de tres meses (edema en la cara, aumento de peso, hipertensión arterial, elevación de la glucemia). Estos efectos son muy variables de un paciente a otro y son generalmente reversibles cuando se detiene el tratamiento.

Los corticoides pueden también favorecer una descalcificación, por lo que se recomienda la ingesta controlada de calcio y vitamina D para disminuir el riesgo de osteoporosis.

**Los tratamientos antiinfecciosos** (metronidazol, ciprofloxacina) son igualmente utilizados en particular cuando existe una infección (absceso en el abdomen o a nivel del ano).

Cuando se instala una cortico-dependencia, es decir imposibilidad de reducir los corticoides por debajo de una cierta dosis cuyo umbral podríamos decir de 20 mg por día, sin que reaparezcan los síntomas, el médico tratante evaluará otras opciones como inmunosupresores (azatioprina o 6-mercaptopurina) o tratamientos llamados biológicos (infliximab, adalimumab, vedolizumab, Ustekinumab), utilizados tanto en CU como en la EC.

La asociación de algunos biológicos con inmunosupresores es algunas veces recomendada para mejorar la efectividad y la duración de la respuesta terapéutica. Hablamos entonces de una combo-terapia.

### III ¿Una intervención quirúrgica es a veces necesaria?



La cirugía es necesaria cuando el tratamiento médico no es eficaz o cuando sobreviene una complicación. La intervención consiste en una ablación (resección) del segmento intestinal enfermo seguido de una sutura en dos porciones del intestino (anastomosis). La cirugía permite muchas veces obtener remisiones prolongadas pero, como todo tratamiento médico, no cura absoluta y definitivamente la enfermedad.

# GLOSARIO

---

***Se agregan, para mejor comprensión, algunos términos que hemos usado.***

## ***Fisura***

Lesión en forma de depresión dolorosa y con los bordes relativamente netos y cortantes, rojos o rosados y muy dolorosos.

## ***Fístula***

Conducto que produce una comunicación entre una cavidad o un órgano con otro o con el exterior del organismo. Un líquido normal o fisiológico circula a través de la fístula.

## ***Absceso***

Bolsillo de pus formado en áreas de los tejidos normales.

## ***Estenosis***

Disminución de la luz intestinal que puede producir una obstrucción.

## ***Oclusión***

Interrupción parcial o total del tránsito intestinal.

## ***Osteoporosis***

enfermedad difusa del esqueleto caracterizada por una disminución de la masa ósea y de alteraciones de la estructura de los huesos, volviendo al esqueleto muy frágil y aumentando el riesgo de fractura.



**GADECCU**

*Grupo Argentino de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa*

**[www.gadeccu.org.ar](http://www.gadeccu.org.ar)**



*Association François Aupetit*

*32 rue de Cambrai 75019 Paris*

***[www.afa.asso.fr](http://www.afa.asso.fr)***

***RESERVADOS SUS DERECHOS***

Los derechos para la publicación de este material fueron otorgados por la Association François Aupetit (AFA) a la Dra. M. Claudia Milano.

**Publicado en marzo de 2023**

