



Paciente con enfermedad inflamatoria intestinal: ¿es posible mejorar la atención nutricional en el paciente con enfermedad inflamatoria intestinal?

La perspectiva del especialista en aparato digestivo experto en enfermedad inflamatoria intestinal

The perspective of the expert gastroenterologist in inflammatory bowel disease

Juan Luis Mendoza Hernández

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una patología crónica y muy heterogénea con cuadros clínicos y pronósticos diferentes. Dentro de la EII, se describe la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. Existe un grupo de pacientes con afectación del colon que presentan características de ambas enfermedades y que se definen como inclasificables. En la colitis ulcerosa, solo se afecta la mucosa del colon, la necesidad de tratamiento nutricional es menos frecuente, y suele ser útil en los brotes graves y cuando aparecen las complicaciones. En la enfermedad de Crohn la afectación puede ocurrir a lo largo de todo el tracto digestivo y presenta inflamación transmural (formación de fístulas y abscesos), por lo que pueden surgir más complicaciones hasta alcanzarse la situación de fallo intestinal (1) (Fig. 1).

En la colitis ulcerosa se utiliza habitualmente la clasificación de París de 2009, que distingue, según la extensión, entre proctitis, proctosigmoiditis, colitis izquierda y pancolitis (E1 a E4), y según la gravedad, entre colitis sin evolución grave y colitis grave a lo largo de la evolución (S0 y S1) (2).

La clasificación de la enfermedad de Crohn es más complicada ya que contempla la edad, la localización y el patrón clínico (3) (Tabla I). Al considerarse una patología del sistema inmune, y puesto que en los jóvenes este presenta menor tolerancia, en ellos predominan la inflamación y los cuadros floridos. En el paciente de mayor edad la enfermedad llevará más larga evolución, clínica o semisilente, y los hallazgos consistirán en cicatrices y lesiones orgánicas cicatriciales asociadas a mayor o menor grado de actividad. A diferencia del paciente más joven, en los mayores los tratamientos antiinflamatorios no re-

sultan tan eficaces. En cuanto a la localización, se distinguen cuatro tipos —ileal, cólica, ileocólica y digestiva alta— y sus combinaciones. En el patrón clínico se diferencian las formas puramente inflamatorias (no estenosantes y no penetrantes), las formas estenosantes y las formas penetrantes, distinguiéndose en los tres tipos si hay o no afectación perianal. Es en las formas estenosantes y en las fistulizantes donde más se necesita la intervención nutricional y donde surgen más problemas de tolerancia a alimentos y de respuesta a fármacos.

La importancia del aspecto nutricional en estos pacientes obedece a varias causas. En el paciente pediátrico es esencial asegurar el proceso de crecimiento y maduración, por lo que la adopción de medidas debe ser precoz y rápida. En la localización yeyunoileal hay serios problemas de absorción y de tolerancia a alimentos. La inflamación, local y sistémica genera déficits anabólicos que afectan principalmente al tejido conectivo y al músculo, y aspectos como la fiebre y la infección generan un aumento de los requerimientos calóricos y proteicos. En las formas estenosantes, la ingesta desencadena síntomas, por lo que los pacientes van dejando de comer y perdiendo peso gradualmente. A ello se suman la anorexia asociada al proceso inflamatorio y los efectos secundarios de algunos fármacos (disgeusia, dispepsia, náuseas, vómitos). También se produce pérdida de nutrientes en caso de fibrosis y estenosis con atrofia vellositaria, de hemorragia digestiva, de enteropatía pierdeproteínas, de intestino corto secundario a resecciones, y a fístulas interasas intestinales. Por último, las ostomías de alto débito generan también situaciones que requieren medidas nutricionales.

Conflicto de intereses: el autor declara no tener conflicto de interés.

Inteligencia artificial: el autor declara no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

Mendoza Hernández JL. La perspectiva del especialista en aparato digestivo experto en enfermedad inflamatoria intestinal. *Nutr Hosp* 2024;41(N.º Extra 2):32-34

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.05306>

Correspondencia:

Juan Luis Mendoza Hernández. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico San Carlos. C/ Doctor Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid
e-mail: juanluis.mendoza@salud.madrid.org

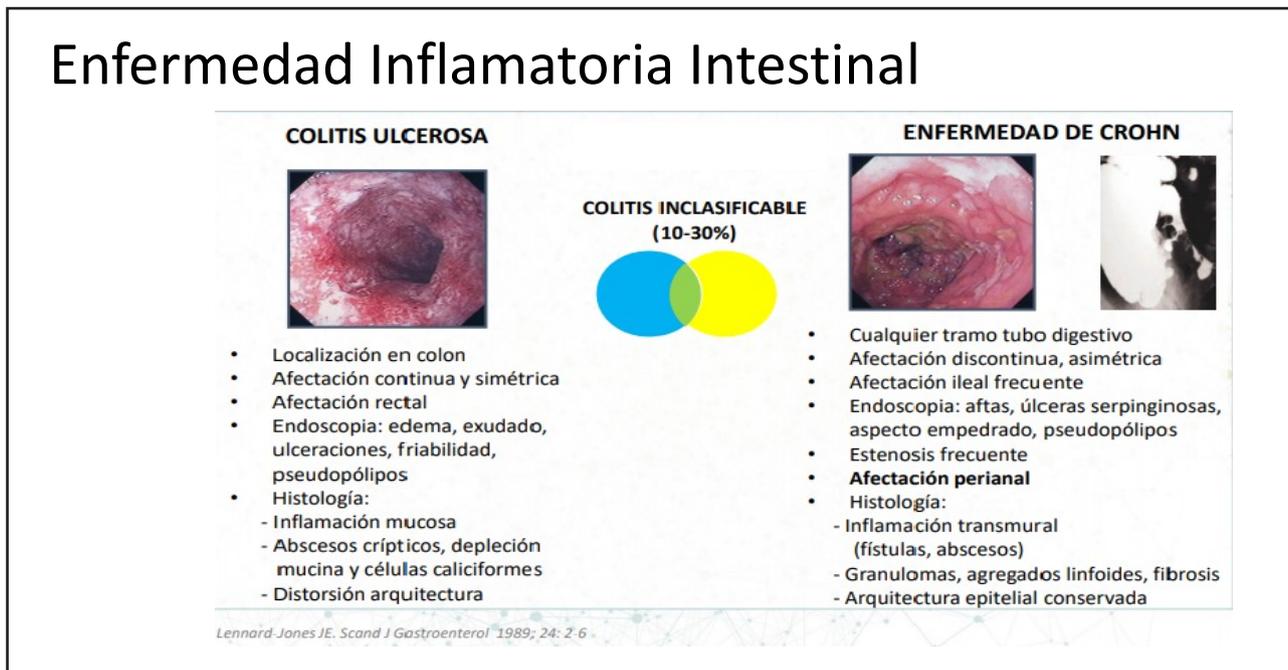


Figura 1. Tipos de enfermedad inflamatoria intestinal. Características diferenciales.

Tabla I. Clasificación fenotípica de la enfermedad de Crohn

<i>Edad al diagnóstico (A)</i>	
A1 16 años o menos	
A2 17-40 años	
A3 > 40	
<i>Localización (L)</i>	L1 + L4 (íleon terminal + tracto digestivo alto)
L1 Íleon terminal	L2 + L4 (colon + tracto digestivo alto)
L2 Colon	L3 + L4 (ileocólica + tracto digestivo alto)
L3 Ileocólica	
L4 Tracto digestivo alto	
<i>Patrón clínico (B)</i>	
B1 No estenosante, no fistulizante o inflamatorio	B1p (inflamatorio con afección perianal asociada)
B2 Estenosante	B2p (estenosante con afección perianal asociada)
B3 Fistulizante	B3p (fistulizante con afección perianal asociada)

Para poder proceder a la elección del tratamiento nutricional es preciso monitorizar distintos parámetros en los pacientes con EII. Los parámetros específicos que deben vigilarse dependen de las características del paciente y su patología (Tabla II).

La finalidad de estos controles analíticos es fundamentalmente conocer los déficits existentes que deben de corregirse. En los casos de sospecha clínica, la analítica puede detectar los casos subclínicos de larga evolución. Por último, el control analítico periódico ayuda a mejorar la calidad de vida —por ejemplo,

detectando y corrigiendo la anemia—, a prevenir la osteoporosis y a reducir las complicaciones en el caso de que el paciente requiera cirugía.

Los tratamientos empleados tienen también interés desde el punto de vista nutricional. En el caso de la cirugía, la intervención nutricional pre y posquirúrgica ayuda a minimizar o evitar la nutrición parenteral (NP). La sulfasalazina disminuye la absorción de folatos, por lo que estos deben administrarse como suplemento. Los antibióticos y el antiparasitario metronidazol pueden inhibir la ingesta al producir glositis, disfagia o un sabor metálico desagradable.

dable. Los corticoides impactan en el metabolismo del calcio y de la vitamina D, y pueden alterar la glucemia y la colesterolemia. El metotrexato inhibe de modo competitivo la formación de ácido fólico, por lo que también en este caso han de administrarse folatos.

La intervención del endocrinólogo se requiere de forma inmediata en el paciente prequirúrgico para evitar y tratar la desnutrición en el preoperatorio, y disminuir el riesgo nutricional inherente al uso de los tratamientos; en el paciente con pseudooclusión intestinal para mantener una dieta enteral completa, adaptando texturas o empleando la nutrición enteral (NE) distal; en el paciente con necesidad de ayuno por intolerancia alimentaria y necesidad de NP; en el paciente posquirúrgico, donde puede surgir el síndrome de realimentación; y en el caso del tratamiento primario con NE para inducir la remisión en el paciente pediátrico. A largo plazo se necesita en el paciente con malabsorción o enteropatía pierdeproteínas; en el paciente con intestino corto, donde la NE y la NP precoces son útiles; en el paciente con ostomías yeyuno-ileales; en caso de imposibilidad de mantener un estado nutricional adecuado; y en la educación del paciente con el fin de evitar dietas restrictivas.

El gastroenterólogo necesita a la unidad de nutrición para prescribir la NE y la NP, y para realizar los ajustes necesarios que la clínica y las pruebas de laboratorio aconsejen; para ajustar los suplementos de vitaminas, oligoelementos y proteínas; para combatir las hiperlipidemias presentes (sobre todo la hipertrigliceridemia); para la adaptación de dietas bajas en oxalatos y asegurar otras recomendaciones dietéticas en función de la anatomía intestinal afectada; y para mejorar la ingesta y el cumplimiento aportando variabilidad dietética y palatabilidad a las restricciones dietéticas necesarias.

No existe ninguna dieta concreta que haya demostrado ser útil para el control de la evolución de la EI (4). La dieta, no obstante, sí puede mejorar la calidad de vida al disminuir síntomas y mejorar la eficacia de los tratamientos, como se expuso anteriormente. Son ejemplos de ajustes dietéticos recomendables el aporte de fibra al paciente de colitis ulcerosa en remisión, los probióticos en caso de reservoritis, la restricción de oxalatos si hay cálculos renales o hemorragia digestiva, y la restricción de grasas en caso de esteatorrea.

Tabla II. Determinaciones analíticas a considerar *a priori* en función del espectro clínico de la enfermedad inflamatoria intestinal

¿Qué monitorizo en relación con la situación actual?	
Colesterol/Triglicéridos.....	En resecciones
Albúmina.....	Crohn extensos/brotos graves
Retraso en el crecimiento.....	Edades tempranas
Peso.....	Sobre todo en estenosantes
Hierro/Ferritina/Saturación de transferrina.....	Anemización
Vitamina B12/Ácido fólico.....	Íleon/Resección/Fármacos
Calcio/PTH/Vitamina D.....	Edad/Fármacos/Osteopenia
Coagulación.....	Íleon/Gravedad
Magnesio/Selenio/Zinc.....	Brotos graves/Resección
Vitamina A, E, betacarotenos.....	Brotos graves/Resección

PTH: parathormona.

BIBLIOGRAFÍA

- Lennard-Jones JE. Classification of inflammatory bowel disease. Scand J Gastroenterol Suppl 1989;170:2-6; discussion 16-9. DOI: 10.3109/00365528909091339
- Levine A, Griffiths A, Markowitz J, Wilson DC, Turner D, Russell RK, et al. Pediatric modification of the Montreal classification for inflammatory bowel disease: the Paris classification. Inflamm Bowel Dis 2011;17(6):1314-21. DOI: 10.1002/ibd.21493
- Vermeire S, Van Assche G, Rutgeerts P. Classification of inflammatory bowel disease: the old and the new. Curr Opin Gastroenterol 2012;28(4):321-6. DOI: 10.1097/MOG.0b013e328354be1e
- Limketkai BN, Iheozor-Ejiofor Z, Gjuladin-Hellon T, Parian A, Matarese LE, Bracewell K, et al. Dietary interventions for induction and maintenance of remission in inflammatory bowel disease. Cochrane Database Syst Rev 2019;2(2):CD012839. DOI: 10.1002/14651858.CD012839.pub2