

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Nutrición en las enfermedades inflamatorias intestinales crónicas

Dr. Alberto Maiz Gurruchaga

Profesor Adjunto de Medicina

Departamento de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición

Las enfermedades inflamatorias intestinales crónicas desarrollan con frecuencia grados variables de desnutrición y pérdidas intestinales de micronutrientes. La Enfermedad de Crohn puede afectar cualquier segmento del intestino y se caracteriza por una inflamación granulomatosa que puede complicarse con estenosis y fístulas. Por ello, es frecuente que estos pacientes sean tratados con operaciones resectivas que no son curativas, ya que la enfermedad puede recaer. La colitis ulcerosa, en cambio, compromete sólo la mucosa del intestino grueso, por lo que en casos graves que justifican una colectomía, esta operación es curativa.

Por el compromiso intestinal, con efectos locales y sistémicos, estos pacientes reciben tratamientos medicamentosos que influyen sobre el estado nutricional. Es frecuente que requieran suplementos

de micro y macronutrientes y apoyos nutricionales enterales y parenterales. Estas medidas son eficaces para prevenir o tratar los déficit nutricionales, mientras que su rol en el manejo sintomático y de las complicaciones es motivo de controversia. La opinión actual es que el tratamiento nutricional de los pacientes con estas enfermedades es útil para corregir las deficiencias nutricionales, pero no condiciona cambios en la evolución o pronóstico de la enfermedad misma.

PATOGENIA DE LAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES

Los mecanismos por los cuales se produce malnutrición y carencias son variados (Tabla 1).

TABLA 1

CAUSAS DE DEFICIT NUTRICIONAL EN ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES CRONICAS

REDUCCION DE INGESTA ALIMENTARIA

- Anorexia, dolor abdominal, diarrea
- Restricciones dietéticas

MALABSORCION (en Enfermedad de Crohn)

- Inflamación del intestino delgado
- Intestino corto (por cirugía)
- Síndrome de asa ciega

AUMENTO DE PERDIDAS DIGESTIVAS

- Enteropatías perdedoras de proteínas
- Hemorragia digestiva (Fe)
- Diarrea crónica (K, Mg, Zn)

AUMENTO DE REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES

- Hipermetabolismo e hipercatabolismo en crisis moderadas a graves

INTERACCION DE DROGAS

- Colestiramina (vitaminas liposolubles)
- Corticoides (calcio)
- Sulfasalazina (folatos)

Restricción de la ingesta alimentaria. Es el factor primordial y consecuencia de síntomas gastrointestinales que pueden aumentar al comer, como dolor y malestar abdominal, náuseas, diarrea, meteorismo, etcétera. Además, puede haber indicación de restricción de algunos alimentos, como lácteos, fibras y grasas, que debieran ser sustituidos por suplementos alimentarios.

Malabsorción. En la Enfermedad de Crohn puede haber alteración de la absorción por compromiso del intestino o por resecciones quirúrgicas, especialmente las del íleon. En estos casos se han descrito pérdida de sales biliares, esteatorrea con pérdida de vitaminas liposolubles, B12, y minerales como calcio, magnesio y zinc. Cuando hay suboclusiones intestinales, el crecimiento bacteriano también conduce a malabsorción por desconjugación de sales biliares y consumo de nutrientes.

Drogas. La sulfasalazina es un inhibidor competitivo de la absorción de folatos, la colesteraquina puede favorecer la esteatorrea y pérdida de vitaminas liposolubles y los corticoides reducen la absorción de calcio, además de generar un hipermetabolismo muscular.

Pérdidas intestinales. Las enfermedades inflamatorias activas aumentan la pérdida de nutrientes por el intestino, por lo que se las considera enteropatías perdedoras de proteínas. La excreción de albúmina puede exceder la capacidad de síntesis hepática, a pesar de una ingesta dietaria suficiente. También son comunes las pérdidas de hierro por sangramiento oculto o manifiesto. La diarrea se asocia a pérdida de potasio, magnesio y zinc.

Hipermetabolismo e hipermetabolismo. En las reactivaciones clínicas de intensidad moderada a grave, aumentan los requerimientos calóricos (hipermetabolismo) y las pérdidas nitrogenadas (hipercatabolismo). Esto es efecto de la respuesta sistémica a una enfermedad inflamatoria con absorción de productos tóxicos y activación de citoquinas, mediadores de la respuesta al estrés.

ROL DEL APOYO NUTRICIONAL COMO TERAPIA PRIMARIA

En algunas publicaciones se señaló en forma entusiasta que ocurría una mejoría clínica en pacientes con Enfermedad de Crohn tratados con nutrición enteral continua por sondas. Sin embargo, en ellas hubo coexistencia de otros tratamientos que dificultaron una interpretación correcta. Recientemente se han estudiado series prospectivas, aleatorias, en pacientes con Enfermedad de Crohn que recibieron dietas elementales, comparados con pacientes tratados con corticoides. No ha habido diferencias entre ambos tratamientos en cuanto a actividad de la enfermedad, aunque en algunas series hubo mayor mejoría de indicadores nutricionales en quienes recibían dietas elementales. En cambio, en otros estudios se ha demostrado que la dieta elemental puede ser pobremente tolerada y también menos eficaz que el tratamiento medicamentoso. Tampoco se ha demostrado que con las dietas elementales aumente la duración de los períodos de remisión de la Enfermedad de Crohn. Por otra parte, no hay datos suficientes que aseguren que una fórmula elemental sea superior a las fórmulas poliméricas, que son más baratas y de mejor sabor.

En pacientes con una crisis grave, la nutrición parenteral con o sin corticoides se asocia a una mejoría de la sintomatología a corto plazo. Sin embargo, no se ha demostrado que una vez superada la crisis se reduzca la frecuencia de recaídas de la Enfermedad de Crohn.

Sobre la base de los estudios clínicos disponibles, Sitrin sugiere que el tratamiento con corticoides y sulfasalazina o una nutrición

enteral debe ser el tratamiento inicial, considerando la cirugía en casos de enfermedad localizada y sin resecciones previas. Se necesitan mayores estudios para evaluar el efecto de medicamentos asociados a nutrición enteral. La nutrición intravenosa se reserva a quienes no toleren el apoyo enteral, quienes tengan una enfermedad extensa, cirugía previa, fístulas u obstrucción intestinal. La nutrición parenteral puede lograr una remisión que deberá mantenerse con tratamiento medicamentoso.

En pacientes con colitis ulcerosa, el reposo intestinal con nutrición intravenosa generalmente no cambia la evolución de la enfermedad. Cuando la crisis es grave, la nutrición parenteral no evita la colectomía que resuelve la enfermedad, pero es de gran ayuda en mejorar el estado nutricional del enfermo y reducir la morbimortalidad perioperatoria.

MANEJO NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Aun cuando las terapias nutricionales tienen efectos discutibles sobre la evolución de las enfermedades inflamatorias del intestino, no hay duda que estos pacientes requieren de un manejo nutricional apropiado. El objetivo indiscutido es la prevención de los déficit nutricionales o su recuperación, si ya existen.

Para un adecuado tratamiento, es importante el registro de evaluaciones periódicas del estado nutricional. La anamnesis y el examen físico deben hacer sospechar deficiencias nutricionales que ameriten conductas consecuentes. Especial interés tienen:

Peso corporal: es un indicador simple y muy útil. La baja de peso no intencionada, especialmente si es mayor al 10% del peso habitual, indica con seguridad una reducida ingesta calórica y eventualmente un estado hipermetabólico. También es necesario evaluar su adecuación a la estatura del paciente, mediante el índice peso-talla o, más fácilmente, con el índice de masa corporal (IMC = peso en kg/talla en m), siendo lo normal entre 20 y 25. La presencia de edema (por hipoalbuminemia) puede ser una limitante en su interpretación.

– Crecimiento pondoestatural: su evaluación es de gran importancia en niños, ya que los tratamientos nutricionales mejoran las curvas de crecimiento deterioradas, especialmente por baja ingesta calórica en niños con Enfermedad de Crohn.

– Signos de déficit nutricional: la presencia de edema (hipoalbuminemia), palidez (anemia), fatigabilidad (hipokalemia, hipomagnesemia, etcétera), debe orientar los exámenes de laboratorio que confirmen estas deficiencias.

Frente a crisis graves que obligan a hospitalización, la evaluación nutricional debe ser lo más amplia posible, considerando:

– Evaluación antropométrica (peso, IMC, circunferencia muscular, pliegues cutáneos).

– Evaluación de fuerza muscular (dinamometría).

– Encuesta alimentaria.

– Exámenes de laboratorio: hemograma, perfil bioquímico, prealbúmina, gasto energético (calorimetría indirecta) y pérdidas nitrogenadas (nitrógeno ureico o total urinario), electrolitos, incluyendo magnesio y zinc plasmáticos, ferremia, TIBC, ferritina y folatos.

El apoyo nutricional es variable, por lo que debe ser adaptado a cada paciente, muy especialmente por su condición nutricional y por la actividad clínica de su enfermedad. En el paciente ambulatorio, la prescripción dietética debe considerar hábitos y disponibilidad alimentaria. Las restricciones deben ser las menores posibles. En general, la dieta debe ser libre en proteínas, con suficiente aporte calórico y habitualmente suplementada con un preparado multivitamínico y mineral, en especial si hay restricciones alimentarias. Entre éstas, las mayores son las dietas sin lactosa, pobres en residuos y los regímenes hipograsos, especialmente en pacientes con Enfermedad de Crohn. En ellos puede haber un déficit de lactasa marginal asociado a diarrea. Es recomendable reducir la fibra en casos con estenosis intestinales, y la grasa, cuando hay esteatorrea (intestinos cortos por resecciones quirúrgicas).

Los suplementos calóricos y proteicos orales pueden ser útiles en pacientes con desnutrición (ADN, Hupalén 2000, Ensure), así como también los suplementos vitamínicos o minerales: ácido fólico en tratamientos con sulfasalazina, B12 (intramuscular) en pacientes con resecciones ileales, zinc en caso de diarreas importantes, hierro si hay déficit, calcio y vitamina D si hay osteopenia, etcétera.

Es frecuente que el paciente hospitalizado con una crisis grave necesite de un apoyo nutricional intravenoso parcial, si puede tolerar alimentación oral o nutrición enteral, o total, si el cuadro obliga a mantenerlo en ayunas. Es frecuente que estos pacientes deban ser tratados quirúrgicamente, para lo cual deben mantenerse en las mejores condiciones nutricionales posibles.

Por otra parte, la evaluación nutricional puede contribuir a una decisión quirúrgica, si se demuestra que a pesar de 7 a 10 días con aportes nutricionales óptimos, reposo, uso de antibióticos y corticoides, la enfermedad se mantiene activa y el estado nutricional no se recupera o empeora. Esta condición la hemos observado en pacientes con colitis ulcerosa extensa, y su resolución quirúrgica no se debe dilatar. La falla del tratamiento médico, que incluye la recuperación nutricional, es indicación de colectomía.

En resumen, el manejo nutricional de los pacientes con enfermedades intestinales inflamatorias crónicas debe dirigirse a evaluaciones periódicas, adecuando dietas y suplementos para evitar el deterioro nutricional o recuperarlo si existe. En las crisis graves, el apoyo nutricional es importante y debe ser instituido precozmente.

REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Sitrin MD. Nutritional support in inflammatory bowel disease. *Nutr Clin Prac* 1992; 7:53-60.
2. Maiz A. Manual de asistencia nutricional intensiva. Editorial Mediterráneo. Santiago-Chile, 1988.
3. Clark ML. Role of nutrition in inflammatory bowel disease. An overview. *Gut*, 1986; 27(s1) 72-75.
4. Morales H, Maiz A. Asistencia nutricional intensiva en enfermedades inflamatorias intestinales. *Boletín Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile*, 1986; 18:78-83.
5. Morales H, Maiz A, Zúñiga A, Quintana C. Nutrición intensiva en colitis ulcerosa. Influencia en la morbimortalidad postoperatoria. *Rev Méd. Chile* 1989; 117:293-297.
6. Greenberg GR. Inflammatory bowel disease. En: Kinney JN, Jeejeebhoy KN, Hill GL, Owen OE (ed. *Nutrition and metabolism in patients care*. W.B. Saunders Co. Philadelphia 1988; 266-280.