

MICRO NOTICIAS

•Las campañas de cribado para detectar el cáncer colorrectal redujeron su incidencia en un 85%, según experto.

•El hospital Materno de las Palmas de Gran Canaria diagnostica un niño con Crohn al mes cuando en los últimos 20 años los casos en niños eran excepcionales.

•El consumo de pescado azul puede ser bueno para aliviar los síntomas de enfermedades inflamatorias como la artritis reumatoide, gracias a las prostaglandinas, unas sustancias antiinflamatorias contenidas en los Omega-3.

•Las personas con alguna enfermedad inflamatoria intestinal son más tendientes a la depresión, según afirma un equipo de investigadores en Canadá. "Existe una incidencia relativamente alta de ansiedad y alteraciones del ánimo en los pacientes con EII", dice el doctor Charles N. Bernstein, de la University of Manitoba, en Winnipeg.

•Un grupo de investigadores del Departamento de Bioquímica y Biología Molecular de la Universidad de Alcalá, junto con el grupo Farmaserra, han llevado a cabo un ensayo clínico, en colaboración con el Hospital Gregorio Marañón y el Hospital de la Princesa, para la aplicación de un nuevo fármaco en los pacientes que padecen colitis ulcerosa.

•Aviso del Dr. León Peces: ahora, en el mes de octubre, conviene vacunarse contra la gripe con la vacuna antigripal polivalente. Una gripe puede daros un brote de la enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa. Teniendo la enfermedad, la vacuna es gratis por la seguridad social. Ponedros en contacto con vuestro centro de la salud.

•Nueva terapia en el tratamiento de la colitis ulcerosa: la aféresis. Esta técnica puede evitar una resección intestinal en pacientes con brotes refractarios al tratamiento con corticoides.

•Rifaximina, que lleva 15 años en el mercado italiano, ha sido comercializado en España recientemente, es un fármaco para las enfermedades intestinales de etiología bacteriana que no es absorbible, lo que evita efectos secundarios, según Carmelo Scarpignato, profesor de Farmacología de la Universidad de Parma.

¿POR QUÉ LAS MUJERES SUFREN CON MÁS FRECUENCIA EL SÍNDROME DEL COLON IRRITABLE?

Un equipo de investigadores del grupo de investigación en fisiología y fisiopatología digestiva de l'Institut de Recerca de l'Hospital Universitari de la Vall d'Hebron de Barcelona ha publicado un artículo en la revista científica Gastroenterology, donde se describen los mecanismos fisiopatológicos que podrían explicar por qué las mujeres padecen con el doble de frecuencia el denominado 'Síndrome del Colon Irritable'. El exceso de estrés que sufren las mujeres en nuestras sociedades se configura como el desencadenante que altera el correcto equilibrio fisiológico del intestino. Los investigadores de l'Institut de Recerca de l'Hospital Universitari de la Vall d'Hebron (IR-HUVH) han demostrado que el exceso de estrés vital produce, entre otros perjuicios, una alteración en la barrera intestinal. En particular el cúmulo de situaciones vitales comunes (por ejemplo, como más frecuentes: muerte o enfermedad de familiares, hipoteca, problemas laborales o sentimentales) durante el último año, provoca respuestas anómalas en la mucosa del yeyuno (intestino delgado) que desequilibran la correcta regulación de su fisiología.

Los autores de este estudio, partiendo del conocimiento empírico y epidemiológico que asociaba el estrés vital con la aparición del Síndrome, diseñaron un experimento para intentar descifrar la posible relación del estrés con la predominancia femenina. Para ello seleccionaron voluntarias sanas separadas en dos grupos, estresadas y poco estresadas, de acuerdo a su nivel crónico de estrés basal, a las que se sometió a un estrés agudo (sumergir la mano en agua helada), a modo de agente nocivo, mientras se profundiza y recogía el líquido intestinal.

Los resultados indican que la respuesta hormonal (progesterona, estradiol, cortisol) y del sistema nervioso (frecuencia cardíaca y presión arterial) al estrés agudo fue similar en los dos grupos. Sin embargo, la respuesta psicológica, mayor en magnitud, y, sobre todo, la respuesta de la mucosa intestinal, fueron diferentes en el grupo de mujeres estresadas. En concreto, el intestino de estas mujeres mostró una respuesta defectuosa dominada por una menor secreción de agua y por un aumento significativo de la permeabilidad. Esta respuesta podría reducir la capacidad del intestino para arrastrar los agentes exógenos nocivos y facilitar así el contacto prolongado de éstos con el sistema inmunológico provocando de esta forma una respuesta inflamatoria exagerada (hay que pensar que un 80% del sistema inmune está localizado debajo de la superficie del intestino). En condiciones normales, ante un estímulo nocivo (un agente tóxico, por ejemplo, o una infección), la mucosa intestinal disminuye su capacidad para absorber el contenido del tubo digestivo (permeabilidad) y secreta gran cantidad de agua para "arrastrar", excretar, lo más rápido posible, el agente nocivo hacia el exterior. En esta situación, normal y fisiológica, podemos padecer una diarrea transitoria.

Un síndrome muy frecuente y sin tratamiento
El Síndrome del Colon Irritable (o del Intestino Irritable) es la enfermedad gastrointestinal más frecuente en clínica observada en el mundo occidental, pues afecta a un 10-15% de la población adulta y representa, según los expertos, el 1-2% de todo el gasto sanitario. Su sintomatología incluye dolor abdominal crónico y recurrente acompañado de alteraciones del ritmo intestinal que van desde el estreñimiento hasta la diarrea intermitente crónica pasando, en el caso de algunos pacientes, por períodos alternantes de estreñimiento y diarrea. Esta sintomatología puede durar incluso varios años seguidos. El diagnóstico se sustenta fundamentalmente en la naturaleza crónica de los síntomas sin la existencia de signos evidentes de enfermedad orgánica.



Punto de partida para la prevención

Los investigadores intuyen y sugieren que la persistencia de esta respuesta anómala del sistema inmune podría representar la primera etapa en el desarrollo del Síndrome del Intestino Irritable y ayudar a entender la mayor prevalencia femenina, aunque los responsables reconocen la necesidad de hacer estudios comparativos entre géneros. Más aún, los datos acumulados en otros estudios demuestran que las infecciones gastrointestinales son el factor causal más directamente ligado a la aparición del Síndrome de Intestino Irritable, como lo indica, entre otros, un estudio realizado en nuestro medio tras la intoxicación con cocas contaminadas por S. enteritidis acaecida en Torroella de Montgrí (Gastroenterology 2005; 129:98-104). Se percibe que la aparición de una infección intestinal en personas sanas, pero pre-dispuestas, con un intestino estresado puede detonar, con gran probabilidad, una respuesta inflamatoria local persistente que determine la iniciación del síndrome del intestino irritable.

Los datos de este estudio pueden permitir detectar personas de riesgo o susceptibles de desarrollar esta enfermedad. Y, a su vez, establecer mecanismos de prevención que disminuyan el número de personas afectadas por una enfermedad que genera una severa disminución de la calidad de vida y que no tiene un tratamiento efectivo.

ACCU RIOJA - Núm. 15 - Octubre 2008

HOJA INFORMATIVA

ACCU RIOJA

Casa de las Asociaciones
Parque de San Antonio, s/n
26009 LOGROÑO

Telfs.
605 955 519 - 606 946 321
Fax: 941 260 439
E-mail:
accurioja@hotmail.com
www.accuesp.com

Horario atención al público:
Los martes de 19 a 21 horas



JUNTA DIRECTIVA

Presidente
Gregorio Alvarez Carbajo
Vicepresidente
J. Antonio Chavoy Zorzano
Secretario
F. J. González Gutiérrez
Vicesecretario
Fco. Javier Borobia Bretón
Tesorera
Ana García Parellada
Vicetesorera
Mª Fca. Garrido Bellido
Vocales
Sergio Diez Varona
Natividad Ochoa Miguel
Coordinador Jóvenes
Rocío Ortega González
Vocal Portavoz
Enrique Bravo Sainz
Vocales Rioja Alta
F. L. Bartolomé Nájera
Antonio Ceniceros Soto
Vocales Rioja Baja
Susana Herrero Mnez.Losa
Carmelo Cordón Ezquerro
Pelayo Abad Preciado

IBD CHIP

Un "chip" de DNA para predecir el curso clínico y la respuesta a fármacos en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Test no invasivo (sólo requiere una muestra de sangre), desarrollado en nuestro país y basado en el análisis simultáneo de numerosas mutaciones en el DNA, mediante tecnología láser. El objetivo del IBDchip® es proporcionar a los médicos una predicción, lo más precisa posible, sobre cómo se va a comportar la enfermedad y sobre la probabilidad de respuesta a determinados fármacos en cada paciente con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa.

¿Por qué se ha desarrollado el IBDchip®?
Por dos motivos bien simples: porque tanto el Crohn como la colitis ulcerosa son enfermedades muy heterogéneas. (Los síntomas que presenta cada paciente con Crohn o colitis ulcerosa son muy diferentes) y porque hasta ahora no disponíamos de ninguna herramienta que nos permitiera predecir el curso clínico y la respuesta a fármacos en el Crohn y en la colitis ulcerosa. Sin duda, eso nos permitiría optimizar el tratamiento para cada paciente. No obstante, en la actualidad no tenemos ningún elemento que nos permita predecir si la enfermedad cursará o no de forma agresiva, qué complicaciones desarrollará un paciente o si éste responderá o no a un fármaco.

¿Qué es el IBDchip®?

Una nueva prueba, para la cual solo se requiere una pequeña muestra de sangre. A partir de esta muestra se extrae el DNA (material genético), el cual se coloca en un soporte de vidrio (el IBDchip®). Este vidrio ha sido preparado para detectar la presencia de 61 mutaciones, al ser analizado mediante tecnología láser. Estas mutaciones han sido escogidas por su posible influencia en la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa.

¿Cuándo NO es útil y @como NO debe utilizarse el IBDchip®

El IBDchip® proporciona una estimación del RIESGO o PROBABILIDAD que cada paciente tiene de presentar una serie de complicaciones y de responder a determinados fármacos. Esta estimación se ha basado en un cálculo matemático, realizado a partir de un estudio en el que se incluyeron 579 pacientes españoles con Crohn y colitis ulcerosa. Es importante señalar que el IBDchip®.

NO permite ASEGURAR que estas complicaciones vayan a suceder o que un paciente vaya a responder a un fármaco.

El IBDchip® solo puede ser útil a pacientes ya diagnosticados de Crohn o colitis ulcerosa. No tiene ningún sentido realizar un IBDchip® para diagnosticar estas enfermedades. Sólo podrá ser solicitado por los médicos que os atienden. No tiene sentido realizar varias veces el IBDchip® a un mismo paciente. El perfil de mutaciones de un paciente no varía a lo largo de su vida.

¿En que casos puede ser útil la realización del IBDchip®?
Puede ser útil en cualquier paciente con enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, en cualquier momento de su enfermedad. No obstante, los pacientes que más podrían beneficiarse de esta prueba son: pacientes pediátricos, pacientes cuya enfermedad debutó antes de los 16 años, pacientes cuyo diagnóstico se ha realizado hace menos de 5 años y pacientes en los que se planteen diversas opciones de tratamiento.

Conclusiones
El IBDchip® es una nueva prueba que solo precisa una pequeña muestra de sangre y que permite detectar la presencia de 61 mutaciones. Un estudio realizado en España, que incluyó a 579 pacientes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, ha demostrado que el IBDchip® tiene una elevada precisión para predecir el curso clínico y la probabilidad de respuesta a los corticoides de cada paciente. Esta información podría ser útil en la práctica clínica, permitiendo realizar un tratamiento "individualizado" para cada paciente. En cualquier caso, es el médico quien debe indicar la conveniencia de realizar esta nueva prueba y a quien corresponderá integrar la información proporcionada por el IBDchip® en la toma de decisiones terapéuticas, en cada paciente concreto.

Dr. Miquel Sans. Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic / IDIBAPS, Barcelona



EXISTE UNA RELACIÓN DIRECTA ENTRE LAS EXPECTATIVAS DE VIDA Y EL CÁNCER DE COLON

Más de 12 mil personas mueren al año en España como consecuencia del cáncer colo-rectal. Hace tres años, este tipo de cáncer fue el tercero con más incidencia, con prácticamente un millón de casos en todo el mundo.

Por eso, la aparición de nuevos medicamentos con mecanismos de acción ciertamente revolucionarios en el freno del desarrollo del tumor hace que hoy nos podamos sentir más optimistas en la mejora de la supervivencia y la calidad de vida de estos pacientes.

Existe una asociación directa entre la expectativas de vida, la edad media de la población, y el cáncer de colon. Más de un 90% de los casos se diagnostican después de los 50 años y casi más de la mitad, después de los 65 años.

Hay otros factores de riesgo que se conocen como el historial familiar, tanto por pacientes que tengan un familiar con **cáncer de colon** a edades tempranas como por enfermedades del colon inflamatorias: **enfermedad de Crohn**, colitis ulcerosa, etc. También una dieta rica en grasas animales y pobre en residuos, la falta de ejercicio físico y el tabaco son factores que pueden influir.

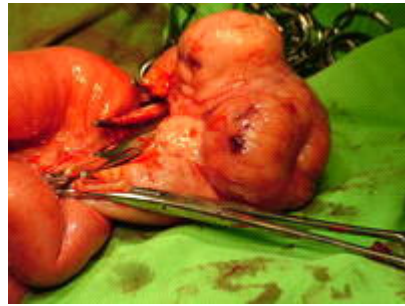
El crecimiento de este tipo de tumor es muy lento; antes de aparecer un cáncer debe haber aparecido un **pólipo**, estos convertirse en adenomas y estos degeneran en carcinomas. Es muy importante el screening, para poder detectarlo a tiempo, incluso antes de que se haya malignizado. La colonoscopia es la prueba más específica para detectar un cáncer de colon.

La población de alto riesgo son aquellos que tengan herencia genética y aquellas personas mayores de 50 años.

El cáncer de colon tarda años en reproducirse, cuando da síntomas está avanzado, salvo que se tengan algunos síntomas como dolor en el abdomen, sensación de no vaciar correctamente el intestino, cambios en los hábitos intestinales y aparición de sangre en las deposiciones.

El KRAS es como si en la membrana de la célula del tumor hubiera un interruptor. Si se conecta, manda un mensaje al núcleo del tumor para que las células proliferen y se reproduzcan. Se han estudiado medicamentos que actúan contra esos interruptores, bloqueándolos e impidiendo que las células se reproduzcan.

Si un paciente tiene un KRAS nativo, va a tener posibilidades de mejor tratamiento y curación. Si ha mutado, se sabrá que el paciente va a tener un pronóstico peor



Tutoriales Interactivos de Salud

Los tutoriales interactivos enumerados a continuación han sido creados por el [Patient Education Institute](http://www.patienteducationinstitute.com) (Instituto para la Educación del Paciente). Estos tutoriales ofrecen información acerca de diferentes enfermedades, medidas para su prevención, procedimientos médicos y promoción de una vida sana. En cada tutorial se presentan gráficas animadas y se utiliza vocabulario fácil de entender. Además, se puede escuchar la narración del texto de cada uno de ellos. La página web es <http://medlineplus.gov/spanish/> o con esta se accede directamente <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/tutorial.html>

LOTERÍA DE NAVIDAD

La lotería de Navidad está a disposición de los socios. Podéis pasar a recogerla los martes en el horario habitual. El último día de recogida será el sábado, 22 de noviembre al finalizar la Asamblea de Socios.



Correo Electrónico

El correo electrónico también conocido como e-mail, es un recurso tecnológico que nos permite comunicarnos desde cualquier parte a través de Internet, por eso os pedimos una vez más, que nos enviéis el vuestro si no lo habéis hecho. Esta Junta Directiva lo utiliza habitualmente para enviaros esta Hoja Informativa y como medio de correspondencia con socios y con distintas Instituciones oficiales y privadas.

LOS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

Desde hace 7 años, hay un nuevo tratamiento: los tratamientos biológicos. Se llama así porque estos tratamientos son el producto de células vivas modificadas genéticamente. Se trata de anticuerpos monoclonales, es decir, anticuerpos dirigidos expresamente contra un factor inflamatorio o contra un factor que favorece un tumor, de modo que se usan en oncología y en el tratamiento de enfermedades auto inmunes, como la artritis, la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa, la psoriasis, la espondilitis esclerosante, entre otras.

En la E.I.I. ha tenido mucho éxito el anti-TNF, es decir, anticuerpos que anulan el factor necrótico tumoral, un potente agente pro inflamatorio. Al eliminarlo mejora en un par de días la inflamación, se curan las úlceras, se cierran la fístulas, en fin un milagro.

Pero no es oro todo lo que reluce. Los anti-TNF no curan definitivamente la enfermedad porque no atacan las causas, que desconocemos, y por otro lado, en un 30% de los pacientes el resultado es pobre o nulo.

En este momento se usan 3 anti-TNF: infliximab (Remicade), adalimumab (Humira) y certolizumab. El más conocido es el infliximab; el certolizumab todavía no está autorizado (Noviembre 2007). Al principio se usaba el infliximab sólo para la enfermedad de Crohn pero ahora se ha visto que también en la colitis ulcerosa tiene éxito, incluso se usa en niños con buenos resultados.

El anti-TNF se usa en los casos siguientes:

- Un brote agudo de Crohn que no mejora con corticoides (los inmunosupresores tardan tiempo en actuar y no sirven para brotes agudos).
- Una enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa crónicamente activa, resistente a los corticoides o corticodependiente que no mejora con Imurel o metotrexate.
- Fístulas anales, vaginales o vesicales que no mejoran con inmunosupresores.
- Pacientes con una severa corticodependencia que no desaparece con inmunosupresores.
- Pacientes con síntomas extraintestinales severos.

No tenemos suficiente experiencia para las indicaciones del infliximab en los brotes de colitis ulcerosa.

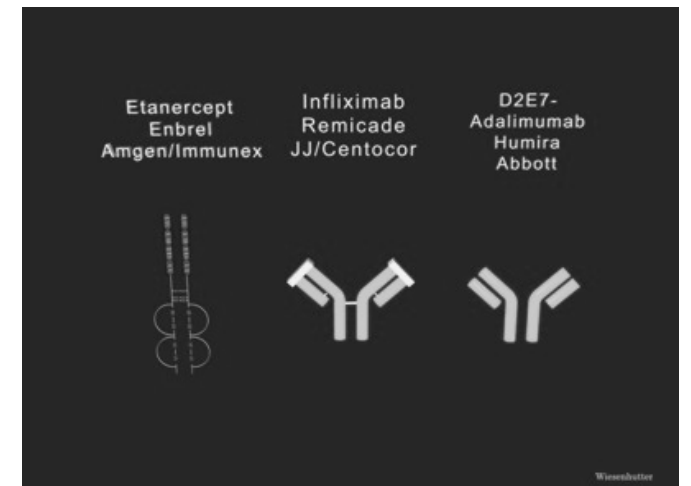
¿Por qué no empezar directamente con anti-TNF en vez de inmunosupresores? (Imurel, mercaptopurina, metotrexate, tacrólimus). Por que sabemos que a lo largo del tratamiento con inmunosupresores mejoran un 70 % de los pacientes, es un tratamiento fácil, con pocos efectos secundarios y barato. Además cuando aplicamos anti-TNF conviene que el paciente esté tomando un inmunosupresor para prevenir reacciones del cuerpo contra los anticuerpos monoclonales (anticuerpos contra anticuerpos) porque son ajenos a nuestro cuerpo. El infliximab produce más rechazo que el adalimumab porque el primero es en parte murino y el segundo es completamente humano. Por tanto usamos adalimumab cuando sospechamos que el infliximab deja de funcionar por la formación de anticuerpos que lo rechazan. No obstante, el adalimumab, aunque humano, tampoco es completamente nuestro, de modo que también éste producirá rechazo. La experiencia lo enseñará.

Aplicado bien, el anti-TNF ahorra bastantes operaciones, aunque siempre hay casos en los cuales la cirugía es necesaria y no se debe usar el anti-TNF:

- Cuando hay una estenosis (estrecheces) por la formación de tejido cicatricial (estenosis fibrosas).
 - Cuando hay una infección severa por ejemplo un absceso o cuando hay infecciones.
- El infliximab por regla general, funciona durante dos o tres meses y por tanto se aplica cada dos meses, aunque hay pacientes con un brote agudo que después de una inyección ya no necesitan más infliximab y se mantienen perfectamente bien sólo con Imurel. Si el infliximab no ha mejorado la enfermedad, no merece la pena repetir

el tratamiento, aunque algunos médicos lo repiten con doble dosis. Antes no usábamos el infliximab otra vez después de haberlo suspendido durante un año, ahora hemos visto que sí se puede porque la formación de anticuerpos anti-infliximab varía mucho de una persona a otra, pero no sabemos cuantos años se puede seguir tratando al paciente con infliximab.

Probablemente se puede usar durante el embarazo. Siempre es mejor usarlo en el caso de un brote severo porque el peligro de un brote severo de la EII para el feto es grande y hasta ahora no se han visto anomalías en el recién nacido tras haber sido tratada la madre con infliximab. Se desaconseja la lactancia durante el tratamiento con infliximab hasta que tengamos más experiencia.



Efectos no deseables de los anti-TNF:

Todos los tratamientos para la EII disminuyen la inmunidad, excepto los 5-ASA, quizás los corticoides más que los inmunosupresores y los anti-TNF. No obstante, podréis imaginaros que la combinación de varios tratamientos la reduce de tal manera que existe serio peligro de infecciones. Por tanto, hay que descartar que el paciente sea portador de bacterias de la tuberculosis y de los virus de la hepatitis B y C antes de aplicar el anti-TNF. Es mejor hacer las pruebas del Mantoux y la serología de la hepatitis antes de empezar el tratamiento con inmunosupresores, porque la combinación de inmunosupresores y corticoides puede provocar negatividad de las pruebas mientras los microbios estén acantonados en alguna parte del cuerpo.

También es necesario descartar otras infecciones. El anti-TNF a su vez, puede empeorar infecciones virales vías respiratorias. Otra cosa que hay que evitar, es dar anti-TNF a pacientes con insuficiencias cardíaca (falta de aire, edemas en las piernas). Se ha exagerado la formación de linfomas y leucemias después del tratamiento con anti-TNF pero parece que esta posibilidad es remota.

Sí son posibles las reacciones durante la inyección que se tratan con medicación e inyectando el infliximab lentamente. También son posibles las reacciones meses después y la formación de un cuadro parecido a lupus eritematoso. Por tanto el paciente debe mantenerse bajo control, aunque su EII haya mejorado mucho. El adalimumab es más fácil de inyectar, el propio paciente lo hace en casa, aunque unas horas en el hospital de día cada dos meses no son muy molestas.

Todas las reacciones adversas son peores en fumadores. El tratamiento con anti-TNF, inmunosupresores y corticoides no imposibilita las vacunas. Aconsejamos la vacuna contra la gripe en otoño. Las únicas vacunas que no se deben de usar son las de la fiebre amarilla y el polio oral.