

Enfermedad inflamatoria intestinal en el anciano

Francesc Casellas^a y Josefa López Vivancos^b

^aHospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

^bHospital General de Catalunya. Barcelona. España.

La enfermedad inflamatoria intestinal es una entidad que agrupa dos procesos diferenciados: la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn. Esto da lugar a diversas manifestaciones clínicas, sobre todo digestivas, en forma de diarrea sanguinolenta y dolor abdominal, pero también extraintestinales, y no es infrecuente que la enfermedad se manifieste a partir de los 60 años de edad. Las características clínicas y la respuesta al tratamiento en el paciente de edad avanzada son diferentes a las del paciente joven.

Puntos clave

- La enfermedad inflamatoria intestinal, tanto la enfermedad de Crohn como la colitis ulcerosa, puede manifestarse a cualquier edad, incluida la edad avanzada.
- Los síntomas de la enfermedad inflamatoria intestinal del anciano son similares a los del joven.
- La enfermedad inflamatoria intestinal del anciano debe diferenciarse de otras enfermedades frecuentes en la edad avanzada como la diverticulitis, la colitis isquémica o el adenocarcinoma.
- El tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal de las personas de edad avanzada sigue el mismo algoritmo que el de la enfermedad del joven.

La enfermedad inflamatoria intestinal es una entidad que agrupa dos procesos diferenciados: la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn. La enfermedad inflamatoria intestinal es un trastorno inmunoinflamatorio crónico cuyo órgano diana es el intestino, de origen aún no bien aclarado y que se caracteriza por la inflamación recurrente de segmentos del intestino delgado y/o colon. Esto da lugar a diversas manifestaciones clínicas, sobre todo digestivas, en forma de diarrea sanguinolenta y dolor abdominal, pero también extraintestinales, como artritis o lesiones cutáneas. El desarrollo de la enfermedad inflamatoria intestinal se relaciona con la combinación de una predisposición genética sobre la que la acción de factores ambientales, como la composición de la flora intestinal, activan una respuesta inflamatoria exagerada. No es una enfermedad infrecuente; en España la incidencia oscila entre 8 y 16 casos por 100.000 habitantes/año¹⁻³.

La enfermedad inflamatoria intestinal se considera característica de jóvenes o adultos jóvenes, con una incidencia máxima entre los 20 y los 40 años de edad. Sin embargo, no es infrecuente que la enfermedad se manifieste a partir de los 60 años de edad. Además, las características clínicas y la respuesta al tratamiento en el paciente de edad avanzada son diferentes a las del paciente joven. Aunque el tratamiento de la enfermedad sea en principio independiente de la edad, la comorbilidad y los cambios en el metabolismo de los fármacos que presentan las personas de edad avanzada hacen que se deba individualizar el tratamiento. Debido a la cronicidad del proceso, el término enfermedad en el anciano podría hacer referencia a dos situaciones diferentes: la persona mayor en que la enfermedad se inició de joven y lleva tiempo de evolución, y, por otro lado, la persona de edad avanzada que presenta el principio de la enfermedad. El objetivo de la presente actualización es poner al día el conocimiento de las características peculiares de la enfermedad inflamatoria intestinal de inicio en el anciano.

Epidemiología

Los estudios clásicos describen una distribución bimodal en la edad de presentación de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, con un primer pico en la tercera década de la vida y un segundo pico entre la sexta y la octava^{4,5}. De hecho, entre el 5 y 15% de los pacientes son diagnosticados a partir de los 60 años de edad^{6,7}. Esta característica distribución bimodal podría explicarse por una confusión diagnóstica con otros procesos que pudieran parecer la enfermedad y fueran más propios de la edad avanzada, como la isquemia intestinal o la diverticulitis. También se ha considerado que la enfermedad que se manifiesta a edades tardías tiene sus propias características y debería

Tabla I. Hallazgos morfológicos distintivos de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa

Colitis ulcerosa	Enfermedad de Crohn
Recto afectado	Recto preservado
Lesiones continuas	Lesiones segmentarias
Eritema difuso	Úlceras aftoides
Mucosa granular	Úlceras profundas/empedrado
Ausencia de fistulas	Fistulas
Intestino delgado preservado	Intestino delgado afectado

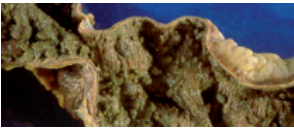

	
Inflamación superficial	Inflamación profunda
Abscesos de criptas	Granulomas
Distorsión glandular	Fisuras profundas
Depleción de moco	Fibrosis

Tabla II. Manifestaciones clínicas distintivas de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa

	Colitis ulcerosa	Enfermedad de Crohn
Rectorragia	++	+/-
Dolor abdominal	+	++
Pérdida de peso	+/-	+
Fiebre	+/-	+
Enfermedad perianal	+/-	++
Estenosis-oclusión	+/-	+

distinguirse de la del joven. En cualquier caso, las confusiones diagnósticas y los diagnósticos acumulados desde edades más tempranas hacen muy difícil el cálculo de la incidencia real de la enfermedad inflamatoria intestinal de la edad avanzada.

Un reciente estudio epidemiológico de casos y controles en nuestro medio ha puesto de manifiesto que, en el anciano, la colitis ulcerosa es más frecuente que la enfermedad de Crohn⁸. Sin embargo, otros datos epidemiológicos como la distribución por sexos o la presencia de antecedentes familiares no fueron diferentes en el anciano respecto al joven.

La distribución de las lesiones en la enfermedad del anciano suele tener un predominio distal más marcado que en el joven. Así, en el anciano, la enfermedad de Crohn tiende a localizarse en el colon y en la colitis ulcerosa predominan las formas distales.

Manifestaciones clínicas

La enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa tienen unas peculiaridades distintivas, que se muestran en las tablas I y II, y que se mantienen en la enfermedad del anciano. Las manifestaciones de la enfermedad inflamatoria intestinal son muy variadas puesto que dependen de numerosas variables como el grado de actividad de la enfermedad, la localización de las lesiones,

la presencia de complicaciones y de manifestaciones extradigestivas, la cirugía resectiva previa, etc. Como para cada una de dichas variables hay diversos criterios, se ha hecho necesario un consenso internacional para unificar en un único criterio las posibles situaciones clínicas. Este consenso se consiguió en el Congreso Mundial de Montreal en el año 2005⁹. En este acuerdo se ha considerado que la enfermedad de Crohn tiene 3 comportamientos evolutivos (inflamatorio, estenosante y penetrante o fistulizante, en cada uno de los cuales puede haber afectación perianal), 4 posibles localizaciones (íleon terminal, colon, ileocólica y proximal), y 3 posibles grupos de edad de inicio (antes de los 16, entre los 17 y los 40, y por encima de los 40 años). En cuanto a la colitis ulcerosa, en dicho acuerdo se han considerado 3 localizaciones (proctitis o rectitis, colitis izquierda y colitis extensa) y 4 grados de intensidad (remisión, leve, moderado y grave). Esta clasificación no se ha modificado para la enfermedad de inicio en la edad avanzada.

La enfermedad inflamatoria intestinal, debido a su carácter crónico, a la presencia de síntomas orgánicos, la existencia de complicaciones, la necesidad de tratamiento continuado, los posibles efectos adversos, la necesidad de cirugía resectiva, la posibilidad de requerir ostomía, etc., tiene un importante impacto sobre la salud de los pacientes, que se percibe como una pérdida sustancial de su calidad de vida¹⁰.

El tipo de síntomas digestivos de la enfermedad inflamatoria intestinal del anciano es similar al del joven. Se ha sugerido que las manifestaciones extradigestivas son menos frecuentes en el anciano¹¹. No hay, sin embargo, acuerdo referente a si en el anciano la historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal es menos frecuente o si la demora diagnóstica es más larga. La enfermedad de Crohn se manifiesta predominantemente en forma de brotes de actividad con diarrea, dolor abdominal, astenia, pérdida del apetito y adelgazamiento. En el anciano, la fiebre es menos frecuente y el dolor abdominal menos intenso. Las manifestaciones perianales son frecuentes e incluyen fisuras, fistulas, abscesos y estenosis. Pueden ser muy sintomáticas e incluso provocar incontinencia.

La colitis ulcerosa se manifiesta dependiendo de hasta dónde llega la afectación mucosa. En las formas de colitis limitadas al recto predomina la sintomatología local con tenesmo, dolor y emisión anal de mucosidad y sangre en poca cantidad, pero de forma muy repetida. La incontinencia aparece en personas ancianas por diferentes razones como la pérdida de la distensibilidad rectal –que reduce la capacidad de almacenamiento–, la proctitis –que reduce la capacidad de retención– y la pérdida del tono esfinteriano anal. En formas más extensas predomina la diarrea con rectorragia. El megacolon es poco frecuente, pero debe sospecharse siempre en caso de mejora súbita de la diarrea, presencia de distensión abdominal y fiebre. En caso de sospecha de megacolon, una radiografía simple de abdomen pondrá de manifiesto la dilatación del colon.

La mayoría de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal de inicio tardío refieren la emisión de sangre en heces. Sin embargo, muchas veces ésta se atribuye a enfermedad anal banal, lo que puede provocar demoras diagnósticas y la aparición de complicaciones como la anemia. Por este motivo, entre otros, la detección de una anemia ferropénica en una persona anciana debe plantear la realización de una colonoscopia.

El curso natural de la enfermedad inflamatoria del paciente con edad avanzada no es bien conocido. Si bien estudios iniciales sugirieron que la enfermedad de inicio tardío es más

agresiva y con mayor mortalidad, publicaciones posteriores han confirmado que el curso de la enfermedad es similar al del joven^{12,13}, y en este grupo de pacientes la mortalidad suele deberse a causas ajenas a la enfermedad inflamatoria intestinal⁸. Si se acepta la necesidad de cirugía como índice de mal curso de la enfermedad, en el anciano la necesidad de cirugía es menos frecuente que en el joven y la recurrencia posquirúrgica también es menos habitual.

Diagnóstico

El diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal en el anciano es, básicamente, igual al del joven. Se realiza por la combinación de síntomas clínicos (diarrea, dolor abdominal y sangre en heces) y hallazgos morfológicos endoscópicos, radiológicos e histológicos. Según se desprende de las actuales guías consensuadas¹⁴, el algoritmo básico que se debe seguir para realizar el diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal se indica en la figura 1. Una vez establecido el diagnóstico, debe determinarse su grado de actividad, localización, extensión, presencia de complicaciones y comorbilidad, ya que de ello derivará el tratamiento y pronóstico de la enfermedad.

Es muy importante el diagnóstico diferencial de la enfermedad para evitar demoras diagnósticas y confusiones. Dado que las personas de edad avanzada tienen unas peculiaridades propias derivadas de la frecuente necesidad de fármacos, comorbilidad y enfermedades propiciadas por la edad, constituyen un grupo con peculiaridades propias que dificultan el diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal (tabla III). Debido a su frecuencia, la principal enfermedad que se debe descartar es la enteritis o enterocolitis infecciosa, ya sea bacteriana (fundamentalmente *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Yersinia*, *Campylobacter* y *Anisakis*), por lo que siempre debe realizarse un coprocultivo. Debido a la frecuencia con que este grupo de pacientes recibe antibióticos, es recomendable determinar la presencia de *Clostridium difficile* o su toxina en heces.

Los divertículos son muy frecuentes en este grupo de edad, y sus complicaciones como la hemorragia o la diverticulitis pueden confundirse con la enfermedad inflamatoria intestinal. Lo mismo ocurre con la colitis isquémica. Los síntomas son parecidos a los de la enfermedad inflamatoria (dolor, diarrea, rectorragia) y las lesiones morfológicas son similares. Por ello, es necesario el análisis anatomopatológico minucioso de las biopsias para encontrar signos diferenciadores. De todos modos, no es infrecuente que sea necesario un abordaje quirúrgico por oclusión o perforación intestinal, con lo que el examen anatomopatológico de la pieza de resección aportará el diagnóstico definitivo.

El consumo de fármacos es frecuente en estos pacientes y hay que tener en cuenta que algunos pueden provocar lesiones inflamatorias intestinales o cólicas que causan síntomas y lesiones parecidos a los de la enfermedad inflamatoria intestinal. Entre los fármacos responsables hay que destacar los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), las sales de oro y ciertos quimioterápicos.

Tratamiento

El tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal del anciano, en líneas generales, no difiere del de la enfermedad del joven. Incluye numerosas posibilidades en función del diagnós-

Tabla III. Diagnóstico diferencial fundamental de la enfermedad inflamatoria intestinal en función de la localización de las lesiones

Intestino	Colon
Enteritis infecciosa	Colitis isquémica
Enteritis parasitaria	Diverticulitis
Isquemia	Adenocarcinoma
Tuberculosis	Colitis infecciosa
Linfoma	Colitis/proctitis radica
Enteritis radica	Colon catártico
Enteropatía por AINE	Colitis por fármacos

AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

tico (enfermedad de Crohn frente a colitis ulcerosa), la actividad (inducción de la remisión del brote o mantenimiento de la remisión), la localización (colon frente a intestino delgado) y de la presencia o no de complicaciones. El tratamiento es farmacológico, y la cirugía se reserva para situaciones de resistencia al tratamiento médico o de complicaciones (tabla IV).

Los objetivos del tratamiento, puesto que no puede conseguir la curación definitiva de la enfermedad, son la inducción de la remisión, el mantenimiento de ésta, evitar la aparición de complicaciones y, en definitiva, recuperar y mantener una buena calidad de vida a largo plazo¹⁵. Para ello se sigue un algoritmo que se simplifica en la figura 2.

Figura 1. Algoritmo básico en el diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal en el anciano.

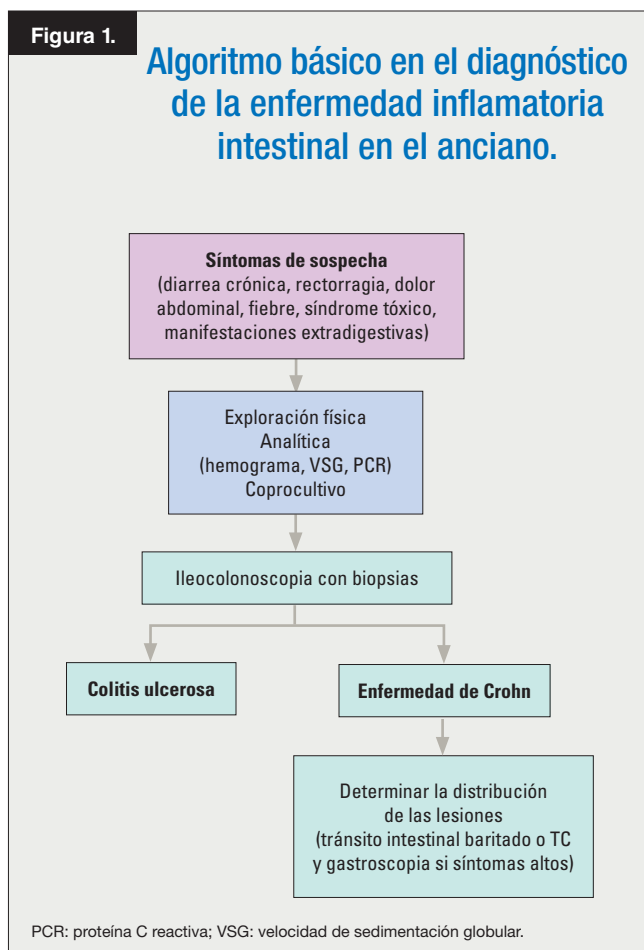


Tabla IV. Indicaciones quirúrgicas en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal

Enfermedad de Crohn	Colitis ulcerosa
Urgente	
Brote grave resistente a los corticoides	Brote grave resistente a los corticoides
Megacolon	Megacolon
Perforación	Perforación
Hemorragia	Hemorragia
Oclusión completa	
Absceso/sepsis	
Programada	
Resistencia a los corticoides	Resistencia a los corticoides
Adenocarcinoma	Adenocarcinoma
Estenosis sintomática	Displasia
Fistulas resistentes	Estenosis sintomática
Enfermedad perianal resistente	
Indicación quirúrgica	
Resección localizada	Colectomía total
Estricturoplastia	
Desfuncionalización	
Amputación rectal	

La mesalacina es un antiinflamatorio de efecto local intestinal que se administra por vía oral en forma de comprimidos de recubierta entérica o en granulados de liberación prolongada para la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa extensa. También está disponible en presentación tópica en forma de espuma

rectal, enema o supositorios para la colitis ulcerosa distal. Es eficaz en los brotes no graves en dosis de hasta 3 g/día por vía oral y para mantener la remisión de la colitis ulcerosa en dosis de 1-2 g/día. En el anciano deben tenerse en cuenta las potenciales interacciones farmacológicas, puesto que la mesalacina potencia el efecto de los anticoagulantes cumarínicos y sulfonilureas, mientras que antagoniza el efecto del probenecid, sulfínpirona y espironolactona. Por otro lado, su toxicidad aumenta con la furosemida.

Los corticoides son la piedra angular del tratamiento de los brotes de la enfermedad. Se utilizan por vía oral en la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa extensa y por vía tópica en forma de espuma rectal o enemas en la colitis ulcerosa distal. Se utiliza sobre todo la prednisona en dosis de hasta 1 mg/kg de peso/día, en función de la gravedad del brote. El tratamiento corticoide es muy eficaz, pero con gran número de efectos secundarios e interacciones farmacológicas. Por ello se tiende a utilizar corticoides con efecto local y escasa biodisponibilidad, como la budesonida, en cápsulas de liberación modificada en dosis de 9 mg/día en ayunas, para los brotes no graves de ileítis, o el dipropionato de beclometasona, en comprimidos gastrorresistentes de liberación prolongada en dosis de 5 mg/día, en brotes no graves de colitis ulcerosa. En caso de buena respuesta al tratamiento corticoide, éste debe ser retirado progresivamente y sustituido por un tratamiento a largo plazo y, si ello no fuera posible por rebrote al reducir la dosis de esteroides, se consideraría que existe una situación de dependencia de corticoides. En caso de ausencia de respuesta a los corticoides se considera que hay una situación de resistencia a estos fármacos. Ambas situaciones, dependencia y resistencia, son menos frecuentes en la enfermedad inflamatoria del anciano que en la del joven⁸.

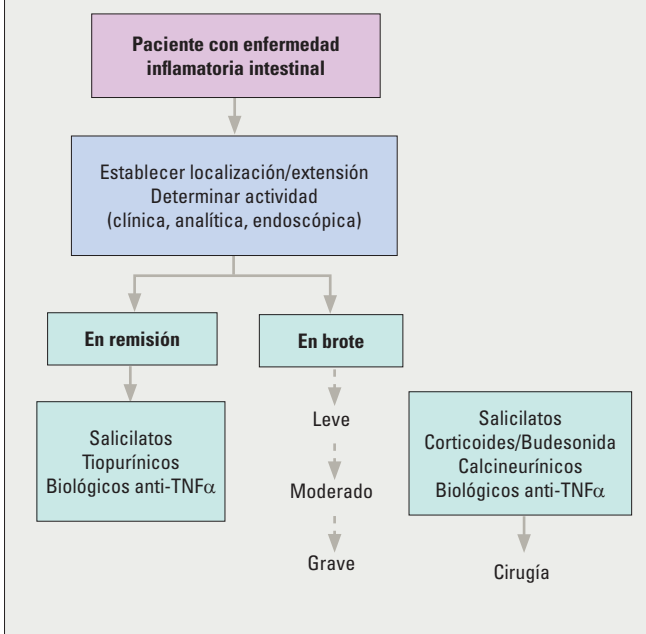
Los tiopurínicos, azatioprina (1,5-2,5 mg/kg de peso/día) y mercaptopurina (0,75-1,5 mg/kg de peso/día), se utilizan por vía oral en la enfermedad inflamatoria intestinal activa para permitir la retirada de los corticoides en los casos de curso dependiente y mantener así la remisión de la enfermedad. Su efecto se inicia de forma lenta, en ocasiones hasta 6 meses después de iniciarse el tratamiento. Debido al riesgo de depresión medular dependiente de la dosis, se recomienda la práctica periódica de controles hematológicos. Deben tenerse en cuenta las potenciales interacciones farmacológicas, puesto que potencian el efecto de la succinilcolina, mientras que antagoniza el efecto de la warfarina.

Los inhibidores de la calcineurina, ciclosporina (2-4 mg/kg de peso/día) y tacrolimus (0,2 mg/kg de peso/día), se utilizan en la colitis ulcerosa activa grave resistente al tratamiento corticoide. Puesto que el paciente de edad avanzada tratado con ciclosporina es especialmente sensible a desarrollar insuficiencia renal e hipertensión, deben determinarse periódicamente la función renal y la presión arterial en estos pacientes, y valorar otras alternativas terapéuticas antes de decidir su indicación.

En la enfermedad de Crohn que no responde a los corticoides o en la que no se puedan utilizar los tiopurínicos, se ha recomendado el metotrexato (25 mg/kg de peso/semanal, inicialmente). Éste ha demostrado ser eficaz en el mantenimiento de la remisión, sobre todo cuando ésta se ha inducido también con metotrexato. Debe tenerse en cuenta que el metotrexato aumenta los valores séricos de homocisteína, lo que conlleva riesgo de complicaciones tromboembólicas, que se suma al riesgo ya incrementado por la enfermedad.

Figura 2.

Algoritmo básico en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal en el anciano.



Los antagonistas del factor de necrosis tumoral α (TNF α) han demostrado también su utilidad en el tratamiento de la enfermedad refractaria o complicada. De los diversos agentes anti-TNF α disponibles, sólo el infliximab y el adalimumab están indicados en la enfermedad inflamatoria intestinal. El infliximab se administra por vía intravenosa y es eficaz en la inducción de la remisión de la enfermedad de Crohn resistente a corticoides o que presenta fístulas no controladas con el tratamiento médico convencional, y en el mantenimiento de la remisión inducida también con infliximab. El adalimumab se administra por vía subcutánea y está igualmente indicado en la enfermedad de Crohn resistente. En la colitis ulcerosa sólo está autorizado el infliximab en caso de resistencia. Antes de indicar este tipo de fármacos, debe excluirse activamente la posibilidad de una tuberculosis latente (mediante la prueba de la tuberculina y radiología de tórax¹⁶), otras infecciones graves y la insuficiencia cardíaca moderada-grave.

Algunos antibióticos como el metronidazol o el ciprofloxacino tienen una eficacia debatida en el tratamiento del brote de la enfermedad de Crohn, pero sí que son eficaces en ciertas situaciones como la enfermedad de Crohn perianal o el sobrecrecimiento bacteriano que puede complicar ciertos casos de esta enfermedad. Su administración debe controlarse debido al riesgo de polineuropatía por metronidazol y de tendinitis, sobre todo en pacientes con tratamiento esteroideo simultáneo, por ciprofloxacino.

En ocasiones, dada la gravedad de la enfermedad, es preciso instaurar tratamiento hospitalario. En estas condiciones se recomienda el reposo intestinal con dieta absoluta y suplementación alimentaria con dieta enteral o parenteral, anticoagulación profiláctica con heparinas de bajo peso molecular por el riesgo de complicaciones tromboembólicas, transfusión de hemoderivados, si es preciso, por el sangrado digestivo, evitar el uso de anticolinérgicos y narcóticos por el riesgo de megacolon, y tratamiento parenteral con dosis plenas de medicación. J

Bibliografía

- Saro C, Gísmérá, Lacort M, Argüelles G, Antón J, García R, et al. Incidencia y prevalencia de la enfermedad inflamatoria intestinal en Gijón (Asturias). *Gastroenterol Hepatol.* 2000;23:322-32.
- Pajares JM, Gisbert JP. Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal en España. Una revisión sistemática. *Rev Esp Enferm Dig.* 2001;93:9-14.
- Rodrigo L, Riestra S, Niño P, Cadahia R, Tojo R, Fuentes D, et al. Incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal en población general en el área de Oviedo. *Rev Esp Enferm Dig.* 2004;96:296-304.
- Shivananda S, Pena A, Nap M. Epidemiology of Crohn's disease in Regio Leiden, the Netherlands: a population based study from 1979 to 1983. *Gastroenterology.* 1983;93:966-74.
- Garland C, Lilienfeld A, Mendeloff A. Incidence rates of ulcerative colitis and Crohn's disease in fifteen areas of the United States. *Gastroenterology.* 1974;66:1115-24.
- Shapiro P, Peppercorn M, Antonioli D, Joffe N, Goldman H. Crohn's disease in the elderly. *Am J Gastroenterol.* 1981;76:132-713.
- Andres PG, Friedman LS. Epidemiology and the natural course of inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Clin North Am.* 1999;28:255-81.
- Rodríguez A, Casellas F, Malagelada JR. Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal en el paciente de edad avanzada. *Gastroenterol Hepatol.* 2008;31:269-73.
- Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T, et al. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Can J Gastroenterol.* 2005;19 (suppl A):5A-36A.
- Casellas F, Arenas JI, Baudet JS, Fabregas S, Garcia N, Gelabert J, et al. Impairment of health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: a Spanish multicenter study. *Inflamm Bowel Dis.* 2005;11:488-96.
- Piront P, Louis E, Latour P, Plomteux O, Belaiche J. Epidemiology of inflammatory bowel diseases in the elderly in the province of Liège. *Gastroenterol Clin Biol.* 2002;26:157-61.
- Fabricius P, Gyde S, Shouler P, Keighlev M, Alexander-Williams J, Allan R. Crohn's disease in the elderly. *Gut.* 1985;26:461-5.
- Gupta S, Saverymuttu S, Keshavarzian A, Hodgson H. Is the pattern of inflammatory bowel disease different in the elderly? *Age Ageing.* 1985;14:366-70.
- Stange EF, Travis SPL, Vermeire S, Beglinger C, Kupcinkas L, Geboes K, et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis. *Gut.* 2006;55(Suppl I):i1-i15.
- Casellas F, Rodrigo L, Niño P, Pantiga C, Riestra S, Malagelada JR. Sustained improvement of health-related quality of life in Crohn's disease patients treated with infliximab and azathioprine for 4 years. *Inflamm Bowel Dis.* 2007;13:1395-400.
- Domènech E, Esteve M, Gomollón F, Hinojosa J, Panés J, Obrador A, et al; Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa. Recomendaciones GETECCU-2005 para el uso de infliximab (Remicade®) en la enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterol Hepatol.* 2005;28:126-34.

Bibliografía comentada

Casellas F, Arenas JI, Baudet JS, Fabregas S, Garcia N, Gelabert J, et al. Impairment of health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: a Spanish multicenter study. *Inflamm Bowel Dis.* 2005;11:488-96.

Estudio observacional en 1.156 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en los que se analizó la calidad de vida relacionada con la salud mediante los cuestionarios IBDQ y EuroQol-5D. Los resultados demuestran que la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa deterioran la calidad de vida, que dicha afectación depende sobre todo de la actividad de la enfermedad y es independiente de la edad.

Rodríguez A, Casellas F, Malagelada JR. Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal en el paciente de edad avanzada. *Gastroenterol Hepatol.* 2008;31:269-73.

Estudio observacional de casos y controles con 33 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal de inicio por encima de los 60 años de edad y 66 pacientes jóvenes. Los casos de inicio en edad avanzada refieren menos dolor abdominal, pero más síntomas rectales. La respuesta de la enfermedad del anciano a los corticoides es mejor que en el joven, y requiere menos inmunosupresores.

Stange EF, Travis SPL, Vermeire S, Beglinger C, Kupcinkas L, Geboes K, et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis. *Gut.* 2006;55 (suppl I):i1-i15.

Guía de práctica clínica basada en el consenso europeo para el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con enfermedad de Crohn.