



Enfermedad Inflamatoria Intestinal al Día

www.elsevier.es/eii



REVISIÓN

Medicina alternativa y complementaria en la enfermedad inflamatoria intestinal



N. Manceñido Marcos*

Sección Aparato Digestivo, Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

Recibido el 27 de mayo de 2015; aceptado el 4 de junio de 2015

Disponible en Internet el 20 de julio de 2015

PALABRAS CLAVE

Medicina alternativa y complementaria;
Enfermedad inflamatoria intestinal;
Colitis ulcerosa;
Enfermedad de Crohn;
Fitoterapia;
Medicina cuerpo-mente;
Acupuntura;
Medicina tradicional china

KEYWORDS

Complementary and Alternative Medicine;
Inflammatory Bowel Disease;
Ulcerative colitis;
Crohn's disease;

Resumen El uso de medicina alternativa y complementaria (MAC) en pacientes con enfermedad inflamatoria (EII) es muy frecuente. Aunque las terapias complementarias y alternativas pueden ser eficaces para el tratamiento de la EII, podrían ser también potencialmente peligrosas. Hoy en día, la evidencia y la información acerca de este tipo de terapias no son suficientes, y se necesitan estudios clínicos bien diseñados antes de que puedan ser ampliamente usados por los pacientes con EII. Por lo tanto, los médicos deben conocer e informar cada vez más a los pacientes con EII sobre los beneficios y limitaciones del tratamiento con MAC. Se presenta una revisión de la evidencia clínica disponible sobre los distintos tipos de MAC empleados en la EII.

© 2015 Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Complementary and alternative medicine in the inflammatory bowel disease

Abstract The use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in Inflammatory Bowel Disease (IBD) patients is very common. Complementary and alternative therapies might be effective for the treatment of IBD, although they might be as well potentially dangerous. Nowadays, the evidence and information about these types of therapies are not enough. However, alternative treatment strategies are limited and require extensive clinical testing before being

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: noemi.mancenido@salud.madrid.org

Phytotherapy;
Mind-body medicine;
Acupuncture;
Traditional Chinese
Medicine

optimized for use in patients. Therefore, physicians should know and increasingly inform IBD patients about benefits and limitations of CAM treatment. A review of clinical evidence available on the different types of CAM used in IBD is made.

© 2015 Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

¿Qué se entiende por medicina alternativa y complementaria?

Se define medicina alternativa y complementaria (MAC, o CAM por sus siglas en inglés) como aquellos métodos de atención de la salud (sistemas médicos diversos, prácticas y productos) desarrollados fuera de la medicina occidental tradicional o convencional para ser aplicados a ciertas enfermedades o al bienestar general¹. Aunque a menudo se emplean los términos «alternativa» y «complementaria» de forma indistinta, en realidad definen conceptos diferentes:

- «Complementaria»: uso de un método de medicina no convencional junto con la medicina convencional.
- «Alternativa»: empleo de un método de medicina no convencional en lugar de la medicina convencional.

En general, los pacientes combinan el empleo de medicina convencional con prácticas de salud no convencionales, siendo muy poco frecuente el empleo de medicina alternativa pura.

La *medicina integrativa* es aquella que integra medicina convencional y no convencional (por ejemplo, el empleo de la meditación para ayudar a controlar los síntomas y efectos secundarios en pacientes cuya patología principal es tratada mediante medicina convencional)¹.

Empleo de medicinas alternativas y complementarias en la enfermedad inflamatoria intestinal

El empleo de MAC está muy extendido en algunas sociedades y culturas, sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas^{2,3}, entre los que se encuentran los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). De hecho, este grupo de pacientes se encuentra entre los mayores usuarios de MAC, generalmente por miedo a los efectos secundarios de los tratamientos convencionales o falta de respuesta a los mismos y a pesar de que la información que les llega sobre las MAC es insuficiente en un gran porcentaje de casos⁴. Así, según algunos estudios, entre el 21-60% de los pacientes con EII refieren uso actual o pasado de MAC, un número considerable de pacientes emplearía un tratamiento de MAC aunque se hubieran demostrado efectos negativos y solo el 48,1% de los pacientes con EII consideraba importante que la MAC tuviera fundamento científico^{3,5,6}.

El uso y el tipo de MAC empleada por pacientes con EII difiere según los distintos países y contextos socioculturales. En un trabajo realizado en Alemania, el 52% de los pacientes encuestados decían usar o haber empleado MAC, destacando la utilización de homeopatía (55%), naturopatía (38%), extractos de *Boswellia serrata* (*B. serrata*) (36%) y acupuntura o medicina tradicional china (MTC) (33%), siendo los tratamientos de MAC iniciados en un 40% de los casos por el médico de atención primaria, el 29% por un gastroenterólogo y el 44% por naturópatas/homeópatas⁴.

En España, el 23% de los pacientes encuestados habían probado MAC, siendo los tratamientos más empleados la fitoterapia (48%), homeopatía (29%), acupuntura (25%) y aloe vera (20%)⁷. En otro estudio español, el 26% de los pacientes referían haber usado MAC, sobre todo aquellos con colitis ulcerosa (CU), y el 65% consideraron que les había sido útil⁸.

Según distintos trabajos publicados, son factores predictores para el empleo de MAC la presencia de manifestaciones extraintestinales, enfermedad de larga evolución, colitis ulcerosa, género femenino, uso prolongado o intensivo de corticoides, edad joven, estar en remisión clínica, cumplimiento terapéutico pobre, haber suspendido el tratamiento convencional, nivel educativo alto y nivel socioeconómico medio-alto⁷⁻⁹.

En la población pediátrica, el empleo de MAC está también bastante extendido, con datos obtenidos fundamentalmente por encuestas que reflejan que hasta el 40% de esta población habría recibido MAC, siendo las frecuencias y los tipos de MAC empleados diferentes en función del contexto sociocultural y del país. La decisión de administrar tratamientos de MAC a los niños y adolescentes viene generalmente de los padres o cuidadores¹⁰.

Sin embargo, el empleo de MAC puede tener efectos secundarios importantes que se deben conocer, como interacciones con fármacos convencionales que pueden ser potencialmente peligrosas o la aparición de daño hepático o renal con algunos preparados. Además, la espera para conseguir resultados tras la administración de algún tipo de MAC puede dar lugar a un retraso en la aplicación de un tratamiento de medicina convencional con eficacia demostrada, condicionando en ocasiones riesgos y la aparición de complicaciones innecesarias. Es importante por tanto un entorno legislativo que asegure una máxima calidad y seguridad.

Para su análisis, se van a establecer distintas categorías:

- Preparados herbales y botánicos.
- Medicina cuerpo-mente.
- Acupuntura y moxibustión.

- MTC.
- Otros tratamientos.

Preparados herbales y botánicos

Se ha descrito el empleo de múltiples preparados herbales y botánicos para la EII dentro de la MAC. Estos productos se encuentran ampliamente disponibles en el mercado, son fáciles de conseguir por los consumidores y a menudo se venden como suplementos dietéticos.

Boswellia serrata (Shallaki o incienso indio)

La *B. serrata* es una planta de la familia *Burseraceae* usada para la obtención de incienso y nativa de Arabia e India. Sus principales componentes farmacológicos son los ácidos boswellicos α y β , que parecen poder inhibir las vías proinflamatorias de la lipooxigenasa o ciclooxigenasa^{11,12}. En modelos experimentales parece ser útil para el tratamiento de colitis inducidas, y se ha utilizado para el tratamiento de la artritis reumatoide, osteoartritis de rodilla, colitis colágena y asma bronquial, sin efectos secundarios significativamente diferentes a los de las medicaciones empleadas en la medicina convencional¹¹. En la EII se han empleado para el control del brote y para el mantenimiento de la remisión, tanto en la enfermedad de Crohn (EC)^{13,14} como en la CU^{15,16}.

Gerhard et al. realizaron un ensayo clínico doble ciego en el que se evaluaban 102 pacientes con EC activa tratados con extracto de *B. serrata* o mesalazina, mostrando que el tratamiento con *B. serrata* no era diferente al tratamiento con mesalazina, con tasas similares respecto a la actividad de la enfermedad y remisión, y sin efectos adversos significativos¹³.

Holtmeier et al. evaluaron, en un ensayo doble ciego frente a placebo, el efecto del extracto de *B. serrata* en 82 pacientes con EC en remisión, sin encontrar diferencias significativas al año en cuanto a porcentaje de remisión, tiempo de recaída, severidad de los síntomas o efectos adversos¹⁴.

Gupta et al. evaluaron la eficacia de diferentes dosis de *B. serrata* frente a sulfasalazina en la CU, en 2 estudios con 72 pacientes en total, sin encontrar diferencias significativas entre ambos preparados en cuanto a remisión, severidad de los síntomas y efectos secundarios^{15,16}.

Los efectos secundarios más frecuentes son náuseas, epigastralgia, pirosis, pérdida de apetito, diarrea y dolor abdominal^{5,11,13-16}.

Se desconoce la farmacocinética y las dosis óptimas terapéuticas de los extractos de *B. serrata*; generalmente se emplean entre 600-3.000 mg al día de goma arábiga o su equivalente^{5,11}.

Artemisia absinthium (ajenjo)

La *Artemisia absinthium* (ajenjo, artemisia amarga o hierba santa) pertenece al género *Artemisia*. Es una planta presente en las regiones templadas de Europa, Asia y norte de África. Con múltiples aplicaciones medicinales conocidas desde la antigüedad (por eso, en la obra «Tesoro de los pobres» del siglo XIII se la denominaba la «madre de todas las

hierbas»), ha sido empleada como tónico estomacal, vermífugo, febrífugo y antihelmíntico, además de ser usada para la elaboración de absenta y vermut¹². Su efecto terapéutico parece basarse en la supresión del factor de necrosis tumoral α (TNF- α) y otras interleucinas¹⁷.

Existen 2 ensayos clínicos randomizados que estudian el efecto del ajenjo en la EC activa. En uno de ellos se evaluó 10 pacientes con EC a los que se les añadió polvo de ajenjo (750 mg/8 horas) a su tratamiento convencional durante 6 semanas, frente a otros 10 del grupo control. Se observó un descenso significativo de los niveles de TNF- α , un descenso de la puntuación de CDAI y mejoría de su calidad de vida en el grupo tratado con ajenjo¹⁷.

En otro estudio se comparaba la eficacia del ajenjo (500 mg/8 horas) frente a placebo en 40 pacientes con EC en tratamiento con prednisona en pauta descendente, con un seguimiento durante 20 semanas; el grupo tratado con ajenjo presentaba menos síntomas y mejoría del estado general en las semanas 8, 10 y 12¹⁸.

Curcuma longa (cúrcuma)

La *Curcuma longa* o cúrcuma es una planta perenne perteneciente a la familia de las *Zingiberaceae*. De ella se extrae la curcumina, empleado como especia en el curry¹². La curcumina posee efectos antiinflamatorios y antioxidantes, inhibe la proliferación de algunas líneas celulares tumorales en el cáncer de colon y tumores cutáneos, inhibe la activación de factores de transcripción implicados en la inflamación, supervivencia celular y angiogénesis (entre ellos, el factor de necrosis κ B y las cateninas), regula la expresión de genes antiinflamatorios (entre los que destacan COX-1 y COX-2 y lipooxigenasa), inhibe la expresión de interleucina 1 β (IL-1 β), IL-6 y TNF y puede disminuir la inflamación colónica mediante la inhibición directa de la quimiotaxis y quimioquinesis de los neutrófilos y de la inhibición parcial de la expresión de citocinas^{19,20}.

Existen muchas publicaciones sobre el empleo de la curcumina en el tratamiento de la EII, aunque de calidad variable, y parece que el efecto terapéutico sería mayor en la CU que en la EC.

En el año 2005 se publicó un estudio en 10 pacientes con enfermedad activa (5 con EC y 5 con proctitis ulcerosa) que mostraba mejoría clínica, analítica o en los índices de actividad en la mayoría de los pacientes²¹. En el año 2006 se publicó un estudio randomizado doble ciego evaluando la eficacia de la curcumina (1 g/12 horas) en la prevención de la recidiva en 89 pacientes con CU en remisión en tratamiento con sulfasalazina o mesalazina; solo el 4,65% de los pacientes en tratamiento con curcumina presentaron recidiva frente al 20,51% de los del grupo placebo, y los pacientes en tratamiento con curcumina presentaron mejoría significativa en los índices de actividad clínica y endoscópica²². En el año 2009 se publicó otro estudio en pacientes con CU inactiva en tratamiento con curcumina (360 mg/6-8 horas), con reducción significativa de las recaídas clínicas²³. Lang et al. realizaron un estudio randomizado doble ciego frente a placebo en 50 pacientes con CU activa leve-moderada en tratamiento con 5 aminosalicilatos (5ASA) oral sin respuesta a un tratamiento de 2 semanas de 5ASA oral y tópico a dosis plenas; el 53,8% de los pacientes

tratados con curcumina alcanzó la remisión clínica al mes, el 65,3% presentó respuesta clínica y el 38%, remisión endoscópica (frente a un 0, 12,5 y 0% de pacientes en el grupo placebo, respectivamente), con escasos efectos secundarios, comparables entre ambos grupos²⁴.

Su administración en enemas también ha sido evaluada. Singla et al. publicaron en 2014 un estudio randomizado doble ciego en pacientes con CU distal leve-moderada en tratamiento con 5ASA a los que se les administraron enemas de curcumina o placebo, con mayores porcentajes de respuesta clínica, remisión clínica y de mejora endoscópica en el grupo tratado con enemas de curcumina^{5,20,25}.

Se ha evaluado la tolerabilidad de la curcumina para el tratamiento de la EI en la población pediátrica. Así, Suskind et al. mostraban en el año 2013 que la curcumina, en dosis de hasta 2 g/12 horas, era bien tolerada por la población pediátrica, con mejoría en los índices de actividad, y que por tanto, el empleo de curcumina añadido a la medicación estándar podría ser útil²⁶.

Su bajo perfil de efectos secundarios y seguridad quedan demostrados por estudios de dosis ascendente en los que se ha llegado a dosis de 12 g/día durante 3 meses. Los efectos secundarios más frecuentes son náuseas y diarrea. Por sus teóricos efectos sobre algunas enzimas metabólicas y proteínas de transporte, existe el riesgo potencial de interacciones, aunque los estudios publicados no muestran interacciones de interés. Únicamente se recomienda tener precaución cuando se administre con agentes quimioterápicos^{5,19,20}.

Dada la evidencia disponible, el perfil de seguridad ventajoso y su bajo coste, la curcumina pudiera ser una atractiva opción en pacientes con CU.

***Andrographis paniculata* (equinácea india)**

La *Andrographis paniculata* (*A. paniculata*) es una planta perteneciente a la familia *Acanthaceae*, nativa de la India y Sri Lanka y extendida por Asia y América del Sur^{12,27}. Ampliamente empleada en la medicina ayurvédica y otras medicinas tradicionales asiáticas, parece tener propiedades antibacterianas, antifúngicas, antivirales, coleréticas, hipoglucémicas, antiinflamatorias y antipiréticas²⁷. El extracto de *A. paniculata* ha demostrado actividad *in vitro* contra el TNF- α , la IL-1 β y el NF- κ B.

Existen varias publicaciones que describen el uso del extracto de esta planta en la CU. En el año 2011 un ensayo randomizado doble ciego evaluó 120 pacientes con CU activa, con eficacia similar entre el extracto de *A. paniculata* (1.200 mg/día) y mesalazina y con menores efectos secundarios²⁸.

Sandborn et al. publicaron un ensayo clínico randomizado doble ciego con 224 pacientes con CU activa tratados con 1.200 o 1.800 mg de extracto de *A. paniculata* o placebo, demostrando que el extracto es más efectivo para la inducción de la respuesta y de la curación mucosa, con mayores porcentajes de respuesta en los pacientes que recibían el extracto junto a mesalazina y en los que recibieron mayores dosis del extracto, sin diferencias en los porcentajes de remisión o en los efectos secundarios. No se encontraron diferencias en cuanto a las 2 dosis del extracto empleadas²⁹.

Zumo de germinado de trigo

El zumo de germinado de trigo es el extracto de la pulpa del trigo común (*Triticum aestivum*). Ha sido empleado durante años para el tratamiento de varias enfermedades intestinales y de la talasemia. Sus propiedades terapéuticas parecen venir dadas por su actividad antioxidante y su capacidad para inhibir la producción de citocinas proinflamatorias (IL-1 β , IL-8, y TNF)²⁰.

El zumo de germinado de trigo se ha empleado para el tratamiento de la CU. En un estudio randomizado doble ciego en 24 pacientes con CU activa tratados con 100 ml/día de zumo de germinado de trigo o placebo durante 4 semanas, los pacientes que lo habían recibido presentaban reducción significativa en el índice de actividad clínica y en la severidad del sangrado rectal, con menos dolor abdominal y mayor mejoría clínica subjetiva, sin efectos adversos graves⁵.

Aceite de onagra

La onagra o primula (*Oenothera biennis*, evening primrose en inglés) es una flor de la familia *Onagraceae* nativa de América del Norte, de la cual se obtiene el aceite de onagra¹². Este aceite, con ácidos grasos esenciales (fundamentalmente ácido linoleico y gamma-linolénico), se ha empleado para el tratamiento de múltiples patologías (síndrome premenstrual, trastornos cutáneos, artritis reumatoide,...).

Se ha publicado un estudio que comparaba la administración de aceite de onagra con placebo y aceite omega 3, sin diferencias significativas salvo cambios en la consistencia de las deposiciones y sin efectos secundarios significativos⁵.

Cebada germinada o brotes de cebada

La cebada (*Hordeum vulgare*) es una planta perteneciente a la familia *Poaceae*/*Gramineae*¹². Se ha comparado el uso de cebada germinada combinada o no con el tratamiento estándar en pacientes con CU, mostrando en el grupo de tratamiento combinado un descenso significativo en el uso de corticoides, en la severidad clínica de la CU y en la recaída⁵.

Aloe vera

El aloe vera es una planta de la familia *Asphodeloideae* muy extendida en la cuenca mediterránea que se ha empleado de forma tradicional tanto para patologías del aparato digestivo (zumo o jugo ingerido) como sobre todo cutáneas (en diferentes formulaciones)^{12,20}. Rica en vitaminas, aminoácidos y fenoles y con capacidad de inmunomodulación, parece inhibir la producción de prostaglandina E2, IL-8, y la liberación de especies reactivas al oxígeno y radicales libres²⁰.

En un ensayo clínico doble ciego frente a placebo en pacientes con CU activa leve-moderada se obtuvo mejoría clínica, histológica y de calidad de vida sin efectos adversos importantes^{5,20}.

Tormentila

La tormentila (*Potentilla erecta*, sietenrama, consuelda roja o loranca) es una planta de la familia *Rosaceae* presente en Europa³⁰, con alto contenido en taninos y con uso potencial en el tratamiento de la diarrea y de la inflamación intestinal. Se ha publicado un estudio en pacientes con CU activa tratados con extracto de tormentila, observándose descenso de los índices de actividad y de la proteína C reactiva sin efectos secundarios significativos²⁰.

Cannabis

El cannabis (*Cannabis sativa*, familia de las *Cannabaceae*) se ha empleado para el tratamiento de la anorexia y pérdida de apetito asociado a tratamientos quimioterápicos, para el tratamiento del dolor, de la esclerosis múltiple y del glaucoma, entre otras patologías¹².

En modelos animales de colitis, ha mostrado eficacia en la mejora de la inflamación, disminuyendo la producción de prostaglandinas e histamina e inhibiendo la función fagocítica de los macrófagos. Existe un ensayo clínico que compara el empleo de cigarrillos de cannabis con placebo en pacientes con EC activa, con diferencias significativas en la respuesta clínica y mejora de calidad de vida pero sin diferencias en los porcentajes de remisión o de reducción de la proteína C reactiva; los efectos secundarios fueron similares en ambos grupos⁵.

Cardo mariano

El cardo mariano (*Silybum marianum*) es una planta muy extendida en el área mediterránea perteneciente a la familia *Asteraceae/Compositae*. De sus semillas se extrae la silimarina, y ha sido empleada tradicionalmente en patología hepatobiliar, diabetes y diversos tipos de cáncer¹².

Existe un estudio publicado que evaluaba el efecto de la silimarina oral frente a placebo para el mantenimiento de la remisión en pacientes con CU inactiva, con mejoría significativa de los niveles de hemoglobina, velocidad de sedimentación globular y actividad de la enfermedad, sin efectos secundarios significativos⁵.

Sófora o árbol de la Pagoda

La sófora o árbol de la Pagoda (*Styphnolobium japonicum*) es un árbol de la familia *Fabaceae/Leguminosae* procedente de Asia¹². En un estudio comparativo entre sófora y mesalazina en pacientes con CU durante 8 semanas, no se demuestran diferencias significativas en actividad de la enfermedad, parámetros de laboratorio o efectos secundarios⁵.

Seguridad de los preparados herbales y botánicos

Existen datos controvertidos sobre la seguridad de los preparados herbales y botánicos empleados con fines terapéuticos. Un metaanálisis reciente evalúa la eficacia y tolerabilidad de productos terapéuticos herbales y botánicos en pacientes con EII, analizando 7 ensayos clínicos comparados con placebo, y mostrando que estos productos pueden

inducir respuesta clínica y remisión en pacientes con EII sin efectos secundarios graves^{20,31}.

Aún se debe investigar más la seguridad y los beneficios y efectos secundarios a largo plazo de los preparados herbales terapéuticos. No obstante, ante la evidencia de fallo hepático y renal con algunos preparados herbales y ante la evidencia de interacciones con algunos fármacos convencionales, se debe ser cauto en su valoración y empleo.

Medicina cuerpo-mente

La medicina cuerpo-mente se basa en el empleo del poder de los pensamientos y emociones sobre la salud física. Métodos de sanación tradicionales, como la MTC o el ayurveda inciden en la relación cuerpo-mente y la influencia de uno sobre otro. Hoy en día existe un resurgimiento del interés en técnicas que potencian esa relación cuerpo-mente, como el yoga, la meditación trascendental, la meditación consciente (mindfulness), el Tai Chi o el Qi Gong, habiéndose demostrado su utilidad en algunas patologías.

Hasta el 70% de los pacientes con EII consideran el estrés como uno de los modificadores de su enfermedad. Dado que en la EII parece que el estrés psíquico o acontecimientos vitales estresantes se asocian a la aparición de nuevos brotes³², este tipo de terapias cuerpo-mente podrían jugar un papel importante en esta enfermedad.

Se han llevado a cabo varios estudios que evalúan el papel de las técnicas de meditación o mindfulness en pacientes con EII, evidenciando que, aunque no influyan en la frecuencia o severidad de los brotes en pacientes con CU o EC en remisión, sí pueden ser útiles en aquellos pacientes en remisión con una reactividad al estrés aumentada. Además, pueden mejorar la calidad de vida en los pacientes con CU disminuyendo el impacto negativo de los brotes en la calidad de vida. Resultados similares se han encontrado al estudiar el efecto de otras técnicas de relajación en pacientes con EII, con mejoría de síntomas tales como dolor, ansiedad, estado de ánimo, estrés y con mejoría de la calidad de vida⁵.

La escasa evidencia disponible acerca de la hipnosis en la EII muestra un posible efecto positivo en el mantenimiento de la remisión en la CU³³.

Acupuntura y moxibustión

La acupuntura es aquella práctica terapéutica, procedente de la MTC y otras medicinas tradicionales asiáticas, consistente en la estimulación de puntos en el cuerpo generalmente mediante la introducción y la manipulación de agujas muy finas (también mediante presión digital u otras técnicas), con el objetivo de aliviar el dolor, anestesiar determinadas zonas y curar algunas enfermedades¹. La moxibustión es un tipo de medicina oriental que estimula puntos de acupuntura mediante el calor generado al quemar conos con artemisa aplicados directa o indirectamente sobre la piel¹.

En un metaanálisis publicado en el año 2013 se analizaron 43 ensayos clínicos controlados (un estudio con EC y 42 con CU) comparando la acupuntura y la moxibustión con el tratamiento convencional de la EII (que en 10 de ellos era sulfasalazina), mostrando que el tratamiento con

acupuntura y moxibustión es más eficaz que la sulfasalazina oral en el tratamiento de la EII, aunque la calidad de los estudios era baja y poco estudios proporcionaban una evidencia robusta³⁴. Destacan 2 estudios de Joos et al., que son los de mayor calidad, en los que se evalúan 51 pacientes con EC activa y 29 con CU activa, tratados mediante 10 sesiones de acupuntura en 4 o 5 semanas; se observó mejoría clínica y de la calidad de vida respecto al grupo control, aunque sin significación estadística, y descenso significativo de la actividad de la enfermedad^{35,36}.

Por tanto, no se pueden extraer conclusiones significativas respecto a la eficacia de estos tratamientos para la EII.

Medicina tradicional china

La MTC es un sistema terapéutico que engloba varios métodos y terapias, empleado desde hace miles de años en China y otras culturas asiáticas, basada en la sabiduría y la observación. Sus herramientas terapéuticas son fundamentalmente la acupuntura, la fitoterapia china y la dietética china¹. Entre las patologías en las que se ha empleado está la EII, fundamentalmente la CU.

Aunque hay publicaciones que muestran una cierta eficacia en el tratamiento de la CU con MTC, la evidencia disponible al efecto se basa en estudios clínicos de baja calidad y escritos en chino, no encontrando estudios que demuestren de forma irrefutable la utilidad de la MTC en el tratamiento de la CU, aunque pudiera ser útil para aliviar el dolor abdominal y reducir la inflamación. No obstante, hay que tener en cuenta las potenciales interacciones de la fitoterapia china con los medicamentos empleados en la medicina occidental^{37,38}.

Otros tratamientos

Homeopatía

La homeopatía o medicina homeopática es un sistema de medicina alternativa desarrollado en Alemania por S. Hahnemann en 1796, basada en 2 premisas: «lo similar cura lo similar», es decir, una enfermedad puede ser curada por una sustancia que produce síntomas similares en personas sanas, y «la ley de la dosis mínima», es decir, cuanto menor sea la dosis de medicación, mayor es su eficacia. Los remedios homeopáticos derivan de sustancias extraídas de plantas, minerales o animales, y se formulan generalmente como pastillas para su administración sublingual, aunque también pueden ser gotas, geles o cremas, y son tratamientos individualizados¹. Hay muy poca evidencia de su eficacia en la EII, y a fecha de la redacción de esta revisión no se han encontrado publicaciones de calidad que evalúen la eficacia de la homeopatía en la EII (sí existen artículos que estudian el uso por parte de los pacientes de homeopatía para la EII).

Butirato

El butirato es un ácido graso de cadena corta que constituye el principal metabolito del colon derivado de la fermentación bacteriana y una importante fuente de energía para

las células epiteliales; además, parece relacionado con la regulación de la respuesta inmune innata y de la respuesta adaptativa. En pacientes con CU se ha descrito un descenso de la flora bacteriana productora de butirato, que se ha relacionado con la patogenia de la enfermedad²⁰.

La administración de suplementos orales de butirato ha mostrado efectos antiinflamatorios colónicos en modelos animales mediante la atenuación de la inflamación intestinal. En ensayos clínicos con humanos se ha mostrado la eficacia de los suplementos de butirato (asociados o no al tratamiento convencional) en pacientes con CU, colitis por diversión y proctitis rádica²⁰.

Huevos de *Trichuris suis*

Trichuris suis es un helminto presente generalmente en el ganado porcino que produce colonización limitada en los humanos. Dado que se ha evidenciado que los helmintos pueden modular la respuesta inmune en su huésped, y bajo la hipótesis de que podrían suprimir la inflamación crónica inmunomediada que ocurre en el asma, la alergia y la EII, se han publicado varios estudios al respecto.

En una revisión publicada en Cochrane en 2014, destacan 2 ensayos clínicos frente a placebo, uno de ellos en EC y otro en CU activa. En el estudio en la CU, se observaron mayores tasas de respuesta aunque no de remisión, sin efectos adversos significativos. En el estudio llevado a cabo en pacientes con EC, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos³⁹.

Nicotina

Se ha especulado que la nicotina altera la función inmune intestinal y sistémica ejerciendo un efecto protector, siendo conocida la relación entre la nicotina y la CU. Según la evidencia disponible, la nicotina transdérmica en parches (15-25 mg/día durante 4-6 semanas) es capaz de inducir remisión si se compara con placebo, sin eficacia en el mantenimiento de la remisión. Los enemas de nicotina no han demostrado ser más efectivos que el placebo en pacientes con CU distal activa⁴⁰.

Conclusiones

La MAC es muy empleada por los pacientes con EII a pesar de que la evidencia de su eficacia es limitada y pueden presentar efectos secundarios potencialmente graves. La evidencia disponible se basa en estudios de baja calidad y no reproducibles, por lo que, aunque algunas terapias pueden tener cierto efecto beneficioso, es necesario realizar estudios bien diseñados que muestren su efecto terapéutico y su seguridad. Es importante informar bien a los pacientes y conseguir la suficiente confianza para que el paciente refiera a su médico el empleo de estos métodos terapéuticos.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. National Center for Complementary and Integrative Health [Internet; consultado 23 Mar 2015]. Disponible en: <https://nccih.nih.gov>
2. Barnes PM, Bloom B, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. *Natl Health Stat Report*. 2008;(12):1-23.
3. Kong SC, Hurlstone DP, Pocock CY, Walkington LA, Farquharson NR, Bramble MG, et al. The Incidence of self-prescribed oral complementary and alternative medicine use by patients with gastrointestinal diseases. *J Clin Gastroenterol*. 2005;39(2):138-41.
4. Joos S, Rosemann T, Szecsenyi J, Hahn EG, Willich SN, Brinkhaus B. Use of complementary and alternative medicine in Germany - a survey of patients with inflammatory bowel disease. *BMC Complement Altern Med*. 2006;6:19.
5. Langhorst J, Wulfert H, Lauche R, Klose P, Cramer H, Dobos GJ, et al. Systematic review of complementary and alternative medicine treatments in inflammatory bowel diseases. *J Crohns Colitis*. 2015;9(1):86-106.
6. Langhorst J, Anthonisen IB, Steder-Neukamm U, Luedtke R, Spahn G, Michalsen A, et al. Patterns of complementary and alternative medicine (CAM) use in patients with inflammatory bowel disease: Perceived stress is a potential indicator for CAM use. *Complement Ther Med*. 2007;15(1):30-7.
7. Fernández A, Barreiro-de Acosta M, Vallejo N, Iglesias M, Carmona A, González-Portela C, et al. Complementary and alternative medicine in inflammatory bowel disease patients: Frequency and risk factors. *Dig Liver Dis*. 2012;44(11):904-8.
8. García-Planella E, Marín L, Domènech E, Bernal I, Mañosa M, Zabana Y, et al. [Use of complementary and alternative medicine and drug abuse in patients with inflammatory bowel disease]. *Med Clin (Barc)*. 2007;128(2):45-8.
9. Koning M, Ailabouni R, Gearry RB, Frampton CMA, Barclay ML. Use and predictors of oral complementary and alternative medicine by patients with inflammatory bowel disease: A population-based, case-control study. *Inflamm Bowel Dis*. 2013;19(4):767-78.
10. Day AS. A review of the use of complementary and alternative medicines by children with inflammatory bowel disease. *Front Pediatr*. 2013;1:9.
11. Ernst E. Frankincense: Systematic review. *BMJ*. 2008;337:a2813.
12. Natural Medicines Comprehensive Database: Unbiased, Scientific Clinical Information on Complementary, Alternative, and Integrative Therapies [consultado 2 Abr 2015]. Disponible en: <http://naturaldatabase.therapeuticresearch.com/home.aspx?cs=cs&s=ND&AspxAutoDetectCookieSup=port=1>.
13. Gerhardt H, Seifert F, Buvari P, Vogelsang H, Repges R. [Therapy of active Crohn disease with Boswellia serrata extract H 15]. *Z Gastroenterol*. 2001;39(1):11-7.
14. Holtmeier W, Zeuzem S, Prei J, Kruis W, Böhm S, Maaser C, et al. Randomized, placebo-controlled, double-blind trial of Boswellia serrata in maintaining remission of Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2011;17(2):573-82.
15. Gupta I, Parihar A, Malhotra P, Singh GB, Lüdtkke R, Safayhi H, et al. Effects of Boswellia serrata gum resin in patients with ulcerative colitis. *Eur J Med Res*. 1997;2(1):37-43.
16. Gupta I, Parihar A, Malhotra P, Gupta S, Lüdtkke R, Safayhi H, et al. Effects of gum resin of Boswellia serrata in patients with chronic colitis. *Planta Med*. 2001;67(5):391-5.
17. Krebs S, Omer TN, Omer B. Wormwood (Artemisia absinthium) suppresses tumour necrosis factor alpha and accelerates healing in patients with Crohn's disease - A controlled clinical trial. *Phytomedicine*. 2010;17(5):305-9.
18. Omer B, Krebs S, Omer H, Noor TO. Steroid-sparing effect of wormwood (Artemisia absinthium) in Crohn's disease: A double-blind placebo-controlled study. *Phytomedicine*. 2007;14(2-3):87-95.
19. Ali T, Shakir F, Morton J. Curcumin and inflammatory bowel disease: Biological mechanisms and clinical implication. *Digestion*. 2012;85(4):249-55.
20. Wan P, Chen H, Guo Y, Bai A-P. Advances in treatment of ulcerative colitis with herbs: From bench to bedside. *World J Gastroenterol*. 2014;20(39):14099-104.
21. Holt PR, Katz S, Kirshoff R. Curcumin therapy in inflammatory bowel disease: A pilot study. *Dig Dis Sci*. 2005;50(11):2191-3.
22. Hanai H, Iida T, Takeuchi K, Watanabe F, Maruyama Y, Andoh A, et al. Curcumin maintenance therapy for ulcerative colitis: Randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2006;4(12):1502-6.
23. Hanai H, Sugimoto K. Curcumin has bright prospects for the treatment of inflammatory bowel disease. *Curr Pharm Des*. 2009;15(18):2087-94.
24. Lang A, Salomon N, Wu JC, Kopylov U, Lahat A, Har-Noy O, et al. Curcumin in Combination With 5-aminosalicylate Induces Remission in Patients with Mild to Moderate Ulcerative Colitis in a Randomized Controlled Trial. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2015. pii: S1542-3565(15)00158-5. doi: 10.1016/j.cgh.2015.02.019. [Epub ahead of print].
25. Singla V, Pratap Mouli V, Garg SK, Rai T, Choudhury BN, Verma P, et al. Induction with NCB-02 (curcumin) enema for mild-to-moderate distal ulcerative colitis - a randomized, placebo-controlled, pilot study. *J Crohns Colitis*. 2014;8(3):208-14.
26. Suskind DL, Wahbeh G, Burpee T, Cohen M, Christie D, Weber W. Tolerability of curcumin in pediatric inflammatory bowel disease: A forced-dose titration study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2013;56(3):277-9.
27. Akbar S. Andrographis paniculata: A review of pharmacological activities and clinical effects. *Altern Med Rev*. 2011;16(1):66-77.
28. Tang T, Targan SR, Li ZS, Xu C, Byers VS, Sandborn WJ. Randomized clinical trial: Herbal extract HMPL-004 in active ulcerative colitis - a double-blind comparison with sustained release mesalazine. *Aliment Pharmacol Ther*. 2011;33(2):194-202.
29. Sandborn WJ, Targan SR, Byers VS, Rutty DA, Mu H, Zhang X, et al. Andrographis paniculata extract (HMPL-004) for active ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol*. 2013;108(1):90-8.
30. Germplasm Resources Information Network [Internet; consultado 2 Abr 2015]. United States Department of Agriculture. Disponible en: www.ars-grin.gov
31. Rahimi R, Nikfar S, Abdollahi M. Induction of clinical response and remission of inflammatory bowel disease by use of herbal medicines: A meta-analysis. *World J Gastroenterol*. 2013;19(34):5738-49.
32. Gassull MÁ, Gomollón F, Hinojosa J, Obrador A. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. 3ª Edición. 3ª edición Ediciones Arán; 2007.
33. Peters SL, Muir JG, Gibson PR. Review article: Gut-directed hypnotherapy in the management of irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2015;41(11):1104-15.
34. Ji J, Lu Y, Liu H, Feng H, Zhang F, Wu L, et al. Acupuncture and moxibustion for inflammatory bowel diseases: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013;2013:158352.
35. Joos S, Wildau N, Kohnen R, Szecsenyi J, Schuppan D, Willich SN, et al. Acupuncture and moxibustion in the treatment of ulcerative colitis: A randomized controlled study. *Scand J Gastroenterol*. 2006;41(9):1056-63.
36. Joos S, Brinkhaus B, Maluche C, Maupai N, Kohnen R, Kraehmer N, et al. Acupuncture and moxibustion in the treatment of

- active Crohn's disease: A randomized controlled study. *Digestion*. 2004;69(3):131–9.
37. Salaga M, Zatorski H, Sobczak M, Chen C, Fichna J. Chinese herbal medicines in the treatment of IBD and colorectal cancer: A review. *Curr Treat Options Oncol*. 2014;15(3):405–20.
38. Zhang C, Jiang M, Lu A. Considerations of traditional Chinese medicine as adjunct therapy in the management of ulcerative colitis. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2013;44(3):274–83.
39. Garg SK, Croft AM, Bager P. Helminth therapy (worms) for induction of remission in inflammatory bowel disease. *Cochrane database Syst Rev*. 2014;1:CD009400.
40. Kozuch PL, Hanauer SB. Treatment of inflammatory bowel disease: A review of medical therapy. *World J Gastroenterol*. 2008;14(3):354–77.