

# LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, ¿TIENEN MÁS PROBLEMAS DE FERTILIDAD QUE LA POBLACIÓN GENERAL?

J. Jurado-García, Á. González-Galilea, V. García-Sánchez, J.M. Ángel-Rey, E. Iglesias-Flores, P. Ruíz Cuesta, F. Gómez-Camacho

Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

## Resumen

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) afecta de forma predominante a pacientes en edad reproductiva. La relación entre la capacidad reproductiva de estos pacientes, el diagnóstico y el curso de la enfermedad cada vez despierta más interés entre los profesionales implicados y los propios pacientes.

**Objetivos:** Analizar el deseo de descendencia y la capacidad reproductiva de los pacientes con EII y los posibles factores clínicos determinantes.

**Métodos:** Se ofreció la participación a una encuesta anónima durante seis meses a los pacientes atendidos de forma consecutiva en una consulta monográfica de EII. Se requirió información sobre el deseo de descendencia así como del resultado en lograrlo. Se analizaron posibles causas clínicas de infertilidad y la implicación de distintos factores relacionados con la EII. La capacidad reproductiva fue definida según su resultado como de fertilidad, infertilidad temporal o infertilidad permanente.

**Resultados:** 176 pacientes cumplimentaron la encuesta (de los 277 a los que se les entregó), de los cuales 89 eran hombres y 77 mujeres. La edad media de los hombres

fue 45+/- 10 años, padecían colitis ulcerosa (CU) el 56% y enfermedad de Crohn (EC) el 44%. El 13% de ellos (15 pacientes) no mantenían relaciones sexuales buscando descendencia, siendo sólo por temor relacionado con su enfermedad en un caso (7%). El resto, 49 (67%) lograron descendencia, 7 (9%) presentaron infertilidad y 18 (24%) infertilidad temporal. La afectación colónica y la enfermedad perianal (EP) en la EC se asociaron a una mayor tasa de infertilidad permanente o temporal, aunque sin alcanzar significación estadística. La edad media de las mujeres fue de 43 +/- 10 años. El 47% tenían una CU y el 53 % una EC. Diecisiete pacientes (21%) no deseaban embarazo, seis (7%) por temor relacionado con la EII. Fueron (Eran) fértiles 39 (64%), infértiles 3 (5%) e infértiles temporales 18 (31%). Sólo el patrón fistulizante en las pacientes con EC se asoció a infertilidad permanente o temporal, aunque sin alcanzar significación estadística. No se apreciaron factores implicados en el grado de fertilidad en el caso de padecer una CU.

**Conclusiones:** La EII no supone un factor determinante en la decisión de los enfermos de tener descendencia. La EC podría influir más que la CU en su capacidad reproductiva.

**Palabras clave:** Enfermedad Inflamatoria Intestinal; Gestación; Fertilidad.

### CORRESPONDENCIA

Juan Jurado García  
Avenida de Manolete, nº17, 2º-1  
14005 Córdoba  
Teléfono: 660031999

juanjg7@hotmail.com

### Lista de abreviaturas:

- EII: Enfermedad Inflamatoria Intestinal
- EC: Enfermedad de Crohn
- CU: Colitis Ulcerosa
- EP: Enfermedad Perianal
- DE: Desviación estándar
- OR: Odds Ratio

## Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una enfermedad crónica de curso recidivante que afecta de manera predominante a pacientes jóvenes en plena edad reproductiva. Algunos estudios consideran que la sintomatología y las propias alteraciones anatómicas derivadas de la enfermedad o de su tratamiento pueden alterar la fertilidad de las parejas con algún miembro afecto de EII, lo que resulta en una menor tasa de descendencia respecto a la población general<sup>1</sup>. Los temores más o menos infundados de los pacientes, las dudas respecto a los efectos de los nuevos fármacos utilizados sobre una posible gestación y, por qué no, el desconocimiento del profesional sobre la visión personal del problema desde la óptica del enfermo, animan a analizar este problema para mejorar la calidad de vida de los pacientes jóvenes con EII.

La incidencia de la EII en España se calcula de unos 2 a 9 casos por 100000 habitantes/año en el caso de la CU y de 4 a 6 casos por cada 100000 habitantes/año para la EC<sup>2,3</sup>. Las edades de presentación son diversas, pero se agrupan en las tres o cuatro primeras décadas de la vida, lo que corresponde a la fase reproductiva del ser humano. Es precisamente el curso crónico de la enfermedad y la elevada necesidad de tratamientos a largo plazo lo que condiciona tanto el deseo de tener descendencia en estos pacientes como el momento más adecuado para tomar esa decisión. Es preciso considerar que la existencia de factores psicosociales, anatómicos o fisiopatológicos ligados a la enfermedad se pueden unir para, de forma conjunta, limitar el desarrollo de una adecuada vida sexual, lo que condicionaría un deterioro de la calidad de vida del paciente y de su propia capacidad reproductiva.

El objetivo de este estudio es analizar desde la visión del paciente la influencia de la EII en su deseo de lograr descendencia, e identificar aquellos factores clínicos más relevantes relacionados con la enfermedad que pudieran afectar su capacidad reproductiva.

## Métodos

Entre noviembre de 2008 y abril de 2009 a todos los pacientes que fueron atendidos en la consulta monográfica de EII del Hospital Universitario Reina Sofía se les invitó a participar en la cumplimentación anónima de un cuestionario y su posterior remisión por correo. De forma retrospectiva, tras el diagnóstico de EII, los pacientes debían recoger diferentes aspectos clínicos de su enfermedad así como otros relacionados con su deseo de descendencia y capacidad reproductiva final.

Se consideró que el paciente no deseaba tener descendencia ante la abstinencia sexual o la práctica de relaciones sexuales sin deseo de embarazo, independientemente del uso de anticonceptivos. En el resto de los casos se definió como infertilidad cuando tras 12 meses o más de deseo gestacional no se logró el embarazo, infertilidad temporal cuando la gestación se logró transcurridos 12 meses y fertilidad cuando el embarazo se produjo dentro de los 12 meses de considerado el deseo de descendencia.

Se clasificó la CU y la EC en base a la emitida en 2006 por la Organización Mundial de Gastroenterología conocida como Clasificación de Montreal<sup>4</sup> (tabla 1).

**Tabla 1. Características generales de la población de estudio.**

	Hombres	Mujeres
<b>Número de pacientes</b>	89	77
<b>Edad media +/- desviación estándar</b>	45.4 +/- 10.3	43.3 +/- 9.8
<b>Tipo de Enfermedad Inflamatoria Intestinal</b>		
- Colitis Ulcerosa	49 (55.1%)	36 (46.8%)
- Enfermedad de Crohn	38 (43.8%)	41 (53.2%)
<b>Relaciones sexuales buscando el embarazo</b>		
- Si	87%	79%
- No	13%	21%
<b>Razones de no mantener relaciones sexuales</b>		
- Voluntad propia	67%	18%
- Falta de pareja	26%	47%
- Miedo a la enfermedad	7%	35%
<b>Fertilidad/Infertilidad</b>		
- Fertilidad	67%	66%
- Embarazo tras periodo de infertilidad	24%	31%
- Infertilidad	9%	3%

Los pacientes con CU se dividieron atendiendo a la extensión de su enfermedad en dos grupos (CU izquierda/distal y CU extensa/ pancolónica). Los enfermos con EC se han clasificado según la localización, el patrón evolutivo y si existía EP asociada. Consideramos como enfermedad perianal (EP) a las anomalías anorrectales (fisura, fístula o absceso, los repliegues cutáneos y la maceración perianal) presentes en los pacientes con EC.

Los resultados fueron analizados mediante el empleo del paquete estadístico SPSS versión 15.0. En las variables cuantitativas se calculó la media aritmética, mediana, rangos y desviación estándar (DE) y en las variables cualitativas la frecuencia. En las variables continuas, para la comparación de medias se utilizó la t de Student. Las variables categóricas se compararon mediante la prueba de la chi cuadrado utilizando la corrección de Yates cuando fue necesario. Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0.05$ .

## Resultados

De los 277 pacientes a los que se les facilitó el cuestionario, 166 lo remitieron cumplimentado (60%), constituyendo el grupo de estudio, de los cuales 89 eran hombres y 77 mujeres.

### Hombres

De los 89 hombres, 49 padecían CU (55.1%) y 40 EC (44.9%). La edad media fue de 45,4 años  $\pm$  10,3 años, con un rango de entre 25 y 72 años. Entre los pacientes con CU hemos dividido según el grado de extensión de la enfermedad en colitis ulcerosa izquierda/distal y colitis ulcerosa extensa o pancolitis. En el primer grupo había 33 pacientes (67%) y en el segundo 16 (33%). De los pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Crohn (39) se ha clasificado según la localización, el patrón evolutivo y si existía enfermedad perianal asociada. Ocho pacientes (21%) estaban diagnosticados de EC ileal, doce (32%) de EC colónica y 18 (47%) tenían afectación ileocolónica; sólo 6 (15%) presentaban afectación gastrointestinal alta. En lo que se refiere al patrón evolutivo 27 (69.2%) tenían patrón inflamatorio, 4 (10.3%) comportamiento inflamatorio y 8 pacientes (20.5%) patrón fistulizante. En el 76.4% de los pacientes (68) no existía EP mientras que en el 23.6% (21 pacientes) sí que la había. Las características clínicas y demográficas de los pacientes varones se detallan en las **tablas 1, 2 y 3**.

15 enfermos (13%) no mantuvieron relaciones con intención de tener descendencia, de ellos sólo un caso (7%) fue por miedo a la aparición de malformaciones. Fueron fértiles 49 enfermos (67%), infértiles permanentes 7 (9%) e infértiles temporales 18 (24%). El 24% de los pacientes refería alguna enfermedad asociada, siendo las más frecuentes la hipertensión arterial y la diabetes mellitus (24% y 19% respectivamente). Hubo un total de 157 embarazos, 43 de ellos tras ser diagnosticada la EII. Solo en tres casos fue requerida la

aplicación de técnicas de reproducción asistida.

En el momento de la concepción, 24 enfermos (27%) afirmaron que presentaban actividad de la enfermedad y 22 tomaban algún tipo de medicación (21 estaban con mesalazina, 4 con azatioprina, ninguno con metotrexate, 1 con corticoides, y 2 con terapia biológica).

### Mujeres

Se incluyeron 77 mujeres con una edad media de 43,3  $\pm$  9,8 años y un rango de entre 26 y 81 años. El 47% de las pacientes (36) padecía CU (distal en 21 pacientes, 58%, 6 extensa en el 17% y 9 pancolónica en el 25%) y el 53% de las mujeres (41) EC. De estas últimas ninguna presentaba afectación gastrointestinal alta, 11 pacientes (27.5%) tenían enfermedad de localización ileal, 18 pacientes (40%) localización colónica y 11 pacientes (27.5%) de pacientes con localización ileocolónica. El patrón evolutivo de la EC fue inflamatorio en 22 pacientes, el 55%, 9 pacientes estenosante en el 22.5% y 9 pacientes fistulizante en el 22.5%. Se identificaron 13 pacientes con Enfermedad perianal (16.9%). El 16.9% de los pacientes refería alguna enfermedad asociada, siendo las más frecuente la hipertensión arterial (36%). Las características clínicas y demográficas se recogen en las **tablas 1, 2 y 3**.

17 enfermas (21%) afirmaron que no deseaban la gestación, 6 de ellas (7,8%) por motivos directamente relacionados con la EII (temor a complicaciones obstétricas/malformaciones congénitas, interacción con la medicación o por consejo médico). Fueron fértiles 38 enfermas (66%), infértiles temporales 18 (31%) e infértiles permanentes 3 (5%).

Hubo un total de 124 embarazos, 41 de ellos tras ser diagnosticada la EII. Solo 1 necesitó de técnicas de reproducción asistida. En el momento de la concepción, 32 de los pacientes (24,6%) tomaban algún tipo de medicación (25 estaban con salicilatos, 7 con azatioprina, ninguno con metotrexate, 7 con corticoides, y 1 con terapia biológica). Doce pacientes (16%) refirieron haber tenido actividad de la enfermedad durante la concepción. Hubo un solo caso de malformación (espina bífida) que no tomó medicación ni en la concepción ni durante el embarazo.

### Factores relacionados con la infertilidad

Con respecto a la influencia de posibles factores de la EII sobre las tasas de fertilidad, solo la EC de localización colónica (52% vs 0%,  $p=0,054$ ) y la EP (57% vs 27%,  $p=0,050$ ) en el caso de los hombres y el patrón fistulizante de la EC en mujeres (83% vs 35%,  $p=0,06$ ) se asociaron con una disminución de la tasa de fertilidad, aunque sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas. La EII fue motivo de un menor deseo de gestación en mujeres (7,8% vs 1,12%,  $p=0,050$ ). Ninguna otra variable (localización de la CU y patrón evolutivo en la EC en hombres y, localización EC y CU, tipo de EII, EP y afectación GI alta en mujeres) ni la toma

**Tabla 2.**

**HOMBRES**

**Características de la Colitis Ulcerosa**

Colitis Ulcerosa distal	67%
Colitis ulcerosa extensa/Pancolitis	33%

**Características de la Enfermedad de Crohn**

Localización	- L1: Ileal: 21% - L2: Colónica: 32% - L3: Ileocolónica: 47% - L4: Afectación GI alta: 15%
Patrón evolutivo	- B1: Inflamatorio: 69.2% - B2: Estenosante: 10.3% - B3: Fistulizante: 20.5%
Enfermedad perianal	- Sí: 23.6%. - NO: 76.4%

**Enfermedades asociadas en pacientes varones con Enfermedad Inflamatoria Intestinal**

Sí: 23.6%	- Hipertensión arterial: 5.6% - Diabetes Mellitus: 4.5% - Cardiopatía: 2.2% - Hepatopatía: 1.1% - Epilepsia: 1.1% - Otras enfermedades: 4.5% - Dos o más enfermedades: 4.5%
NO: 76.4%	—

**Tabla 3.**

**MUJERES**

**Características de la Colitis Ulcerosa**

Colitis Ulcerosa distal	58.3%
Colitis ulcerosa extensa/Pancolitis	41.7%

**Características de la Enfermedad de Crohn**

Localización	- L1: Ileal: 27.5% - L2: Colónica: 40% - L3: Ileocolónica: 27.5% - L4: Afectación GI alta: 12%
Patrón evolutivo	- B1: Inflamatorio: 55% - B2: Estenosante: 22.5% - B3: Fistulizante: 22.5%
Enfermedad perianal	- Sí: 16.9%. - NO: 83.1%

**Enfermedades asociadas en pacientes varones con Enfermedad Inflamatoria Intestinal**

Sí: 16.9%	- Hipertensión arterial: 35.7% - Otras enfermedades (diabetes mellitus, cardiopatía, hepatopatía,...): 64.3%
NO: 83.1%	—

**Tabla 4. Hombres.**

	Infertilidad	Fertilidad	P
<b>Tipo de EII</b>			
- Colitis Ulcerosa	13 (29.5%)	31 (69.5%)	0.44
- Enfermedad de Crohn	11 (39%)	17 (41%)	
<b>Localización de la CU</b>			
- Colitis Ulcerosa distal	8 (26.7%)	22 (73.3%)	0.72
- Colitis Ulcerosa Extensa	5 (35.7%)	9 (64.3%)	
<b>Localización de la EC</b>			
- Ileal/Colónica	0 (0%)	6 (100%)	0.05
- Ileocolónica	11 (52.4%)	10 (47.6%)	
<b>Patrón evolutivo</b>			
- Inflamatorio/Estenosante	10 (45.4%)	12 (54.6%)	0.35
- Fistulizante	1 (17%)	5 (83%)	
<b>Enfermedad perianal</b>			
- Sí	8 (57.1%)	6 (42.9%)	0.05
- No	16 (27.1%)	43 (72.8%)	
<b>Enfermedades asociadas</b>			
- Sí	3 (16.6%)	15 (83.3%)	0.14
- No	21 (38.2%)	34 (41.8%)	
<b>Fármacos</b>			
- Salicilatos			0.13
*Sí	5 (55.5%)	4 (44.5%)	
*No	17 (28.8%)	42 (71.2%)	
- Azatioprina			
*Sí	2 (100%)	0 (0%)	0.10
*No	20 (30.3%)	40 (69.7%)	
- Biológicos			0.13
*Sí	5 (55.5%)	4 (44.5%)	
*No	17 (28.8%)	42 (71.2%)	

de medicación empleada en la EII se asociaron con un mayor riesgo de infertilidad (Tablas 4 y 5).

## Discusión

Actualmente existe cierta controversia acerca de la capacidad reproductiva en hombres y mujeres con EII, que tradicionalmente se ha considerado que pudieran tener mayores problemas a la hora de obtener descendencia<sup>1</sup>. Algunas series recogen tasas de fertilidad en estos pacientes inferiores a la de la población general lo que parece estar en relación con una elección del propio paciente y no una consecuencia de la enfermedad<sup>5</sup>. Este hecho puede ser debido al miedo al embarazo y la posibilidad de predisposición hereditaria a la enfermedad, a la dificultad para mantener relaciones sexuales o incluso a la falta de información médica. Por otra parte, los síntomas derivados de la enfermedad, déficit nutricionales y la presencia de alteraciones del ánimo<sup>6</sup> propias de esta enfermedad crónica pueden facilitar una disminución del deseo sexual. El objetivo de este estudio ha sido analizar los factores que pudieran influir tanto en el deseo de gestación

como en la incapacidad de tener descendencia por motivos relacionados con la enfermedad de nuestros pacientes.

De los 277 pacientes a los que se les ofreció participar, 166 remitieron el cuestionario cumplimentado lo que supone una tasa de participación del 60%, significativamente más elevada que la obtenida por otros grupos<sup>7</sup> pero similar a la del estudio de mayor relevancia, que incluyó más de 300 pacientes con una tasa de participación del 70%<sup>8</sup>. La preocupación sobre las posibilidades de conseguir un embarazo y que éste se complete con normalidad es mucho más evidente en pacientes con EII que en la población general.

El deseo de descendencia se encontraba disminuido como consecuencia de la EII en el 4,2% de nuestros pacientes. Las mujeres presentaron un menor deseo de gestación por este motivo con respecto a los hombres, alcanzando casi la significación estadística (7,8% vs 1,12%; p=0,05). A pesar de ello, nuestros resultados sugieren que el hecho de padecer una EII no influye de forma relevante en el deseo de embarazo, obteniendo menores tasas de renuncia por esta razón que las publicadas en otros estudios similares<sup>9</sup>. Tampoco hemos visto que la tasa de fertilidad en nuestros pacientes (1,6 infantes

**Tabla 4. Mujeres.**

	Infertilidad	Fertilidad	P
<b>Tipo de EII</b>			
- Colitis Ulcerosa	7 (25%)	21 (75%)	0.17
- Enfermedad de Crohn	13 (43.4%)	17 (56.6%)	
<b>Localización de la CU</b>			
- Colitis Ulcerosa distal	3 (18.7%)	13 (81.3%)	0.41
- Colitis Ulcerosa Extensa	4 (33.3%)	8 (66.7%)	
<b>Localización de la EC</b>			
- Ileal/Colónica	4 (400%)	6 (60%)	1
- Ileocolónica	9 (47.3%)	10 (52.7%)	
<b>Patrón evolutivo</b>			
- Inflamatorio/Estenosante	8 (34.7%)	15 (65.3%)	0.06
- Fistulizante	5 (83.3%)	1 (16.6%)	
<b>Enfermedad perianal</b>			
- Sí	4 (44.4%)	5 (65.6%)	0.37
- No	16 (32.7%)	33 (58.3%)	
<b>Enfermedades asociadas</b>			
- Sí	6 (46.1%)	7 (53.9%)	0.32
- No	13 (29.5%)	31 (70.5%)	
<b>Fármacos</b>			
- Corticoides			
*Sí	1 (25.5%)	3 (75%)	1
*No	3 (33.4%)	34 (66.6%)	
- Salicilatos			
*Sí	15 (34.8%)	28 (65.2%)	0.73
*No	3 (25%)	9 (75%)	
- Azatioprina			
*Sí	18 (34.6%)	34 (65.4%)	0.54
*No	0 (0%)	3 (100%)	
- Biológicos			
*Sí	0 (0%)	1 (100%)	1
*No	18 (33.4%)	36 (66.6%)	

nacidos/mujer) haya sido menor que las publicadas en nuestro país en el año 2008 (1, 3 infantes nacidos/mujer) para la población general (<http://www.ine.es>).

Las alteraciones de la fecundidad y fertilidad han sido menos estudiadas en hombres con EII. Al igual que ocurre en mujeres, estos pacientes están expuestos a fármacos, intervenciones quirúrgicas y a trastornos del estado de ánimo que pueden afectar la libido, producir disfunción eréctil y disminuir la fertilidad. Algunos investigadores han valorado la tasa precisa de infertilidad en hombres con EII. En un estudio en el que se incluyeron 106 varones con EC<sup>9</sup>, a 62 con CU y a 40 controles sanos emparejados por edad, se encontró que las tasas globales de embarazo eran menores en las parejas de los pacientes con EII que en los controles. Sin embargo, no hubo diferencia significativa de la fecundidad, es decir, el tiempo que se tarda en conseguir la gestación de la pareja, por lo que estos autores concluyeron que los hombres con EII no presentaban trastornos reproductivos y que las bajas tasas de paternidad tras el diagnóstico de EII posiblemente estaban relacionadas con el deseo voluntario de evitar la concepción<sup>10</sup>. En otro estudio, en el que se compararon 70 varones con EC<sup>11</sup>

con controles sanos, se encontró que la tasa de embarazo antes del diagnóstico de la EII era similar a la de los controles. Tras el diagnóstico, ésta disminuía independientemente del uso de esteroides o de sulfasalazina. Los autores concluyeron que los pacientes con EC tienen menores tasas de fertilidad, pero no quedó claro si esta diferencia era el resultado directo de la EII o del uso deliberado de métodos de control del embarazo tras el diagnóstico de la EII.

No se han descrito alteraciones de la fertilidad de los pacientes con EC o CU en relación con la extensión, localización o patrón de comportamiento de la enfermedad. En nuestro estudio aquellos pacientes con EC colónica y aquellos con EP presentan mayores tasas de infertilidad, así como las mujeres con EC fistulizante, pero en ningún caso las diferencias alcanzaron significación estadística.

Respecto al desarrollo del embarazo y el parto, es posible que las gestantes con EII presenten mayores alteraciones como ha puesto de manifiesto un reciente metaanálisis. En él, las mujeres con EII, tanto en CU como en EC, presentaban un riesgo aumentado de prematuridad (OR 1,87; IC 95%: 1,52-

2,31). El incremento del riesgo en madres con EII también aparece en los casos de bajo peso al nacer (OR 2,1; IC 95% 1,38-3,19) y en la necesidad de cesárea (OR 1,5; IC 95%: 1,26-1,79) aunque en estos casos sólo en las pacientes con EC se obtuvo significación estadística<sup>12</sup>. No se han evidenciado diferencias en cuanto al número de abortos espontáneos ni muerte en el periodo fetal ni neonatal<sup>13</sup>. Aunque se han llegado a describir casos de malformaciones congénitas en pacientes con CU<sup>14, 15</sup>, la mayor parte de los trabajos no han demostrado que haya asociación entre la enfermedad y un mayor riesgo de malformaciones. En cualquier caso y, aunque pueda existir el riesgo, no estaría justificada la abstinencia sexual buscando el embarazo por este motivo.

Parece razonable que los pacientes desarrollen dudas y miedos en relación a la toma de medicación que, por el comportamiento crónico y recidivante de la enfermedad, se hace prácticamente constante. Son las mujeres las que, por lo general, muestran mayor preocupación. A pesar de ello en nuestro trabajo la toma de medicamentos, ya sea para controlar un brote o utilizados en el mantenimiento de la remisión, no se han asociado con un incremento del riesgo de infertilidad, temporal o permanente. No hay datos definitivos sobre la seguridad de fármacos biológicos en mujeres gestantes, pero parecen ser seguros<sup>16</sup>. La evidencia científica hasta el momento no ha mostrado una influencia negativa en la capacidad reproductiva de estos pacientes. Tampoco hay un aumento significativo del riesgo de embarazos ectópicos, abortos espontáneos o bajo peso al nacer en mujeres tratadas con salicilatos, corticoides, azatioprina, anti-TNF ni ciclosporina<sup>17</sup>. La sulfasalazina y el metotrexate<sup>18, 19</sup> son responsables de oligospermia reversible en hombres, estando el segundo contraindicado tanto en hombres como en mujeres embarazadas y en aquellas que están planeando la gestación por lo que deberían suspenderse, al menos, 3-6 meses previos a la gestación. Los antibióticos usados frecuentemente en mujeres con EII no parecen influir en el potencial reproductivo<sup>20</sup> pero, una vez iniciada la gestación debería utilizarse con precaución, especialmente las quinolonas por su afinidad por el tejido óseo.

El miedo a transmitir la enfermedad a la descendencia se ha postulado como una de las limitaciones del deseo de embarazo y así lo manifestó una de nuestras pacientes. Aunque no puede considerarse como una enfermedad hereditaria, el factor de riesgo más importante para padecer esta enfermedad, especialmente en el caso de la EC, es la historia familiar, por lo que el consejo preconcepcional juega un papel importante. Si uno de los progenitores padece una EII, su descendencia tendrá un riesgo de sufrirla entre 2 y 13 veces superior al de la población general<sup>21, 22</sup>, pudiendo aumentar la probabilidad hasta un 36% en los casos en los que los dos progenitores padezcan la enfermedad.

Debemos transmitir el mensaje de que la persona con EII no tiene más condicionantes a la hora de decidir tener descendencia que el resto de la población. Los profesionales implicados han de facilitar suficiente información sobre la asociación familiar de la enfermedad, uso de fármacos durante la gestación y actitud ante un posible brote durante el

embarazo. Lo más importante, es ponernos a disposición de nuestros pacientes para asesorarlos en las posibles dificultades que pueden aparecer en el camino. Uno de los motivos que los pacientes han alegado como responsables de la disminución de su deseo de embarazo ha sido el del consejo médico. Esta tendencia se vio claramente reflejada en el estudio de Mayberry et al, en 1986, en el que hasta un 50% de las mujeres se les aconsejaba no quedarse embarazadas o bien interrumpir el embarazo<sup>23</sup>. El concepto está cambiando, como demuestra el trabajo de Marri SR et al<sup>7</sup> en el que el nuevo rol del médico es adoptar un papel importante a la hora de aconsejar y preparar al paciente para el mejor momento para la gestación, así como el de facilitar la información oportuna en cada momento.

Aunque consideramos que el presente estudio refleja con bastante exactitud la realidad de los pacientes con EII, acorde con la tendencia mostrada en los trabajos más recientes, debemos asumir una serie de limitaciones que podrían condicionar nuestros resultados. El diseño retrospectivo puede reducir la calidad de la información obtenida. El grupo de pacientes proviene del ámbito de un Hospital de tercer nivel, seleccionados de forma consecutiva, por lo que la muestra pudiera no ser del todo representativa. La recogida de la información de los pacientes a través de cuestionarios puede introducir sesgo de selección que habría que tener presente y el número final de enfermos que participaron puede considerarse pequeño. Finalmente no se han evaluado factores que pudieran ser relevantes como el antecedente de cirugía abdominal o el consumo de tabaco.

## Conclusión

Podemos concluir que la EII no supone un factor determinante en la decisión de los enfermos de tener descendencia, aunque la EC podría influir más que la CU en la capacidad reproductiva de estos pacientes. Sería interesante promover estudios multicéntricos y prospectivos a nivel nacional, que permitieran obtener información sobre la sexualidad y fertilidad de los pacientes con EII y facilitar instrumentos para una asistencia integral.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alstead EM. Inflammatory bowel disease in pregnancy. *Postgrad Med J* 2002; 78: 572.
2. López San Román A, Bermejo F. Enfermedad inflamatoria intestinal en España: los problemas crecen. *Rev Esp Enf Dig.* 2004; 96: 296-305.
3. Pajares JM, Gisbert JP. Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal en España. Una revisión sistemática. *Rev Esp Enf Dig.* 2001; 93: 9-21.
4. Satsangi J, Silverberg MS, Vermeire S, Colombel J-F. The Montreal classification on inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. *Gut* 2006; 55: 749-53.

5. Baird DD, Narendranathan M, Sandler RS. Increased risk of preterm birth for women with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 1990; 99: 987-994.
6. Timmer A, Bauer A, Dignas A, Rogler G. Sexual function in person with inflammatory bowel disease: a survey with matched controls. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 5: 87-94.
7. Marri SR, Ahn C, Buchman AL, et al. Voluntary childlessness is increased in women with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2007; 13: 591-599.
8. Mounfield R, Bampton P, Prosser R, Muller K, Andrews JM. Fear and fertility in Inflammatory Bowel Disease: A mismatch of perception and reality affects family planning decisions. *Inflamm Bowel Dis*. 2009; 15: 720-725.
9. Narendranathan M, Sandler RS, Suchindran CM, Savitz DA. Male infertility in inflammatory bowel disease. *J Clin Gastroenterology*. 1989; 11: 403-6.
10. Farthing MJ, Dawson AM. Impaired semen quality in Crohn's disease drugs, ill health, or undernutrition? *Scand J Gastroenterol* 1983; 18: 57-60.
11. Burnell D, Mayberri J, Calcraft BJ, Morris JS, Rhodes J. Male fertility in Crohn's disease. *Postgrad Med J*. 1986; 62: 269-272.
12. Cornish J, Tan E, Teare J, et al. A meta-analysis on the influence of inflammatory bowel disease on pregnancy. *Gut*. 2007; 56:830-837.
13. Norgard B, Fonager K, Pedersen L, et al. Birth outcome in women exposed to 5-aminosalicylic acid during pregnancy: a Danish cohort study. *Gut*. 2003; 52:243-247.
14. Elbaz G, Fich A, Levy A, et al. Inflammatory bowel disease and preterm delivery. *Int J Gynaecol Obstet*. 2005; 90:193-197.
15. Fedorkow DM, Persaud D, Nimrod CA. Inflammatory bowel disease: a controlled study of late pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol*. 1989; 160: 998 -1001.
16. Heetun ZS, Byrnes C, Neary P, et al. Review article: reproduction in the patient with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2007; 26:513-533.
17. Katz J. Outcome of pregnancy in women receiving Infliximab for the treatment of Crohn's disease and rheumatoid arthritis. *Am J Gastroenterol*. 2004; 99:2385-2392.
18. Toovey S, Hudson E, Hendry WF, et al. Sulphasalazine and male infertility: reversibility and possible mechanism. *Gut* 1981; 22:445-51.
19. Naz RK. Modalities for treatment of antisperm antibody mediated infertility: novel perspectives. *Am J Reprod Immunol* 2004; 51:390-7.
20. Z.S. Heetun. C. Byrnes. P. Neary. C. O'Morain. Reproduction in the patient with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 26, 513-533.
21. Orholm M, Munkholm P, Langholz E. Familial occurrence of inflammatory bowel disease. *N Engl J Med*. 1991; 324:84-88.
22. Orholm M, Fonager K, Sorenson H. Risk of ulcerative colitis and Crohn's disease among offspring of patients with chronic inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol*. 1999; 94:3236 -3238.
23. Mayberry J, Weterman I. European survey of fertility and pregnancy in women with Crohn's disease: a case control study by European Collaborative Group. *Gut*. 1986; 27:821- 825.