

COLITIS ULCERATIVA (ULCERATIVE COLITIS)

* Julissa Fonseca Ureña

RESUMEN

Es una enfermedad intestinal inflamatoria idiopática, esta enfermedad afecta el colon y el recto, los hombres y las mujeres tienen el mismo riesgo. El comienzo es principalmente en la segunda y cuarta década de la vida, pero hay un tercer pico a los 70 años de edad. El diagnóstico se basa en criterios clínicos, radiológicos y endoscópicos.

DESCRIPTORES

Colitis, colon, recto, ulcerativa, colonoscopia, DR2, DR9 y DRB1.

SUMMARY

It is an idiopathic inflammatory bowel disease, this disease affects the colon and rectum, men and women have the same risk. The beginning is mainly in the second and fourth decade of life, but there is a third peak at 70 years old. The diagnosis is based on clinical, radiological and endoscopic criteria.

KEYWORDS

Colitis, colon, rectum, ulcerative, colonoscopy, DR2, DR9 and DRB1.

* Médico General.
Universidad de Ciencias
Médicas (UCIMED). San
José-Costa Rica.

ETIOLOGIA

Se han estudiado múltiples factores de riesgo durante años, dentro de los que han mostrado una mayor asociación a la enfermedad son el fumado, la apendicectomía y la genética. En paciente fumadores durante más de 20 años, se ha visto una disminución en la incidencia de colitis ulcerativa, además el fumado se ha asociado a un curso de enfermedad menos severo. El mecanismo de este efecto protector es poco claro.

La apendicectomía tiene un efecto protector cercano al 70% para el desarrollo de la enfermedad. En paciente apendicectomizados tiene solo tres cuartas partes de incidencia de colitis ulcerativa.

Estudios basados en la población reportan que un 5% a 10% de los pacientes afectados tiene antecedentes heredofamiliares positivos por la enfermedad, principalmente relacionados al gen DR2, DR9 y DRB1.

PATOLOGIA

La enfermedad inflamatoria intestinal resulta cuando la interacción de los microorganismos intestinales, el epitelio del huésped y el sistema inmune del huésped crean un ambiente de inmunidad desregulada.

Se ha propuesto el efecto de algunos microorganismos infecciosos, como *Clostridium difficile* y *Campylobacter jejuni*, aunque aún no se ha podido confirmar.

Apariencia macroscópica

La colitis ulcerativa (CUCI) está limitada a la mucosa y submucosa del colon y el recto. El 50% de los pacientes la enfermedad está limitada al recto y el sigmoides, 30% a 40% se extiende más allá del sigmoides pero sin afectar todo el colon y un 20% presentan pancolitis, lo que podrían resultar en una ileítis por reflujo caracterizada por dilatación e inflamación del íleon terminal. El recto se ve afectado en un 90% a 95% de los casos y generalmente la extensión se presenta de manera continua proximalmente a éste, sin dejar áreas de mucosa indemne. La inspección en inflamaciones leves la mucosa se muestra eritematosa, con una superficie granular fina, pero en una enfermedad más severa se evidencia un aspecto hemorrágico, con numerosas úlceras confluentes, además existen áreas de regeneración de mucosa de aspecto amontonado llamados pseudopólipos, usualmente presentes en la enfermedad de larga evolución.

Apariencia microscópica

Al inicio del proceso inflamatorio, involucra células inflamatorias de fase aguda. Principalmente neutrófilos, los cuales infiltran las criptas de Lieberkühn formando abscesos cripticos. El tejido de granulación se forma conforme las áreas ulceradas cicatrizan.

CLÍNICA

Los síntomas más frecuentes son la diarrea, rectorragia, tenesmo, secreción de moco y dolor abdominal tipo cólico. La forma más frecuente de presentación es la diarrea sanguinolenta, el 85% tienen una afectación leve o moderada, pero un 15% presenta un ataque inicial puede

evolucionar rápidamente a una colitis fulminante, caracterizada por deposiciones sanguinolentas, fiebre e hipersensibilidad abdominal. Los signos y síntomas se correlacionan con la severidad, duración y localización de la enfermedad.

Pacientes con pancolitis pueden presentar anemia, fatiga, anorexia y pérdida de peso debido al aumento del metabolismo y las pérdidas proteicas durante los episodios.

Manifestaciones extraintestinales

Aparecen en un 25% a un 30% de los pacientes, se dividen en las que son paralelas y las que son independientes del curso de la enfermedad. Las manifestaciones dermatológicas más comunes son el eritema nodoso, el cual se encuentra en el 9% de los pacientes, consiste en un rash simétrico, con pápulas eritematosas elevadas en las zonas extensoras de brazos y piernas principalmente. El pioderma gangrenoso es una condición poco común, inicia como una placa eritematosa en región pretibial, que podría evolucionar a una úlcera necrotizante.

La manifestación ocular más común es la epiescleritis, y menos común la iritis y uveítis. La epiescleritis se caracteriza por el enrojecimiento de la esclera sin alteraciones visuales, asocia dolor o hipersensibilidad a la palpación, a diferencia de la epiescleritis, la iritis y uveítis se podrían asociar a pérdida de visión si no se trata adecuadamente. Las manifestaciones musculoesqueléticas son las más frecuentes. La sinovitis aguda puede ocurrir hasta en un 20% de los pacientes. Además se asocia la artritis periférica, sacroileítis y espondilitis anquilosante que ocurre en un 3% a 5% de los pacientes. En el sistema

hepatobiliar lo más frecuente son las alteraciones asintomáticas de las enzimas hepáticas, al menos el 50% de los pacientes presentan esteatosis hepática, de estos un 3% evolucionan a cirrosis hepática. La complicación extraintestinal más severa es la colangitis esclerosante primaria (CEP), causando fibrosis y obliteración de los conductos biliares. El 70% de los pacientes con CEP tienen colitis ulcerativa, pero solo un 2% a 7% de los pacientes con colitis ulcerativa desarrollan colangitis esclerosante primaria.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se realiza con la suma de criterios clínicos, radiológicos y endoscópicos. Además se debe realizar un diagnóstico diferencial con diarreas de causa infecciosa. Es esencial realizar un estudio endoscópico ya sea una sigmoidoscopia flexible o una colonoscopia, que deben de ser acompañada de toma de biopsias múltiples. La presencia de lesiones difusas, confluentes y simétricas, proximales a la línea pectinada es indicio de colitis ulcerativa. Las imágenes radiológicas, como el tránsito intestinal baritado es útil para determinar la extensión de la enfermedad. Las paredes del colon sufren fibrosis y acortamiento, llevando a una apariencia en radiografías de contraste en "tubo de plomo".

COMPLICACIONES

Solo un 15% de los pacientes presentan de manera inicial una enfermedad grave, donde la hemorragia masiva ocurre en el 1% de los pacientes. El megacolon tóxico se define como un colon transverso con diámetro mayor de 6 cm, con pérdida de las haustras, acompañado de fiebre, dolor abdominal con hipersensibilidad, taquicardia y leucocitosis, se presenta en

un 5% de las crisis. La perforación es la complicación local más peligrosa y los signos de peritonitis pueden no ser evidentes en un paciente tratado con glucocorticoides. Aunque la perforación es poco común, su mortalidad es de alrededor de un 15%. Los pacientes con colitis ulcerativa tienen mayor riesgo de presentar displasia epitelial y carcinoma colorectal. Los factores de riesgo son enfermedad extensa, de larga evolución o ausencia de remisiones con tratamiento.

El riesgo acumulado de cáncer aumenta con la duración de la enfermedad, 25% a los 25 años, del 35% a los 30 años, del 45% a los 35 años y 65% a los 40 años. Se deben de realizar colonoscopias periódicas en paciente con CUCI con más de 10 años de evolución.

TRATAMIENTO

Aminosalicilatos son el tratamiento médico primario para enfermedad leve a moderada, estos medicamentos inducen remisión y previenen recaídas, por lo cual se utilizan como tratamiento de mantenimiento. Los esteroides tienen un papel importante en la inducción de remisión en pacientes con enfermedad moderada a severa o en pacientes que fallaron en el tratamiento con aminosalicilatos. Estos no se utilizan como tratamiento de mantenimiento.

Los inmunomoduladores inhiben la biosíntesis de purinas y la replicación cromosómica. Tienen un inicio de acción lento, por lo que se deben dar por un periodo prolongado de 3 a 6 meses. Se utilizan principalmente para inducir remisión, pero no como mantenimiento debido a los efectos adversos y toxicidad. Por últimos los agentes biológicos se utilizan en tratamiento de colitis ulcerativa severa o refractaria.

Indicaciones para intervención quirúrgica

Las indicaciones para cirugía de urgencia son colitis fulminante, megacolon tóxico y

hemorragia. Fallo en el tratamiento médico, displasia o cáncer son indicaciones para cirugía electiva.

BIBLIOGRAFIA

1. Fauci, A., Braunwald, E., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J., & Loscalzo, J.. (2009). Harrison. Principios de Medicina Interna. México, D.F.: Mc Graw Hill.
2. Mulholland, M., Lillemoe, K., Doherty, G., Maier, R., Simeone, D., & Upchurch, G. (2010). Greenfield's Surgery: Scientific Principles & Practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
3. Ruiz, B., Campos, J., Franco, E., Suárez, A., Aso, J., Veganzones, I., & Arreo, V. (2013). AMIR Medicina. Madrid. España: Marbán.
4. Townsend, C., Beauchamp, R., Evers, B., & Mattox, K. (2013). Sabiston Tratado de Cirugía. Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. Barcelona, España: Elsevier.

Recepción: 02 Setiembre de 2017

Aprobación: 10 Setiembre de 2017