

PRESENTACIÓN DE CASO

Colitis ulcerativa idiopática Idiopathic ulcerative colitis

Dra. Alina Torreblanca Xiques

Especialista de Segundo Grado en Gastroenterología. Máster en Medios Diagnósticos en el primer nivel de Atención de Salud. Profesora Auxiliar de Gastroenterología. Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a:** Dra. Alina Torreblanca Xiques, correo electrónico: alinatb@ltu.sld.cu.

RESUMEN

La colitis ulcerativa es una enfermedad crónica, inflamatoria y ulcerosa, que se origina en la mucosa del colon y se caracteriza por la inflamación crónica del tracto gastrointestinal, casi siempre por una diarrea, que puede ser profusa y sanguinolenta. Se trata de un paciente masculino, de 35 años de edad, de raza blanca, con antecedentes de salud previa, que acude al médico por presentar desde hace cuatro meses diarreas con sangre, moco y pus, acompañado de dolor abdominal, astenia, anorexia y pérdida de peso, y en ocasiones de fiebre de 39 grados centígrados. Se realizaron estudios hematológicos, radiológicos y endoscópicos. Se confirmó el diagnóstico por anatomía patológica de colitis ulcerativa idiopática. Se aplicó terapéutica actualizada con el uso de mesalazina. El paciente evolucionó satisfactoriamente.

Palabras clave: COLITIS ULCERATIVA IDIOPÁTICA; TRACTO GASTROINTESTINAL.

Descriptores: COLITIS ULCEROSA/diagnóstico, COLITIS ULCEROSA/terapia.

SUMMARY

Ulcerative colitis is a chronic, inflammatory and ulcerous disease that originates in the colon mucosa; it is characterized by the chronic inflammation of the gastrointestinal tract and it is usually caused by diarrhea, which may be excessive and bloody. This is a case of a 35-year-old Caucasian male patient with a history of previous health that comes to the doctor complaining of bloody mucopurulent diarrhea for the past 4 months, accompanied by abdominal pain, asthenia, anorexia, weight loss, and occasionally, with a temperature of 39 degrees centigrade. Hematological, radiological and endoscopic studies were performed. The diagnosis of idiopathic ulcerative colitis was confirmed by pathologic anatomy. The up to date therapeutic use of (mesalazine) mesalamine was applied. The patient improved satisfactorily.

Key words: IDIOPATHIC ULCERATIVE COLITIS; GASTROINTESTINAL TRACT (GIT).

Descriptors: COLITIS, ULCERATIVE/diagnosis, COLITIS, ULCERATIVE/therapy .

INTRODUCCIÓN

La colitis ulcerativa es una enfermedad crónica, inflamatoria y ulcerosa, que se origina en la mucosa del colon y se caracteriza por la inflamación crónica del tracto gastrointestinal (GI), casi siempre por una diarrea que puede ser profusa y sanguinolenta. La causa de la colitis ulcerosa es desconocida. Los datos sugieren que una predisposición genética conduce a una respuesta inmunológica intestinal, no regulada a un agente ambiental, dietético o infeccioso. Sin embargo, no se ha identificado ningún antígeno desencadenante. La evidencia de una etiología microbiana específica para la colitis ulcerosa es incluso menos convincente y la tendencia familiar es menos pronunciada. El fumar cigarrillos

habitualmente parece reducir el riesgo. La colitis ulcerosa puede afectar a personas de todas las edades, pero la curva de la edad de aparición muestra una distribución bimodal, con un máximo principal a las edades de 15 a 30 años y un segundo pico menor a las edades de 50 a 70 años; sin embargo, este pico posterior puede incluir algunos casos de colitis isquémica. (1) La diarrea es sanguinolenta de intensidad y duración variable está entremezclada con intervalos asintomáticos. Por lo general, un episodio comienza insidiosamente, con aumento de urgencia para defecar, espasmos leves de la parte inferior del abdomen y sangre y moco en las heces. No obstante, un episodio puede ser agudo y fulminante, con diarrea violenta súbita, fiebre alta,



signos de peritonitis y toxemia profunda. Algunos casos se presentan después de una infección confirmada (p. ej., amebiasis, disentería bacilar).

Cuando la ulceración está confinada en el colon recto sigmoideo, las heces pueden ser normales o duras y secas, pero hay secreciones rectales de moco cargado de eritrocitos y leucocitos que acompañan a las deposiciones o se presentan entre ellas. Los síntomas sistémicos son leves o no existen. Si la ulceración se extiende en sentido proximal, las deposiciones tienden a ser más blandas y el paciente puede tener más de diez movimientos intestinales diarios, a menudo con espasmos intensos y un molesto tenesmo rectal, sin alivio durante la noche. Las heces pueden ser acuosas, pueden contener moco y con frecuencia consisten casi totalmente en sangre y pus. En la colitis ulcerosa extensa activa puede haber malestar, fiebre, anemia, anorexia, pérdida de peso, leucocitosis, hipoalbuminemia y VSG elevada. (4)

La colitis ulcerativa aparece en cualquier época de la vida y presenta una distribución equivalente en ambos sexos. Su frecuencia es mayor en los países desarrollados. Las tasas de prevalencia varían entre 1,5 y 80 por 100.000 habitantes (según población estudiada). La etiología de la EII es desconocida posiblemente multifactorial (genéticos, inmunes, vasculares y medioambientales). Una de las teorías es que un antígeno (¿microbiano?), penetra en el epitelio intestinal y genera un tipo de respuesta inmune en un individuo predispuesto genéticamente, desencadenando la enfermedad.

Entre un 12 y un 18 % de los pacientes con EII tienen algún familiar con la enfermedad. En la EC se ha demostrado un aumento de la frecuencia del HLA-A2 y en la CU del HLA-BW35, sin embargo, no existe una relación que pueda generalizarse.

Entre las alteraciones en el sistema inmune se describen alteraciones en la inmunidad celular y humoral y altos títulos de anticuerpos anti colonicos. Auto anticuerpos específicos, como los anticuerpos anti citoplasma de neutrófilo (ANCA), se encuentran en el 60 % de las CU y los anticuerpos anti *Sacharomyces* (ASCA) en el 40-60 % de las EC.

El tabaco tiene un efecto protector en CU y deletéreo en la EC. La frecuencia de CU es menor en pacientes apendicectomizados. Los 149 antiinflamatorios no esteroideos pueden activar la EII, debido a un desequilibrio en los productos de las ciclooxigenasas. (3, 4) Después de una amplia revisión del tema y con la alta incidencia de esta patología en la comunidad y la severidad del caso que se presenta, desde el punto de vista endoscópico, surgió la motivación para la presentación del mismo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente M Z V, masculino, de 35 años de edad y de raza blanca, con antecedentes de salud previa; acude al médico por presentar desde hace cuatro

meses diarreas con sangre, moco y pus, acompañado de dolor abdominal, astenia, anorexia y pérdida de peso; y en ocasiones de fiebre de 39°C.

Al examen físico

Mucosas: húmedas e hipocoloreadas.

TCS: no infiltrado.

A. Respiratorio: MV normal, no estertores, Fr.: 18x'.

ACV: ruidos cardíacos normales, no soplos, TA: 120/80mmHg, fc:88x'.

Abdomen no doloroso a la palpación no viceromegalia.

Complementarios

Hb: 65g/L

Eritrosedimentación: 110mm/h

Glicemia: 4,4mmol/L

Creatinina: 120mmol/L

Heces Fecales: examen directo- Abundantes hematíes, leucocitos, moco y piocitos.

Rx de abdomen simple: ausencia de materia fecal formada.

Rx de colon por enema: perdida de la austeraciones.

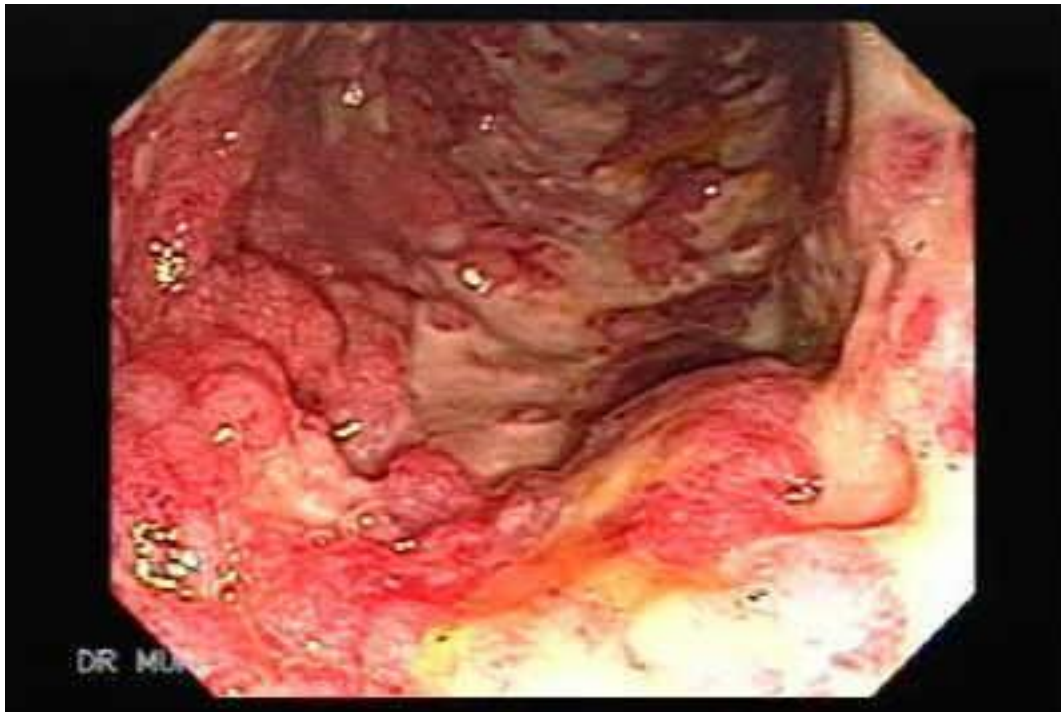
Colonoscopia: se introduce el equipo colonoscopio, lucera previa anestesia con propofol, hasta visualizar ángulo esplénico, sin poder explorar resto de colon por abundante material fecal; durante la exploración retrógrada se observa en todo el colon izquierdo, hasta segmento rectal, múltiples erosiones y eritema de más de 10 cm, expuestos de forma generalizada, con exudado adherido blanco amarillento, friable al contacto con el colonoscopio, algunos segmentos con granularidad y elevaciones amarillentas con aspecto de abscesos pequeños submucosos. Sin presentar en estos momentos pólipos o pseudopólipos. Región anal: esfínter tónico, no hemorroides, no fisuras.

DISCUSIÓN

Se trata de un paciente de 35 años de edad, con antecedente de salud que acude al médico por presentar desde hace cuatro meses diarreas con sangre, moco y pus, acompañado de dolor abdominal, astenia, anorexia y pérdida de peso, y en ocasiones de fiebre de 39°C, sintomatología que coincide con la bibliografía consultada. (3, 4) En el examen físico fue encontrada mucosa húmeda e hipocoloreada, corroborado por complementarios, además de eritrosedimentación centena. Heces fecales: examen directo - abundantes hematíes, leucocitos, moco y piocitos. En el diagnóstico endoscópico se observa (**figura 1**), en todo el colon izquierdo hasta segmento rectal, múltiples erosiones y eritema de más de 10 cm, expuestos de forma generalizada, con exudado adherido blanco amarillento, friable al contacto con el colonoscopio, algunos segmentos con granularidad y elevaciones

amarillentas con aspecto de abscesos pequeños submucosa, caracteres que confirman el diagnóstico.

FIGURA 1. Videocolonoscopia de colitis ulcerativa idiopática



La historia clínica y el examen de las heces permiten un diagnóstico de presunción, que debe confirmarse siempre mediante la sigmoidoscopia, la cual proporciona una indicación directa e inmediata de la actividad de la enfermedad. La colonoscopia total no suele ser imprescindible antes del tratamiento, y puede ser peligrosa en las etapas activas por el riesgo de perforación.

En los casos iniciales, la mucosa es finamente granulosa y friable, con pérdida del patrón vascular normal y a menudo con áreas hemorrágicas dispersas; un traumatismo mínimo causa hemorragias puntiformes múltiples (friabilidad). La mucosa se degrada pronto, a una superficie roja y esponjosa, punteada con muchas úlceras diminutas que rezuman sangre y pus. Al aumentar progresivamente la afectación de la mucosa, la inflamación y la hemorragia se extienden hacia el músculo intestinal. Las grandes úlceras de la mucosa con un copioso exudado purulento caracterizan a la enfermedad grave. Las islas de mucosa normal o relativamente inflamatoria hiperplasia (seudopólipos) se proyectan por encima de las áreas de mucosa ulcerada. Las biopsias pueden ser inespecíficas y a veces no pueden descartar una colitis infecciosa aguda (auto limitada); sin embargo, los rasgos que indican cronicidad (distorsión de la arquitectura de las criptas, atrofia de éstas, un infiltrado inflamatorio crónico) apoyan el diagnóstico de colitis ulcerosa. Incluso durante los intervalos asintomáticos, rara vez el aspecto sigmoidoscópico es normal; casi siempre persiste un cierto grado de friabilidad y

granularidad. Hay una pérdida del patrón vascular y la biopsia muestra signos de inflamación crónica.

Las radiografías simples del abdomen ayudan a veces a enjuiciar la gravedad y la extensión proximal de la colitis, al mostrar la desaparición de la imagen austral, el edema de la mucosa y la ausencia de heces formadas en el intestino enfermo. El enema de bario, al igual que la colonoscopia, no suele ser imprescindible antes del tratamiento y puede ser peligroso en las etapas activas por el riesgo de perforación. No obstante, durante el curso posterior de la enfermedad debe evaluarse todo el colon, para determinar la extensión de la afectación. La colonoscopia total es el método más sensible y ampliamente utilizado, aunque el enema de bario puede ser informativo. Los estudios con bario muestran la desaparición de la austración, el edema de la mucosa, las indentaciones diminutas o las grandes ulceraciones en los casos graves. Tras una duración de varios años puede observarse a menudo un colon rígido y acortado con una mucosa atrófica o seudopolipoide.

La colonoscopia con biopsia es obligatoria para valorar la naturaleza de una estenosis. La biopsia puede ayudar también a distinguir una colitis ulcerosa de una enfermedad de Crohn, si la inflamación está muy localizada o si se observa un granuloma. (4, 5)

Generalmente la colitis ulcerosa es crónica, con exacerbaciones y remisiones repetidas. Un ataque inicial rápidamente progresivo puede volverse

fulminante en aproximadamente un 10 % de los pacientes, con complicaciones de hemorragia masiva, perforación o sepsis y toxemia. En otro 10 % puede producirse la recuperación completa tras un episodio único; queda siempre la posibilidad de un patógeno específico no detectado. Una vez diagnosticada se aplicó el tratamiento actual, con el uso de la mesalazina.

CONCLUSIONES

Se utilizó la videocolonoscopia en este caso de paciente con sospecha de colitis ulcerosa. El diagnóstico por anatomía patológica fue de colitis ulcerativa idiopática activa severa, confirmando el diagnóstico presuntivo de la videocolonoscopia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Nodarse Cuní H, Más Paez J, Gutierrez Pérez Y, Valenzuela Silva C, Lazo Diago O, López Saura P, et al. Enemas de factor de crecimiento epidérmico para inducir la remisión de la colitis ulcerosa izquierda. (Spanish). Revista Cubana De Farmacia [revista en internet]. 2013, Enero [citado 17 de diciembre 2014]; 47(1): 67-76. Disponible en: MedicLatina.
2. Hinojosa J, Navas V, Saro C. Farmacocinética, eficacia y seguridad de la formulación de mesalazina MMX en el tratamiento de la colitis ulcerosa. (Spanish). Revista Colombiana De Gastroenterología [revista en internet]. 2014, Enero [citado 17 de diciembre 2014]; 29(1): 46-54. Disponible en: MedicLatina.
3. Unda Franco E, Ramírez Avilés E. M, Moreno de G. L, Héctor González Q. Cesárea por colitis ulcerosa crónica inespecífica. (Spanish). Ginecología Y Obstetricia De Mexico [revista en internet]. 2011, Feb [citado 17 de diciembre 2014]; 79(2): 93-96. Disponible en: MedicLatina.
4. Cortada C, Gil A, Goncalves S, Sambuelli A, Rubio M, Carballo M. Funcionalidad de la glicoproteína p linfocitaria en la colitis ulcerosa. (Spanish). Medicina (Buenos Aires) [revista en internet]. 2009, Aug [citado 17 de diciembre 2014]; 69(4): 437-441. Disponible en: MedicLatina.
5. De la Cruz Guillén A, Cortés Espinosa T, Sánchez Chávez X, López Gómez J, Quintero Aguilar G, Ramos Gómez M, et al. Comportamiento clínico de la colitis ulcerosa crónica inespecífica en pacientes del CMN 20 de Noviembre, ISSSTE, y comparación con la bibliografía americana. (Spanish). Medicina Interna De Mexico [revista en internet]. 2011, May [citado 17 de diciembre 2014]; 27(3): 224-230. Disponible en: MedicLatina.
6. Jiménez Martín A, Santos Yuvero FJ, Najaro Cid FJ, Pérez Hidalgo S. Omalgia en paciente con colitis ulcerosa. (Spanish). Reumatologia Clinica [revista en internet]. 2010, Nov [citado 17 de diciembre 2014]; 6(6): 324-326. Disponible en: MedicLatina.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.