

COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA IDIOPÁTICA: REPORTE DE UN CASO

IDIOPATIC CHRONIC ULCERATIVE COLITIS: CASE REPORT

Correoso, José Daniel; Yard Foster, Yamilka Yoani *; Arcia Guerra, Edgardo Guillermo †

* Médico Interno del primer año, Hospital Santo Tomás

† Médico Especialista en Cirugía General y Coloproctología, Hospital Santo Tomás

Recibido: 26 de mayo del 2019

Aceptado: 10 de diciembre del 2019

Correoso J, Yard Y, Arcia E. Colitis Ulcerativa Crónica Idiopática: reporte de un caso. Rev méd cient. 2019; 32:12-18

RESUMEN

Objetivo: En Panamá no existe registro de la enfermedad inflamatoria intestinal, por ello el propósito de este artículo es darle relevancia, ante la opinión subjetiva de nuestros especialistas de que existe un aumento de la misma.

Características Clínicas: Presentamos a paciente femenina de 39 años, sin antecedentes patológicos conocidos que ingresó por cuadro de evacuaciones diarreicas mucosanguinolentas, rectorragia intermitente de aproximadamente 19 años de evolución, asociado a pérdida de peso, dolor cólico en hipogastrio y anorexia en los últimos 6 meses.

Intervención y resultados: Se le realizaron pruebas de laboratorio, en las que destacan anticuerpo anti-neutrófilo perinuclear "pANCA" positivo, con respecto a los exámenes de gabinete, en la colonoscopia se observó alteraciones sugestivas de colitis ulcera crónica. El manejo se basó en la combinación de aminosalicilatos, corticoides e inmunomoduladores, logrando resolución de su sintomatología al séptimo día intrahospitalario.

Conclusión: Debido a la adquisición de patrones de conducta importados de países de primer mundo, es de esperarse que en nuestro país se reflejen estas enfermedades que consideramos poco comunes, por lo que es necesario un adecuado conocimiento para el diagnóstico y manejo oportuno, evitando que los pacientes sufran de síntomas engorrosos por más de una década, como lo ocurrido en este caso.

Palabras claves: Colitis ulcerosa, enfermedades inflamatorias del intestino, enfermedad crónica.

ABSTRACT

Objective: In Panama there is no record of inflammatory bowel disease, for this reason the purpose of this article is give relevance to the subjective opinion of our specialists that there is an increase of this disease in our population.

Clinical features: This case is about a 39 year old female without known pathological history who was admitted due to mucosanguineous diarrhea, intermittent rectorrhage of approximately 19 years of evolution, associated with weight loss, hypogastric colic pain and anorexia in the last 6 months.

Intervention and results: Among the laboratories carried out, the positive perinuclear anti-neutrophil antibody "pANCA" stands out, likewise the colonoscopy performed showed abnormalities suggestive of chronic ulcer colitis. The management was based on the combination of aminosalicylates, corticosteroids and immunomodulators, achieving the resolution of their symptomatology on the seventh day in-hospital.

Conclusion: Due to the acquisition of behavior patterns imported from developed countries, it is to be expected in our country that these diseases that are considered uncommon are reflected, so that adequate knowledge is necessary for the diagnosis and timely management, preventing patients suffer from cumbersome symptoms for more than a decade, as happened in this case.

Key Words: Colitis ulcerative, inflammatory bowel disease, chronic disease.

INTRODUCCIÓN

La colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) es un proceso inflamatorio intestinal de origen desconocido que causa inflamación crónica, difusa y continua, en la mucosa y submucosa, extendiéndose desde el recto en dirección proximal al resto del colon.^{1,2}

La colitis ulcerosa puede tener un inicio insidioso con heces sanguinolentas, o súbito con diarrea, tenesmo, urgencia fecal, dolor abdominal, fiebre, anemia; relacionándose la gravedad de los síntomas con el grado de inflamación de la mucosa y la extensión a lo largo del colon. Esta enfermedad presenta una incidencia anual de 8 a 15 por cada 100,000 habitantes en EE.UU. y el norte de Europa, con una incidencia considerablemente más baja en Asia y Sudamérica.³

En nuestro país el único estudio hallado en nuestra revisión data de 1997 con 7 años de duración (1987-1993), concluyó que la incidencia media anual de CUCI fue de 1.2 por 100,000 habitantes, sin encontrar casos de enfermedad de Crohn (EC).⁴

A pesar de la antigüedad de dicha referencia se desconoce la incidencia nacional de dicha enfermedad, sin embargo, existe una opinión subjetiva en los hospitales panameños que la incidencia de las enfermedades inflamatorias va en aumento.

En los datos no publicados del Hospital Santo Tomás se registraron 68 casos de CUCI y 39 de EC en el decenio del 2008-2017, e infiriendo la incidencia de CUCI con una población estimada para el 2017 de 4.1 millones, arroja una tasa de 1.66 casos por cada 100,000 habitantes, que sugiere un aumento en la frecuencia de presentación de esta enfermedad.^{5,6}

CASO CLÍNICO**ENFERMEDAD ACTUAL:**

Paciente femenina de 39 años, que acude a nuestra institución con historia de deposiciones diarreicas

mucosanguinolentas (aproximadamente 7 veces diarias) junto con rectorragia intermitente en los últimos 19 años, asociándose a dolor cólico, intermitente, localizado en hipogastrio, severo, no irradiado, con pérdida de peso aproximada de 5.5 kg en los últimos 6 meses.

La paciente refiere buscar previamente atención médica en múltiples ocasiones, siendo tratada con metronidazol por la sospecha clínica de una amebiasis intestinal, sin mejoría de sus síntomas.

HISTORIA ANTERIOR:

Antecedentes personales patológicos y heredo familiares negados.

Hábitos: niega consumo de bebidas alcohólicas, uso de tabaco, o drogas recreativas.

Niega cirugías o uso de medicamentos de forma rutinaria.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

Aparato digestivo: refiere aumento del apetito en los últimos 12 meses. Resto del interrogatorio sin hallazgos relevantes.

EXAMEN FÍSICO:

Signos vitales: presión arterial: 120/80 mmHg, frecuencia respiratoria: 16 ciclos/minuto, frecuencia cardiaca: 86 latidos/minuto, temperatura: 36,5 °C.

Estado general: alerta, consciente, orientada en las 3 esferas, cooperadora, edad cronológica acorde a la aparente.

Tórax: simétrico, sin tirajes, ni retracción.

Cardiopulmonar: ruidos cardíacos rítmicos, sin soplo, ni galope, buena entrada y salida de aire.

Abdomen: plano, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no se palpan visceromegalias.

Tacto rectal: doloroso, salida de heces líquidas con abundante sangre y moco. Además, presenta trombosis hemorroidal externa. No se palpan masas, abscesos, ni fístulas.

LABORATORIOS:

| Hemograma 30/9/18 | |
|--------------------------|-----------------------------|
| Hemoglobina | 13.0 gr/dl |
| Hematocrito | 38.6 % |
| Leucocitos | 10.1 x 10 ³ / uL |
| % Neutrófilos | 45 |
| % Linfocitos | 43 |
| VES | 68 mm/h |

| Química 1/10/18 | |
|---------------------------|-----------|
| Glucosa | 212mg/dl |
| HbA1c | 10.0 g/dl |
| Albúmina | 3.57 g/dl |
| Aspartatoaminotransferasa | 68 U/L |
| Alaninoaminotransferasa | 83 U/L |
| Lactato Deshidrogenasa | 733 UI/L |
| Proteína C Reactiva | 2.7 |

| Inmunoserología | |
|--------------------------------|-----------|
| Virus hepatotropos mayores | Negativos |
| Citomegalovirus IgG | >500 U/mL |
| Citomegalovirus IgM | Negativo |
| Virus Epstein Barr (VEB) | |
| - VEB IgG contra cápside viral | Positivo |
| - VEB IgM contra cápside viral | Negativo |
| - ANA IgG (EBNA) | Positivo |
| Anticuerpo Anti-Neutrófilo | |
| - Citoplasmático cANCA | Negativo |
| - Perinuclear pANCA | Positivo |

2/10/18

Examen coprológico: positivo para sangre oculta en heces, color amarillentas, de consistencia líquida con presencia de pocos eritrocitos y quistes de *Blastocistis hominis*.

Cultivo de heces por *Clostridium difficile*: negativo.

ESTUDIOS DE GABINETE:

2/10/18

Radiografía AP de abdomen: sin hallazgos patológicos.

Colonoscopia:

- Pérdida de patrón vascular con disminución de la distensibilidad, friabilidad de la mucosa y presencia de moco abundante principalmente en colon transverso, descendente, sigmoides.
- Presencia de pseudopólipos en colon sigmoides.
- Canal anal normal, en anodermo presenta hemorroide externa con pequeña trombosis subclínica.

Escalas de extensión y severidad:

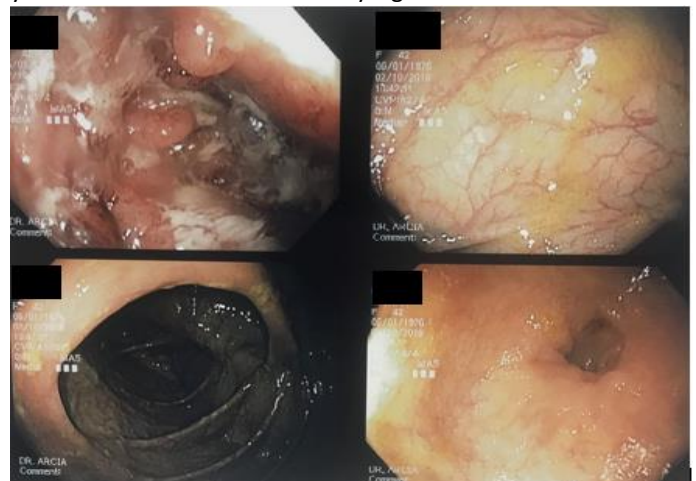
Escala de Montreal: E3, S3.

Índice de severidad de Truelove y Witts: moderado

Índice de actividad de Mayo: 11 puntos, indicando actividad severa.

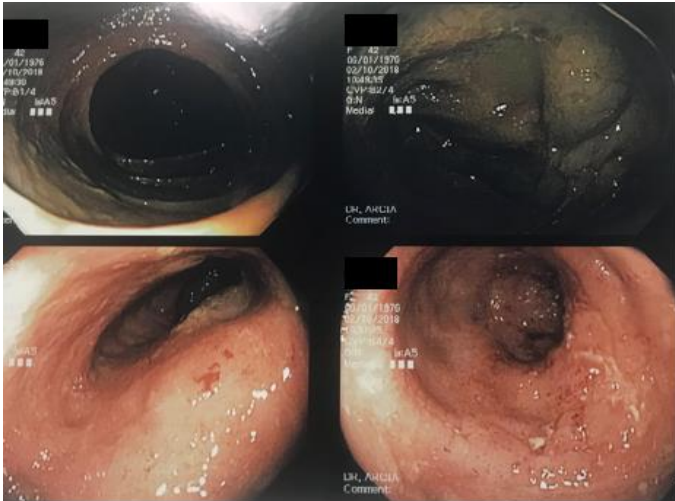
Conclusión: Colitis ulcerativa crónica idiopática tipo Mayo 2, E3.

Figura No 1: colonoscopia mostrando múltiples pseudopólipos y úlceras en la mucosa de recto y sigmoides.



Fuente: expediente clínico del Hospital Santo Tomás, 2018

Figura No 2: Colonoscopia mostrando pérdida de patrón vascular y friabilidad de la mucosa en colon transverso y descendente.



Fuente: expediente clínico del Hospital Santo Tomás, 2018

TRATAMIENTO:

La meta del tratamiento de esta enfermedad consiste en mejorar la calidad de vida del paciente e inducir remisión.⁷

El tratamiento médico dado se basó en aminosalicilatos, esteroides sistémicos, e inmunomoduladores:

- Azatioprina 150 mg vía oral cada día.
- Mesalazina 1 gr. vía oral cada 8 horas.
- Hidrocortisona 100 mg intravenosos cada 8 horas por 3 días y luego de esto se pasó a Prednisona 1mg/Kg/día por 2 meses y luego en Consulta Externa se fue bajando dosis hasta retirar el corticoide.

La sulfasalazina, el ácido 5 aminosalicílico (mesalamina), disminuyen la inflamación al inhibir la ciclooxigenasa y la 5-lipooxigenasa en la mucosa intestinal.^{3,7}

La azatioprina es el profármaco de la 6-mercaptopurina, actúa como inmunomodulador o inmunosupresor débil e interfiere con la síntesis del

ácido nucleico reduciendo la proliferación de células inflamatorias.^{3,7}

Con respecto a los corticoesteroides son inhibidores inespecíficos del sistema inmune, utilizados principalmente en el tratamiento de una exacerbación aguda de colitis ulcerosa.^{3,7}

La paciente se encontraba a cargo del servicio de coloproctología, por el alto riesgo de colectomía en caso de fracasar el tratamiento médico, además del seguimiento continuo por el servicio de gastroenterología por la posibilidad de agregar terapia biológica al tratamiento inicial.

En el día 4to de su hospitalización se constata mejoría clínica evidente, estadio S1 en la escala de Montreal.

En el día 7mo de su hospitalización se reclasifica la actividad de su enfermedad como S0 remisión clínica, logrando el egreso de la paciente con prednisona oral 40 mg cada día, azatioprina 150mg vía oral cada día y mesalazina 1 gramo vía oral cada 8 horas, con seguimiento ambulatorio de todos los servicios médicos involucrados (Nutrición, Gastroenterología y Coloproctología) en la consulta externa en 30 días.

Sus laboratorios ambulatorios revelaron una mejoría de su proceso inflamatorio.

Hemograma 12/9/18

| | |
|---------------------|----------------------------|
| Hemoglobina | 13.5 gr/dl |
| Hematocrito | 40.3 % |
| Leucocitos | 6.3 x 10 ³ / uL |
| % Neutrófilos | 63 |
| % Linfocitos | 35 |
| VES | 27 mm/h |
| Proteína C Reactiva | 0.7 mg/dL |

En su evolución ambulatoria la paciente tiene 1 año de vigilancia sin sufrir ninguna recaída de enfermedad manejándose con mesalazina oral y azatioprina oral.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El principal diagnóstico diferencial, suscita otras enfermedades inflamatorias intestinales como enfermedad de Crohn, sin embargo, los hallazgos de la colonoscopia se evidenció inflamación de la mucosa desde el recto extendida en dirección proximal, aunado a los resultados de laboratorios (pANCA positivo y el cANCA negativo) se puede afirmar que se trata de un caso de colitis ulcerativa.^{3,7}

En el 15% de los pacientes con colitis por enfermedad intestinal inflamatoria es imposible diferenciar la colitis ulcerosa de la colitis de Crohn a simple vista o a nivel microscópico lo que se conoce como colitis indeterminada. Es típico que los enfermos presenten síntomas similares, con datos endoscópicos y anatomopatológicos que incluyan características comunes a ambas afecciones.

Los diagnósticos diferenciales adicionales incluyen colitis infecciosas, en especial por *Campylobacter jejuni*, *Entamoeba histolytica*, *C. difficile*, *Neisseria gonococcus*, *Salmonella* y *Shigella*.^{3,7}

DISCUSIÓN

La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria intestinal del colon y recto, descrita por primera vez en el año 1859, que causa inflamación continua de la mucosa y submucosa del colon, la cual se extiende proximalmente desde el recto a una distancia variable en el colon.^{1,7}

La colitis ulcerosa tiene una presentación dinámica que progresa desde una fase latente activa de bajo grado hasta una afección fulminante, con hallazgos físicos inespecíficos.³

La etiología exacta es desconocida, sin embargo, hay influencia de factores ambientales, infecciosos y genéticos. Entre los patógenos asociados a la enfermedad inflamatoria intestinal se encuentran virus (Epstein Barr, citomegalovirus, norovirus),

bacterias (bacteroides, klebsiella, bifidobacterium).^{3,7}

Tanto el *Clostridium difficile* como el citomegalovirus han sido fuertemente relacionados a pacientes con CUCI que se encuentran bajo terapia inmunosupresora, y estas infecciones deben ser descartadas y tratadas adecuadamente previo a los procedimientos quirúrgicos, por la posibilidad de complicaciones postoperatorias.^{3,7}

Esta enfermedad presenta una incidencia bimodal llegando a su máximo en la tercera y séptima década de la vida. Presenta mayor prevalencia en países industrializados, con mayor estrato socioeconómico, áreas urbanas y regiones geográficas alejadas del ecuador.^{1,7}

Entre 20-85% de los pacientes con colitis ulcerativa tienen valores positivos de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos con patrón perinuclear (pANCA), con una sensibilidad de 56%, especificidad de 89%. En cuanto a los anticuerpos anti-Saccharomyces cerevisiae (ASCA) solamente el 5-15% de los pacientes con CUCI son positivos mientras que en los pacientes con enfermedad de Crohn el 39-69% presentan estos anticuerpos.⁷

El edema de la mucosa es el primer signo clínico de la enfermedad, causando posteriormente eritema confluyente, pérdida del patrón vascular normal. A medida que la enfermedad progresa se presenta ulceración, sangrado y friabilidad de la mucosa.^{3,8} Sin embargo la presentación clásica de esta enfermedad es la diarrea mucosanguinolenta.⁷

El tratamiento médico de primera línea se basa en la combinación de aminosalicilatos, corticoides, antibióticos, inmunomoduladores e inmunosupresores y de más reciente uso las terapias biológicas. En el grupo de los aminosalicilatos, están los inhibidores de la lipoxigenasa (5-ASA y mesalazina),^{9,10} que desempeñan un papel antiinflamatorio y anticarcinogénico.⁹ Entre los corticoides, se usa la prednisona, la prednisolona tanto oral como en enemas, e hidrocortisona o

metilprednisona intravenosa con el fin de disminuir la inflamación.^{9,10}

El metronidazol en ocasiones es utilizado para lograr la disminución de la concentración de bacterias, de la respuesta inmunitaria celular e inflamación de la mucosa.¹¹

En nuestro caso, se administró un tratamiento acorde, ya que se utilizó esteroides sistémicos IV como hidrocortisona (100 mg cada 6 a 8 h) para inducir la remisión, luego aminosalicilatos como mesalazina (2-4 gramos/día); inmunomodulares como la azatriopina (2.0 – 2.5 mg/Kg/ día) debido a que se trataba de una pancolitis severa.⁹ Dentro de las terapias biológicas que pudieron utilizarse como adyuvantes, están el infliximab y adalimumab utilizados en casos de CUCI moderada a grave.^{9,10}

En cuanto al tratamiento quirúrgico, la colectomía es utilizada en aquellos pacientes que no responden al tratamiento médico, ya que un acto quirúrgico muy precoz, conlleva a una alta tasa de reintervenciones en un periodo no mayor a 6 meses, enunciado respaldado por la data publicada por la Clínica Mayo que establece que el 54% de los pacientes es reintervenido a los 180 días postoperatorios, siendo las complicaciones (tempranas y tardías) más frecuentes: abscesos, fístulas y sepsis de origen abdominal.¹²

CONCLUSIÓN

Por lo dicho, en nuestro medio y el aparente aumento de la incidencia de la patología expuesta, pone de manifiesto adquirir un adecuado conocimiento de la misma, y ser consciente de la necesidad imperante de realizar un adecuado registro de esta enfermedad y de muchas otras que están emergiendo de novo en nuestro medio, debido a la tendencia cultural de nuestro país de imitar y compartir patrones de conducta y escenarios sociales de países de primer mundo, con el consecuente resultado de presentar las mismas enfermedades de estos países desarrollados.¹³

BIBLIOGRAFÍA

1. Magro F, Gionchetti P, Eliakim R, Ardizzone S, Armuzzi A, Barreiro-de Acosta M et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1: Definitions, Diagnosis, Extra-intestinal Manifestations, Pregnancy, Cancer Surveillance, Surgery, and Ileo-anal Pouch Disorders. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2017;11(6):649-670.
2. Acosta M. Colitis ulcerosa. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2016;12(5):227-241.
3. Schwartz S, Brunnicardi F, Andersen D. *Principios de cirugía*. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2015.
4. De la Cal J, Canton C, Pajares J, Maté-Jiménez J. Inflammatory bowel disease in Argentina and Panama (1987-1993). *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 1997;9(11):1129.
5. *Anales del Departamento de Registro y Estadística del Hospital Santo Tomas (2008-2017)*
6. Jahan S. Human Development Indicators and Indices: 2018 Statistical Update Team [Internet]. 1 UN Plaza, New York, NY 10017 USA: UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME; 2018 [consultado el 10 de Agosto del 2019]. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update.pdf
7. Steele S, Hull T, Read T, Saclarides T, Senagore A, Whitlow C. *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery*. Cham: Springer International Publishing; 2016.
8. Beck D, Wexner S, Rafferty J. *Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum, and Anus*. 4th ed. Thieme Georg Verlag; 2019.
9. Yamamoto-Furusho JK, Bosques-Padilla F, de-Paula J, Galiano MT, Ibanez P, Juliao F, et al. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal: Primer Consenso

Latinoamericano de la Pan American Crohn's and Colitis Organisation. [Internet] [consultado el 2 de Mayo 2019] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090616300829> Revista de Gastroenterología de México. 2017; 82:46---84.

10. Gomollón F, García-López S, Sicilia B, Gisbert J, Hinojosa J. Therapeutic guidelines on ulcerative colitis: A GRADE methodology based effort of GETECCU [Internet]. www.elsevier.es/. 2019 [consultado el 2 de mayo 2019]. Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-the-geteccu-clinical-guideline-for-S0210570512003068>

11. Montoro Romero M, Juanes de Toledo B, Medina Benítez E, Rodríguez Gil Y, Ballén Barragán A. Colitis ulcerosa: a propósito de un caso [Internet]. Scielo.isciii.es. 2010 [consultado el 1 mayo de 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000600008

12. Juliao Baños F. Colitis ulcerativa aguda severa: Presentación de un caso y revisión de la literatura [Internet]. Scielo.org.co. 2012 [consultado el 1 mayo de 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-99572012000400008&script=sci_abstract&lng=pt

13. Región Metropolitana de Salud [Internet]. Panama: Ministerio de Salud; 2017 [consultado el 10 de Agosto del 2019]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/parte_3_metro_pestes_poeste.pdf