



Colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) severa. Correlación por tomografía computada, colonoscopia y patología de un caso típico

José-Daniel Ruiz-Arteaga,* Gaspar-Alberto Motta-Ramírez,* Carlos-Benjamín González-Sánchez,‡
Catalina Romo-Aguirre,§ José-Luis Ramírez-Arias^{II}

Caso. Paciente masculino de 43 años de edad con antecedente de rectorragia y hematoquezia intermitentes de un año de evolución. Acude al servicio de Urgencias del Hospital Ángeles Pedregal con padecimiento de tres meses de evolución caracterizado por distensión y dolor abdominal de predominio izquierdo, evacuaciones líquidas con moco y sangre hasta en 30 ocasiones en un día y pérdida ponderal no voluntaria de 15 kg en cuatro meses. En la exploración física y en los resultados de laboratorio destacan: fascies dolorosa, palidez de tegumentos e hiperalgésia abdominal, hemoglobina de 9.5 mg/dL, leucocitosis de 11,600 y glucosa sérica de 180 mg/dL. Se solicita al paciente tomografía computada (TC) de abdomen

simple y contrastada, colonoscopia con toma de cultivo y biopsia. La TC demuestra engrosamiento segmentario y simétrico de las paredes del colon descendente, sigmoide y recto (miden 0.7 cm de grosor) con patrón de atenuación “en diana” (flecha hueca), hiperemia de las arterias pericolónicas (cabeza de flecha) y adenomegalias en cadena iliaca interna y perirrectales de hasta 1.3 cm de diámetro (flecha larga) (Figura 1). Por colonoscopia se observan edema generalizado de la mucosa con áreas de sangrado superficial (flecha larga), pseudopólipos y ulceraciones superficiales de moderado tamaño (flecha gruesa) (Figura 2). Por patología se observa mucosa colónica con distorsión de su arquitectura por acortamiento



Figura 1.

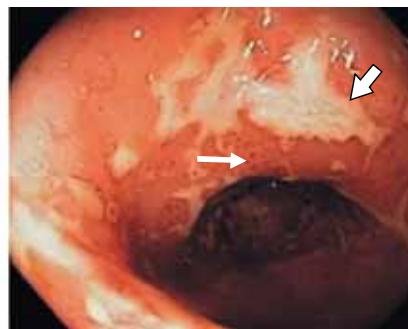


Figura 2.

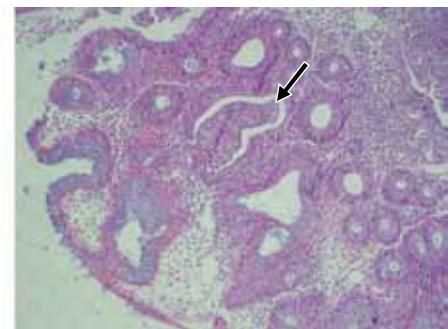


Figura 3.

* Médico Radiólogo.

† Médico Gastroenterólogo.

‡ Médico Patólogo.

II Director Médico.

Hospital Ángeles Pedregal.

Correspondencia:

Gaspar-Alberto Motta-Ramírez

Correo electrónico: gamottar@yahoo.com.mx

Aceptado: 17-12-2010.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

de las criptas, el epitelio con múltiples zonas ulceradas y formación de microabscesos (flecha), así como metaplasia de las células de Paneth (Figura 3).

CUCI

La Colitis Ulcerativa Crónica Idiopática (CUCI) pertenece al grupo de las enfermedades inflamatorias intestinales idiopáticas junto con la enfermedad de Crohn y la colitis indeterminada. Aún no se ha dilucidado su etiología exacta, sin embargo, se sospecha que tiene un origen autoinmune desencadenado por una infección enteral previa. Esta patología, de presentación intermitente, se caracteriza por ulceración e inflamación difusa de la mucosa, la cual comienza en el recto y se extiende hacia arriba para afectar principalmente al colon izquierdo (afección distal), aunque puede involucrar la totalidad del colon (afección extensa). En etapas tempranas con afección distal hay edema, hiperemia y sobreproducción de mucina en la mucosa colónica y el tratamiento se basa en aminosalicilatos tópicos (4.8 g de mesalamina). Con el progreso de la enfermedad, la ulceración de la mucosa se hace cada vez más pronunciada al grado de denudar ciertas porciones de la pared colónica, llevando a la formación de pseudopólipos inflamatorios. En etapas crónicas hay marcado engrosamiento de la *muscularis mucosae* (de hasta 40 veces) y de la submucosa que producen estenosis luminal.¹ Se sugiere que ante la presencia de una CUCI grave (como en este caso) se hospitalice al paciente y se descarten la presencia de infecciones sobreagregadas con bacterias enteropatógenas y por

Clostridium difficile. La piedra angular del tratamiento en este punto implica el uso de esteroides intravenosos a una dosis equivalente a 300 mg de hidrocortisona o 60 mg de prednisolona. Fármacos inmunomoduladores, tales como ciclosporina y azatioprina, están indicados en pacientes con falta de respuesta a esteroides IV en un plazo de tres a cinco días. El tratamiento médico obtiene una tasa de éxito que va desde un 77 a 92% en pacientes con enfermedad leve o moderada. Sin embargo, un grupo reducido de pacientes requerirá manejo quirúrgico, especialmente aquellos que desarrollen complicaciones de la patología como son la hemorragia masiva, perforación, megacolon tóxico o con evidencia de carcinoma de colon.² En un estudio de nuestro hospital que incluyó a 42 pacientes con evidencia tomográfica de colitis se detectó que hasta un 20% de ellos padecían CUCI, motivo por el cual recomendamos un abordaje sistemático de estos pacientes que incluya la realización de una TC abdominopélvica con administración IV y rectal de medio de contraste así como colonoscopia.³

REFERENCIAS

1. Thoeni RF, Cello JP. CT imaging of colitis. *Radiology* 2006; 240: 623-638.
2. Bosques-Padilla F, Bernal-Sánchez G, Durán-Ramos O, González-Contreras QH, Yamamoto-Furusho JK. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la colitis ulcerativa crónica idiopática. *Rev Gastroenterol Mex* 2007; 72(3): 136-146.
3. Motta-Ramírez GA, Ruiz-Arteaga JD, González-Sánchez CB. Abordaje diagnóstico por tomografía computada del engrosamiento de la pared colónica y su correlación endoscópica en pacientes del Hospital Ángeles del Pedregal. *Endoscopia* 2010; 22 (Suplemento 1): 14-25.