

GUÍAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN GASTROENTEROLOGÍA

Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI)

Tratamiento de la CUCI leve a moderada.

Inducción de remisión y su mantenimiento

Coordinador: Dr. Jorge Pérez-Manauta

Participantes: Dr. Raúl Bernal-Reyes, Dra. Teresita Navarrete-Cruces, Dr. Sergio Sobrino-Cossio, Dr. Luis Charúa-Guindic, Dr. Francisco Pantoja-Gende

PROCTITIS Y PROCTOSIGMOIDITIS

Inducción de la remisión

El objetivo del tratamiento está dirigido a aliviar la inflamación mucosa, la remisión de los síntomas y por lo tanto la mejoría en la calidad de vida. El plan terapéutico será determinado en parte por la preferencia del paciente ya que tanto la terapia oral como la tópica son efectivas.¹

El tratamiento tópico por vía rectal es el más apropiado para la proctitis y proctosigmoiditis ulcerativa activas, ya que los supositorios alcanzan el recto proximal llegando hasta 15-20 cm del ano y los enemas pueden llegar hasta más allá del ángulo esplénico, aunque a veces son difíciles de aplicar.²

Se recomiendan los supositorios de ácido 5-aminosalicílico (5-ASA) como tratamiento de primera línea por su efectividad y pocos efectos secundarios. Los pacientes que usan 5-ASA en espuma refieren que es más fácil de retener y más cómoda que el enema líquido (*Cuadro 1*). Los que no responden o no toleran el tratamiento tópico con 5-ASA, tienen dos opciones: 5-Asa oral o esteroides tópicos.³ **Nivel de evidencia I. Recomendación A.**

Es importante mencionarle al paciente que no debe suspender el tratamiento tópico ya que las preparaciones orales son menos efectivas, lo que puede deberse a estasis colónica, tránsito rápido a través de la zona inflamada, o bien, a falta de disolución de las tabletas. Sin embargo, la combinación 5-ASA oral y rectal obtiene mejores resultados cuando se compara con un solo pro-

CUADRO 1
DOSIS

Medicamento	Dosis	Localización	Tratamiento	Evidencia/ Recomendación
Sulfasalazina oral	2 g/día	Proctitis Proctocolitis Universal	Remisión Mantenimiento	1A
Mesalamina oral	2-4.8 g/día	Misma	Remisión y mantenimiento	1A
Mesalamina oral + enema	1 g/d + 4 g	Misma	Remisión y mantenimiento	1A
Mesalamina supositorio	500 mg/ 2 x día	Distal	Remisión y mantenimiento	1A
Mesalamina enema	2-4 g/día/ 2-3 días	Distal	Remisión y mantenimiento	1A
Hidrocortisona enema	100 mg/día	Distal	Remisión	1A*
Hidrocortisona espuma	Al 10% 2 aplicadores/día	Distal	Remisión	1A*
Budesonida	Oral/2 mg/día enema/2 mg/2 x día	Todas	Remisión	1A*

* No son efectivos para mantenimiento.

CUADRO 2
MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES DE LOS PACIENTES CON CUCI

Responden al Tx. de CUCI	Independiente de CUCI/Tx. Específico	Relacionadas al curso de la enf. o secundarias al Tx.
Artritis	Espondilitis anquilosante	Anemia
Eritema nodoso	Colestasis intrahepática	Eventos trombóticos
Pioderma gangrenoso	Colangitis esclerosante primaria	Osteopatía
Estomatitis aftosa	C.B.P.	Colelitiasis
Uveítis-Iritis	Tiroïditis autoinmune	Amiloidosis o hígado graso

Tratamiento.

ducto. En caso de decidir el uso de esteroides por vía rectal pueden utilizarse solos o junto con 5-ASA y en México los tenemos disponibles en enema y espuma, actualmente también disponemos de budesonida.

Cuando los pacientes son refractarios a 5-ASA y esteroides o cuyos síntomas son particularmente difíciles de controlar el tratamiento de inicio será con esteroides vía oral.^{3,4} **Nivel de evidencia I. Recomendación A.**

Los esteroides sistémicos, inmunomoduladores y biológicos sólo deben de usarse como tratamiento de rescate cuando fallan los medicamentos previamente descritos.^{5,6}

Mantenimiento de la remisión

La administración de 5-ASA rectal es el tratamiento ideal para el manejo de la proctitis y proctosigmoiditis ulcerativas. Los pacientes que responden adecuadamente durante el primer mes de tratamiento, pueden iniciar dosis de reducción a días alternos. Se considera que es razonable suspender el tratamiento de mantenimiento en aquellos con enfermedad distal que han estado en remisión por al menos dos años. **Nivel de evidencia II. Recomendación C.**

La administración de corticoesteroides tópicos para el mantenimiento de la remisión no ha sido evaluada adecuadamente.⁶⁻⁹

Una vez que se han empleado los medicamentos previos sin obtener respuesta adecuada podrá intentarse recurrir a esteroides, inmunomoduladores y biológicos.^{5,6}

COLITIS UNIVERSAL

Inducción de la remisión

La combinación rectal y oral de 5-ASA habitualmente mejora la respuesta inicial, si los pacientes con colitis ulcerativa universal leve y moderada no muestran mejo-

ría a las dos semanas de haber iniciado el tratamiento combinado, deberán agregarse corticoesteroides orales; sin embargo, es importante recalcar que aunque la colitis sea muy extensa el hecho de que sea de intensidad leve a moderada hace recomendable iniciar siempre con 5-ASA.^{8,9} **Nivel de evidencia II. Recomendación C.**

Los esteroides sistémicos, inmunomoduladores y biológicos sólo deben usarse como tratamiento de rescate cuando existe falla a los tratamientos descritos.^{5,6}

Mantenimiento de la remisión

Continuar con los esquemas habituales de 5-ASA vía oral y rectal.⁷⁻⁹

Los esteroides sistémicos, inmunomoduladores y agentes biológicos sólo deben usarse como tratamiento de rescate cuando fallan los tratamientos descritos.^{5,6} **Nivel de evidencia II. Recomendación C.**

MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ¿QUÉ HACER CON ELLAS?

Las manifestaciones extraintestinales aparecen en 25% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Se pueden dividir en tres grupos: 1) aquellas relacionadas con la enfermedad y que por lo tanto responden al tratamiento de la CUCI, 2) enfermedades autoinmunes que se asocian a la enfermedad inflamatoria intestinal y que son independientes de la evolución de la colitis ulcerativa y por lo tanto requieren de un tratamiento específico, todas ellas reflejan una mayor relación con la autoinmunidad y 3) aquellas complicaciones extraintestinales que están en relación con el curso de la enfermedad o son secundarias al tratamiento de la misma¹⁰ (*Cuadro 2*).

ARTRITIS

Periférica (Sinovitis)

Se presenta en 12% de los pacientes con CUCI, tipo I panarticular: menos de cinco articulaciones, ataques agudos autolimitados que coinciden con la exacerbación de la enfermedad intestinal. Tipo II poli articular: más de cinco articulaciones afectadas independientemente de la actividad de la enfermedad inflamatoria intestinal.

Tratamiento: Sintomático a base de reposo, AINE y fisioterapia. Cuando se realiza la proctocolectomía la sintomatología articular puede desaparecer hasta en 75% de los casos.^{11,12}

Axial

La frecuencia es entre 2 y 6% de los pacientes con CUCI, tiene amplio espectro clínico como sacroileítes, espondilitis, sinovitis periférica y dactilitis. El tratamiento inicial es sintomático con fisioterapia y se pueden utilizar también 5-ASA e inmunosupresores.^{11,12}

MANIFESTACIONES PULMONARES

Son múltiples y generalmente no están asociadas a la inflamación activa del colon, por lo tanto la colectomía no es curativa para estas manifestaciones.¹³

MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS

Estomatitis aftosa

Aparece durante períodos de reactivación de la enfermedad, el tratamiento sintomático incluye anestésicos locales, antibióticos y corticosteroides tópicos que ofrecen cierto beneficio.

Pioderma gangrenoso

Lesión cutánea ulcerativa que afecta de 1 a 10% de pacientes con CUCI. Las lesiones pueden tratarse con corticoesteroides intralesionales como la triamcinolina (10-40 mg/1 vez a la semana), se recomienda inyectar los bordes y el centro de la úlcera. Cuando la enfermedad es extensa los corticoesteroides sistémicos son la primera opción (prednisona, dosis inicial de 60 mL/día).¹⁴

Eritema nodoso

Inflamación del tejido adiposo subcutáneo que afecta de 3 a 10% de los pacientes con CUCI. Las lesiones únicas suelen desaparecer en 3 a 6 semanas y el tratamiento generalmente es con reposo físico, AINE o corticosteroides.¹⁴

MANIFESTACIONES OCULARES

La afección ocular aparece en 10% de los pacientes con CUCI y puede coexistir con otras manifestaciones extracolónicas especialmente artritis y eritema nodoso.

Epiescleritis

Existe mejoría de ésta cuando hay una respuesta adecuada de la sintomatología intestinal, para aliviar las molestias se utilizan compresas frías y esteroides tópicos y los AINE con consideraciones especiales para no reactivar o exacerbar la actividad colónica. El infliximab es una opción en casos refractarios.^{15,16}

Escleritis

Puede ser muy grave y requiere tratamiento agresivo con esteroides sistémicos, AINE o inmunosupresores para evitar la pérdida de la visión. Responde al adecuado control de la enfermedad gastrointestinal y en estos casos el pronóstico es bueno.¹⁵

Uveítis

En su tratamiento se utilizan ciclopégicos para el dolor y la fotofobia además de esteroides sistémicos y fármacos inmunosupresores. Ha respondido favorablemente en algunos pacientes sometidos a colectomía.¹⁵

Afección corneal

Nunca se deben utilizar esteroides tópicos, generalmente el tratamiento es con esteroides vía oral o fármacos inmunosupresores.¹⁵

ALTERACIONES HEPÁTICAS

Colestasis intrahepática

Alteración hepática más común de la enfermedad inflamatoria intestinal y es tres veces más frecuente en

Tratamiento de la CUCI leve a moderada. Inducción de remisión y su mantenimiento

CUCI, en donde la pericolangitis es la presentación más común. El tratamiento de la enfermedad intestinal no tiene influencia en el curso de ésta y su tratamiento es a base de colestiramina, ácido ursodesoxicólico (13-15 mg/kg) y antihistamínicos.¹⁰

Colangitis esclerosante primaria

Común en la pancolitis y rara en la colitis segmentaria, el tratamiento se basa en agentes específicos como inmunosupresores, antifibrogénicos y ácido ursodesoxicólico, puede llegar a requerirse trasplante hepático.¹⁰

Nivel II. Recomendación C.

REFERENCIAS

1. Hanauer S. New lessons: classic treatment, expanding options in ulcerative colitis. *Colorectal Dis* 2006; 8 (Suppl): 20-4.
2. Travis S. Review articles: induction therapy for patients with active ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 24: 10-6.
3. Haghghi DB, Lashner BA. Left-sided ulcerative colitis. *Gastroenterol Clin N Am* 2004; 33: 271-84.
4. Feagan B. Medical Management of Ulcerative Colitis in 2006: What's on the Horizon? *Am J Gastroenterol* 2007; 102: S7-S13.
5. Hanauer S. Medical Therapy for Ulcerative Colitis 2004. *Gastroenterol* 2004; 126: 1582-92.
6. Kornbluth A, Sachar D. Practice Guidelines. Ulcerative Colitis Practice Guidelines in Adults (Update): American College of Gastroenterology, Practice Parameters Committee. *Am J Gastroenterol* 2004.
7. Qureshi A, Cohen R. Mesalamine delivery system: do they really make much difference? *Advanced Drug Delivery Reviews* 2005; 57: 281-302.
8. Carter MJ, Lobo AJ, Travis SPL. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adult. *Gut* 2006; 53: 1-16.
9. Hanauer S, Sandborn W, Kornbluth A, Katz S, Safdi M, Woogen S, et al. Delayed- Release Oral Mesalamine at 4.8 g/day (800 mg tablet) for the treatment of Moderately Active Ulcerative Colitis: The ASCEND II Trial. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 2478-85.
10. Danese S, Semeraro S, Papa A, Roberto I, Scaldeferri F, Fedeli G, et al. Extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol* 2005; 11: 7227-36.
11. Meuwissen S, Crusius B, Peña AS, Dekker-Saeys AJ, Dijkmans C. Spondyloarthropathy and Idiopathic Inflammatory Bowel Diseases. *Inflamm Bowel Dis* 1997; 3: 25-37.
12. Holden W, Orchard T, Wordsworth P. Arthritis enteropática. *Rheumatic Dis Clin N Am* 2003; 5: 443-57.
13. Storch I, Sachar D, Katz S. Pulmonary Manifestations of Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis* 2003; 9: 104-15.
14. Lebwohl M, Lebwohl O. Cutaneous Manifestations of Inflammatory Bowel Disease. *Infl Bowel Dis* 1998; 4: 142-8.
15. Mintz R, Feller ER, Bahr RL, Shah SA. Ocular Manifestations of Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis* 2004; 10: 135-9.
16. Barrie A, Plevy S. Treatment of Immune-Mediated Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease with Infliximab. *Gastroenterol Clin N Am* 2006; 35: 883-93.