

GASTROENTEROLOGIA

COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA INESPECÍFICA (Caso Clínico)

Mario Castillo Sánchez*

SUMMARY

Ulcerative colitis (UC) is an inflammatory chronic disease primarily affecting the colonic mucosa, is a disease that causes inflammation and sores, called ulcers, in the lining of the rectum and colon; the extent and severity of colon involvement are variable. it has the following characteristics: affects approximately 7 to 10 cases per 100.000 populations, the age at diagnosis is mainly the second to fourth decade of life, unknown etiology; but some etiologies, such as Genetic, immunologic factors or toxic exposures are mentioned. It can be chronic, debilitating and sometimes can lead to life-threatening complications.

INTRODUCCIÓN

Paciente femenina MAA de 63 años, ama de casa, vecina de Cartago. Antecedentes personales patológicos: DM tipo 2 hace 20 años en tratamiento con Insulina NPH SC 40 U a.m. y 18 U p.m., Metformina 500 mg VO bid. HTA G1 RC hace 25 años en tratamiento con Atenolol 50 mg VO / día. Antecedentes personales no patológicos: Tabaquismo por más de 30 años. Antecedentes heredo familiares: Madre DM2 y Asma Persistente Moderada, Padre Cardiopatía Isquemica. Antecedentes Quirúrgicos: Salpingooforectomía Bilateral hace 20 años, Colecistectomía hace 20 años.

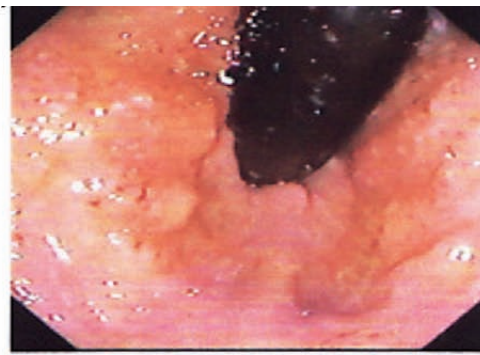
Motivo de consulta: Toma de PAP
Padecimiento Actual: Paciente presenta rectorragia de 2 años de evolución, asociada a moco y pujo, de leve a moderada cantidad, continuo, frecuentemente matutino, tanto a la micción como a la defecación. Niega otra sintomatología o signología. Al examen físico no se encontraron datos importantes. Especuloscopía: normal. Tacto vaginal: útero en AVF, no aumentado de tamaño, anexos libres. Tacto rectal: Esfínter normo tónico, heces escasas en ámpula, no se palpan hemorroides internas, no se palpan masas, Signo del Cajón negativo, sangrado moderado en guante. Paciente es referida para colonoscopia.

* Médico General, Área de Salud Paraíso Cervantes

Colonoscopia:



Proctitis aguda de origen a determinar



No existen hemorroides internas + proctitis aguda

Endoscopia: 1. Mucosa rectal (10 cm), presenta edema y congestión con múltiples úlceras puntiformes, con pérdida de la visualización de la red vascular submucosa (foto 2 y 3), altamente sospechosa de enfermedad inflamatoria intestinal de origen a determinar, se toman biopsias. 2. A los 40 cm del margen anal, existe micro pólipo sesil el cual se extrae totalmente con biopsia, resto de la mucosa sin lesiones evidentes.

Conclusión: 1. sospecha de Enfermedad Inflamatoria Intestinal tipo CUCI (Proctitis).

2. Micro pólipo sesil en Colon descendente.

ResultadodeBiopsia. Descripción Histológica: se aprecian cortes de mucosa colonica con inflamación crónica linfoplasmocitica difusa, asociada a formación de agregados linfoides y de fenómeno de pericriptitis con formación de un absceso críptico. Los hallazgos son compatibles con EIII tipo Colitis Ulcerosa (proctitis) en ausencia clínica de agente etiológico.

Diagnostico: Mucosa Colonica (recto). Biopsia endoscopica.

1. Mucosa con cambios histopatológicos consistentes con Enfermedad Inflamatoria Idiopatica del Intestino, tipo Colitis Ulcerosa.
2. Pólipo post-inflamatorio o pseudo pólipo.

Tratamiento. Prednisona de 5mg, 30 mg VO dia am, Sulfazalazina 500 mg VO bid am / pm, Lansoprazol 15 mg VO bid ayunas. Todo el tratamiento por 4 semanas con reducción gradual hasta la suspensión según la evolución clínica del paciente.

Marco Teórico. Edad y Sexo. Afecta fundamentalmente a adultos jóvenes 20 a 40 años de edad, pero puede presentarse a cualquier edad desde el primer año de vida hasta la novena década. Las mujeres tienden a ser afectadas con mayor frecuencia. La paciente en estudio se encuentra en la sexta década de la vida, donde la incidencia es menor.¹ **Etiología.** La etiología sigue siendo desco-

nocida. Las principales hipótesis han incluido infecciones, alergia a componentes de la dieta, respuestas inmunes a antígenos bacterianos o auto antígenos y la teoría psicosomática.⁸ **Anatomía patológica.** Aspectos microscópicos. Aproximadamente el 20% de los pacientes tendrán una colitis total, del 30% al 40% tendrán una enfermedad que se extiende más allá del sigmoides pero no involucra todo el colon y entre el 40 y el 50% tendrán una enfermedad limitada al recto y al recto sigmoides.³ Es una enfermedad de larga data, puede haber pólipos inflamatorios Aspectos microscópicos. La inflamación esta limitada predominantemente a la mucosa. Los neutrofilos invaden el epitelio, en general en las criptas, lo que da origen a una criptitis y finalmente a abscesos en las criptis. **Síntomas.** Los principales síntomas de la colitis ulcerosa consisten en diarrea, rectorragia, eliminación de moco y el dolor abdominal.

La severidad de los síntomas se correlaciona con la severidad de la enfermedad, esto lo demuestra el caso reportado ya que no hubo una florida sintomatología y al hacer el diagnóstico por endoscopia baja se evidencia una colitis ulcerativa leve.¹¹ **Signos.** Los pacientes con una enfermedad leve incluso moderadamente severa muestran pocos signos físicos anormales. En general están bien nutridos, no están anémicos y no muestran signos de enfermedad crónica. El tacto rectal también suele ser normal, pero la mucosa puede sentirse “aterciopelada” y edematosa, el conducto anal puede estar adolorido y puede haber sangre en el dedo empleado para el tacto.¹¹ **Datos de laboratorio.** Aumento de los reactivos de fase aguda, VES y PCR, aumento del recuento de plaquetas, una caída de los recuentos de hemoglobina y albúmina sérica.⁶ **Diagnóstico.** Muestras de materia fecal, Sigmoidoscopia, Colonoscopia (aspecto macroscópica). Biopsia (aspecto microscópico).

Diagnóstico diferencial. Enfermedad de Crohn, Colitis isquémica, Colitis colagenosa, Colitis microscópica (linfocítica), Colitis infecciosa, Colitis pseudomembranosa.²

Manifestaciones Extraintestinales. Piel: erupciones por hipersensibilidad y fotosensibilidad en respuesta a la sulfazalazina, boca: úlceras aftosas orales 10%, ojos:

episcleritis o uveítis anterior 5 a 8%, articulaciones: artropatía aguda 10 a 15%, sacroileitis 12 a 15%, hígado: colangitis esclerosante primaria 3%. Paciente no presenta manifestaciones extra-intestinales durante su evolución.⁴ **Tratamiento.** Manejo médico, Corticoides (prednisona), Salicilatos (sulfazalazina).

Agentes inmunosupresores (azatioprina, ciclosporina). Manejo quirúrgico. Indicaciones para la cirugía, Episodios agudos severos que no responden al tratamiento médico.⁵

Conclusiones. El 80% de los pacientes con colitis ulcerosa tienen episodios agudos intermitentes, pero la remisión de la enfermedad varía de unas pocas semanas a muchos años. Los pacientes con proctitis (paciente en estudio) o enfermedad limitada al recto, suelen tener un curso benigno pero muchos de ellos desarrollan una enfermedad más extensa con el tiempo.⁷

RESUMEN

La Colitis Ulcerativa Crónica Idiopática (CUCI) es una enfermedad inflamatoria del colon que afecta la mucosa y la submucosa del colon destruyéndolas; su extensión y severidad es variable. Tiene las siguientes características: es de distribución universal afectando de siete a diez personas por cien

mil habitantes, principalmente, de segunda a cuarta décadas de la vida; es de etiología desconocida, mencionándose factores genéticos, inmunológicos y tóxicos degenerativos de la mucosa del colon; es de evolución crónica y puede ser invalidante y mortal.¹⁰

BIBLIOGRAFÍA

1. Balfour R., Sartor, Servicio de Gastroenterología y Hepatología Hospital Provincial Centenario; Influencias Microbiológicas en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Gastroenterología 2008.
2. Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Principios de Medicina Interna, Harrison, 15 Edición, Volumen II
3. bmj.com, on 12/10/2007, Ulcerative Colitis: Diagnosis and Management
4. Cotran, Kumar, Collins, Patología Estructural y Funcional, Robbins, Sexta Edición
5. Mark Feldman-MD, Marvin H-Sleisenger, Bruce F. Scharschmidt; Sleisenger and Fordtran, Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas, Fisiopatología, Diagnóstico y Tratamiento, Sexta Edición.
6. M.P Martínez – Montiel and M.T – Muñoz Yague Revista Española de Enfermedades Digestivas, point of view, Biologic Therapies for Chronic Inflammatory Bowel Disease, Service of Digestive Disease.
7. Villalobos, Olivera, Valdovinos, Gastroenterología, Quinta Edición, 2006
8. www.wikimediaproject, Enciclopedia Libre, Colitis Ulcerosa, Julio 2009
9. www.chronic ulcerative colitis (CUCI) Curative Treatment, Marzo 2009
10. www.healthlibrarysupport@ebsohost.com, Abril 2009
11. www.blogmedico, Noticias de Medicina, Novedades de Medicina.com, 2009