

ARTÍCULO ORIGINAL

COLITIS ULCERATIVA: Análisis de cincuenta pacientes

OLGER RODRÍGUEZ JENKINS*

RESUMEN

Se describen y analizan las características clínicas, métodos de diagnóstico y tratamiento encontrados en cincuenta pacientes con colitis ulcerativa crónica inespecífica tratados en el Hospital México, durante un periodo de 19 años. La forma de presentación clínica leve fue la más frecuente y los síntomas predominantes fueron la diarrea y la rectorragia. En la mayoría de los pacientes se realizaron estudios endoscópicos y radiológicos; sin embargo, la rectosigmoidoscopia fue el procedimiento de mayor información para el diagnóstico de colitis ulcerativa. La manifestación extraintestinal y la complicación intestinal más frecuente, fue respectivamente, el pioderma gangrenoso y el megacolon tóxico.

La mayoría de los enfermos respondieron en forma adecuada al tratamiento médico y las drogas de mayor valor terapéutico fueron la sulfasalazina y los corticosteroides. Sólo un 12% requirió tratamiento quirúrgico y la colectomía subtotal fue el procedimiento realizado en la mayoría de los casos. La mortalidad del grupo estudiado fue de un 4%.

Palabras clave: Colitis ulcerativa

SUMMARY

Fifty patients with ulcerative colitis attending at the Hospital Mexico during 19 year period are reported. Mild type was the more commonly found and the more frequent clinic features were diarrhea and rectal bleeding.

Sigmoidoscopy and barium enema were done in the majority of the patients, however, the sigmoidoscopy was the most important method of choice in ulcerative colitis. The most frequent extraintestinal manifestation and intestinal complication were pyoderma gangrenosum and toxic megacolon respectively. The majority of patients with ulcerative colitis can be managed satisfactorily by medical means. Many drugs have been used, but only two types have shown to shorten an attack: sulfasalazine and corticosteroids. Only 12% were operated and subtotal colectomy was performed in the majority of these patients. Mortality rate was 4%.

Key Works: Ulcerative colitis

* Servicio de Gastroenterología. Hospital México

INTRODUCCIÓN

La colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) se define como una enfermedad de causa desconocida, de evolución crónica y recurrente; que afecta el tracto intestinal, cuyo rasgo más característico es un ataque inflamatorio e inespecífico del rectosigmoides; produciendo en el enfermo deposiciones diarreicas mucosanguinolentas. Con los años, esta entidad ha significado un reto permanente a la capacidad de comprender sus mecanismos fisiopatológicos, por lo que su manejo es complejo y a la vez empírico.

Desde el punto de vista endoscópico, la CUCI se caracteriza por una mucosa con múltiples ulceraciones, separadas entre sí por mucosa inflamada, eritematosa y friable, que afecta fundamentalmente al recto y no al ano, contrariamente a lo que se observa en la enfermedad de Crohn, en la que suelen existir una o varias fistulas anales o perianales. En muchos casos la imagen endoscópica no es suficientemente clara para hacer el diagnóstico diferencial entre los diferentes tipos de enfermedad inflamatoria intestinal, en cuyo caso la histología puede aportar criterios para la diferenciación diagnóstica.

Los primeros casos de CUCI en Costa Rica fueron publicados en 1961 (1); en ese momento la prevalencia de la enfermedad fue de 1.68 por 100.000 habitantes (2). Desde entonces no hay estudios que den una idea clara de las características clínicas y epidemiológicas de la enfermedad en nuestro medio.

La necesidad de conocer la magnitud del problema y la ausencia de investigación reciente relacionadas con esta patología, nos indujeron a la realización de este estudio.

El objetivo del presente trabajo es describir las características epidemiológicas, las manifestaciones clínicas, los métodos de diagnóstico utilizados y las formas de manejo que se han practicado en una serie de cincuenta pacientes diagnosticados con CUCI, desde que se fundó el Hospital México en 1969, hasta 1988.

METODOLOGÍA

Se hizo un análisis retrospectivo de los expedientes de cincuenta pacientes atendidos en el Hospital México con el diagnóstico de CUCI entre setiembre de 1969 y febrero de 1988. El diagnóstico se hizo con base en la historia clínica, hallazgos endoscópicos, histológicos y radiológicos; evaluado este último por radiografía simple de abdomen y colon por enema. Los estudios endoscópicos que se utilizaron fueron la rectosigmoidoscopia y la colonoscopia.

Se determinaron los siguientes parámetros en cada expediente: edad, sexo, raza, procedencia, forma de presentación, características clínicas, hallazgos endoscópicos, radiológicos e histológicos, manifestaciones extraintestinales, complicaciones médicas y quirúrgicas, alteraciones de laboratorio y mortalidad.

La valoración de la gravedad de la colitis ulcerativa fue clasificada de acuerdo a los criterios de Truelove y Witts (3), en:

Enfermedad leve: paciente con menos de cuatro deposiciones diarreicas al día, con estrías sanguinolentas, o pequeñas cantidades de sangre presente en las heces y sin compromiso de su estado general.

Enfermedad moderada: pacientes con cuatro o cinco deposiciones sanguinolentas por día y con

cambios inflamatorios severos en endoscopías pero sin mayor compromiso del estado general.

Enfermedad severa: seis o más deposiciones sanguinolentas al día, con moco, fiebre, anemia, taquicardia, leucocitosis de más de 11.000 mm³ con desviación izquierda, deshidratación, hipoalbuminemia y con una mucosa rectal muy inflamada y ulcerada en la endoscopia.

Las formas de tratamiento utilizados en los pacientes fueron clasificadas en dos grandes grupos; médico y quirúrgico. El tratamiento médico a la vez se subdividió en tratamiento con sulfasalazina, sulfalazina y esteroides, esteroides más inmunosupresores o únicamente esteroides.

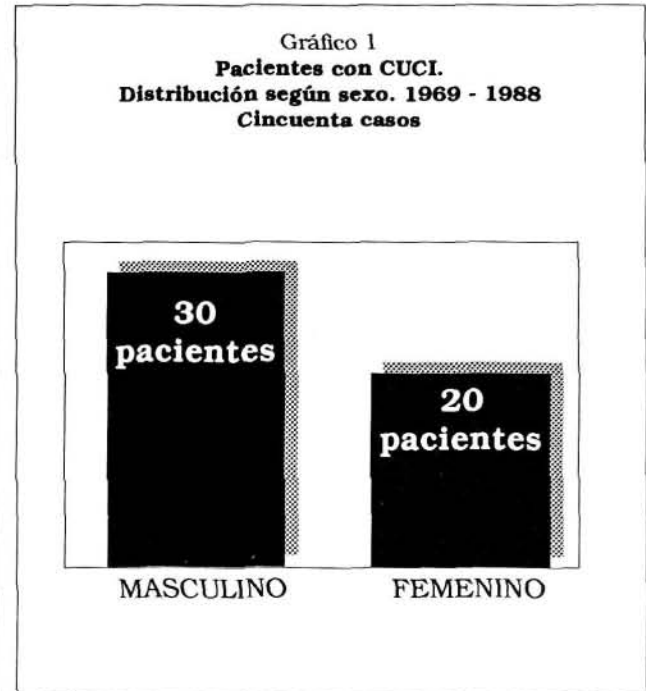
RESULTADOS

Del estudio de cincuenta pacientes con CUCI, se han obtenido los siguientes resultados: cuarenta de los cincuenta pacientes fueron hospitalizados en alguna ocasión para el manejo de una exacerbación aguda de su enfermedad, de ellos trece presentaron una crisis leve, veinte una crisis moderada y siete una crisis severa. Los diez pacientes que no fueron hospitalizados se interpretaron como crisis leve y sólo siguieron control en la consulta externa.

Desde el punto de vista epidemiológico, se notó un predominio del sexo masculino (60%). Todos los pacientes fueron de raza blanca y se encontró representación de todas las provincias: diecisiete de San José, trece de Heredia, ocho de Alajuela, cuatro de Puntarenas, cuatro de Guanacaste, tres de Cartago y uno de Limón. En lo que se refiere a la prevalencia de la enfermedad por grupos etarios, se obtuvo que el 74% de los pacientes estuvo en edades comprendidas entre

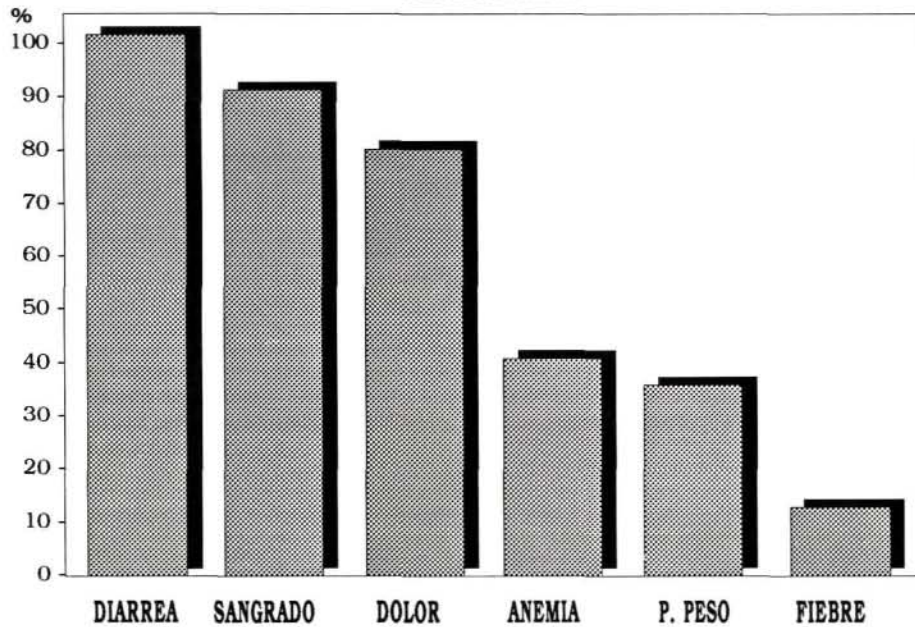
los 20 y 50 años, con un rango de edad de 13 a 82 años.

En cuanto a la sintomatología, la diarrea fue el síntoma más común. El sangrado rectal se encontró en un 90% y anemia en el 40%. El 80% de los pacientes presentaron dolor abdominal y 36% pérdida de peso. Sólo el 14% curso con fiebre (gráfico 1).



En cuanto a los estudios practicados, (gráfico 2) los más usados fueron los endoscópicos: el 100% de los pacientes tuvo en su evolución al menos una sigmoidoscopia y sólo en el 8% se realizó colonoscopia. Los hallazgos endoscópicos más frecuentes fueron: congestión y edema de la mucosa rectal, friabilidad, granulación, ulceración y pseudopólipos. El segundo tipo de análisis que se utilizó fue la biopsia rectal. Esta se hizo en 45 pacientes y se reportaron en cada caso uno o más de los siguientes hallazgos en orden de frecuencia: incremento de infiltrado inflamatorio agudo y

Gráfico 2
Síntomas más comunes en pacientes con CUCI
Distribución según sexo. 1969 - 1988
cincuenta casos



crónico, ulceración de mucosa y submucosa, abscesos y microabscesos, congestión vascular y pseudopólipos.

Se utilizaron estudios radiológicos en cuarenta enfermos: en dieciséis, el estudio fue normal y en treinta y cuatro, se encontraron alteraciones radiológicas compatibles con colitis ulcerativa. Únicamente dos presentaron megacolon tóxico.

La lesión de colon fue localizada en el rectosigmoidees en forma preponderante (100%) y únicamente en el 6% se demostró extensión de la enfermedad a otras partes del colon (colon ascendente, transversal y colon descendente).

Las alteraciones del laboratorio más importantes fueron: leucocitosis con desviación izquierda en diecisiete pacientes, anemia en veinte, (nueve con valores entre 10 y 12 g %, nueve con valores entre 8 y 10 g % y dos con 6 y 8 g %). En treinta

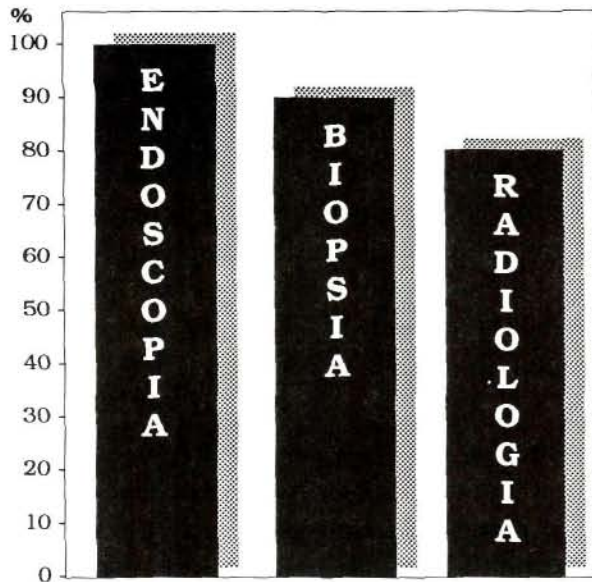
y cuatro pacientes se practicaron exámenes de heces, y en treinta y dos, se reportó la presencia de leucocitos y eritrocitos. La no recolección de coprocultivos en la gran mayoría no permite brindar resultados al respecto.

Cinco pacientes presentaron manifestaciones extraintestinales de la enfermedad: tres con pioderma gangrenoso y dos con manifestaciones articulares: uno con artritis periférica y otro con sacroileitis.

Dos casos presentaron megacolon tóxico y uno presentó una perforación intestinal a nivel de sigmoidees y colon transversal. Dos pacientes presentaron una hepatitis aguda y solo uno presentó carcinoma de colon.

En cuanto a la modalidad de tratamiento, cuarenta y cuatro enfermos recibieron tratamiento médico con buena respuesta y sólo seis recibieron trata-

Gráfico 3
Estudios realizados en pacientes con CUCI
1969 - 1988
cincuenta casos.



miento quirúrgico en algún momento de su enfermedad. La sulfasalazina fue la droga que se usó en forma más frecuente (96%); aunque sólo en el 20% fue la única droga usada. En el 58% se utilizó una combinación de esteroides con sulfasalazina. En el 36% se usó sulfasalazina y azatioprina. El 4% de los enfermos se trató con esteroides sin otra combinación.

De los seis pacientes que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico, tres fueron en forma electiva debido a un curso crónico intermitente de la enfermedad y falta de respuesta al tratamiento médico. En los otros tres, la cirugía fue de urgencia: en dos de ellos por megacolon tóxico y un caso por una crisis severa, que no respondió al tratamiento médico.

Dos pacientes fallecieron: uno por carcinoma de colon y el otro por megacolon tóxico con perforación intestinal.

DISCUSION

Desde el punto de vista epidemiológico, el comportamiento de la enfermedad no difiere del reportado en la literatura. El mayor porcentaje de casos con sexo masculino no tiene ninguna implicación estadística más que la descriptiva, ya que los diferentes estudios no señalan diferencias en este aspecto (1, 4, 5).

En esta casuística, las manifestaciones clínicas muestran un patrón semejante al de los diferentes estudios revisados (6, 7, 8). La forma de presentación leve fue la más frecuente, como es usual en la mayoría de los reportes y las mayores complicaciones ocurrieron en la forma de presentación severa.

Los métodos de diagnóstico utilizados con mayor frecuencia además de la clínica, fue la sigmoidoscopia (100%), biopsia de mucosa rectal (90%) y los estudios radiológicos (80%); sin embargo, fue la endoscopia el estudio que más información proporcionó en estos casos. La colonoscopia fue de valor en pacientes con colitis ulcerativa de larga evolución y no es un procedimiento que se debe considerar como estudio inicial. Aunque sólo a cinco pacientes no se les tomó biopsia, es importante señalar que la misma siempre se debe realizar, ya que ésta más que específica de colitis ulcerativa, permitirá excluir otras enfermedades y encontrar lesiones no vistas endoscópicamente. (5)

La ausencia de estudios coproparasitarios hechos en forma adecuada limitó la búsqueda de otras causas de colitis crónica. Actualmente una proctitis no significa necesariamente una CUCI. Existen otras causas que pueden simular una CUCI y el descubrimiento de estas causas o agentes específicos a través de coprocultivos, permitirá excluir el diagnóstico de esta enfermedad y dar un tratamiento específico. (5)

La localización de las lesiones mostró que el rectosigmoides es el sitio de ataque más común en la CUCI, y así se demuestra en países en donde la incidencia de la enfermedad es mayor. (6)

La presentación extraintestinal de la CUCI, en esta revisión mostró algunos datos interesantes, ya que el pioderma gangrenoso y la hepatitis se han reportado en la enfermedad, pero con frecuencia menor. La asociación de CUCI y pioderma gangrenoso fue descrita en 1930 (9) y su observación es poco frecuente (10, 11), presentándose en nuestro estudio en un 6%.

La artritis periférica, sacroileítis y la espondiloartritis anquilosante son las manifestaciones articulares más frecuentes asociadas con CUCI (12). Las manifestaciones articulares son vistas en la literatura con más frecuencia que las anteriores (12) y en el presente estudio no ha sido éste el comportamiento, ello tal vez por la falta de sistematización de su búsqueda. Fueron estudiados los pacientes con hepatitis y se descartó compromiso viral o medicamentoso. La asociación de CUCI y hepatopatía crónica se ha hecho con base en un posible rol de los mecanismos inmunológicos que participan en la enfermedad. (5)

El megacolon tóxico se asoció a CUCI desde 1955 (13, 14) y la baja cantidad de casos no nos permite hacer comparaciones con los porcentajes de presentación citados por la literatura. La misma situación debemos establecerla con el carcinoma de colon, pues solo se observó un caso. Esta complicación se ha reportado en porcentajes que van del 1 al 30% (15, 16) y es conocido que el riesgo aumenta en relación al tiempo de evolución y extensión de la enfermedad. (17) Los hallazgos obtenidos a nivel de complicaciones y mortalidad podrían estar dentro del rango reportado en la literatura y con las limitaciones de este estudio, la casuística sugiere que ambos aspectos son poco frecuentes en nuestro medio.

En lo que se refiere a la modalidad del tratamiento, el médico es utilizado como la primera elección. Es importante mencionar que recientemente se están utilizando nuevas drogas en esta enfermedad cuyos resultados aún no permiten su introducción y aceptación definitiva, como es el caso de la ciclosporina. (18) Como era de esperarse, la sulfasalazina y los esteroides son las que más se han utilizado para el manejo médico de la enfermedad, quedando en un tercer plano las drogas inmunosupresoras como la azatioprina. (19 - 24). La efectividad de estas formas de manejo en el control podría ser motivo de otro estudio posterior.

Tal como lo reportan los estudios revisados (25, 26), el tratamiento quirúrgico tiene un lugar claro en el manejo de algunas complicaciones y de casos que no responden al manejo médico. Este ha sido el criterio que se ha utilizado en este Hospital desde su apertura.

CONCLUSIÓN

La gran mayoría de los pacientes estudiados corresponden a la zona de atracción del Hospital México y de acuerdo con la prevalencia de colitis ulcerativa en Costa Rica reportada hace tres décadas, es probable que la incidencia de la enfermedad haya aumentado gradualmente con los años; sin embargo, este análisis demuestra la necesidad de un estudio multicéntrico para establecer la verdadera incidencia y obtener una imagen más profunda de lo que es la colitis ulcerativa en nuestro medio.

BIBLIOGRAFIA

1. Miranda, M, Salas J. Colitis ulcerosa inespecífica en nuestro ambiente. *Acta Médica Costostarricense*, 4:105-119, 1961.
2. Miranda, M, Salas J, Umaña RA, Jiménez GJ, Acosta A. Nonespecific ulcerative colitis in Costa Rica. *Gastroenterology*, 56:310-316, 1969.
3. Truelove SC, Witts LI: Cortisone in ulcerative colitis. *Br Med J* 2:1041-1048, 1955.
4. Mayberry JF: Some aspects of the epidemiology of ulcerative colitis. *Gut*, 1985; 26:968-974.
5. Varios autores Symposium on Inflammatory Bowel Disease. *Med Clin Of NA*, 64, 6:1021-1231. 1980;
6. Stonnington CM, Phillips SF, Melton LJ: Chronic ulcerative colitis: incidence and prevalence in a community. *GUT*, 28:402-408, 1987.
7. Rad SSC, Read NW, Holdsworth CD: Is the diarrhea in ulcerative colitis related to impaired colonic salvage of carbohydrate. *GUT*, 28:1090-1094. 1987.
8. Thompson WG: Gastrointestinal symptoms in the irritable bowel with peptic ulcer and inflammatory bowel disease *GUT*, 25:1089-1092, 1984.
9. Read AE: Pyoderma gangrenosum, *Q J Med*, 55:99-101, 1985.
10. Powell FC, Schoreter AL, Su Upd, Perry HO: Pyoderma gangrenosum. A review of 86 patients. *Q J Med* 55: 173-186, 1985.
11. Heath JM: Pyoderma gangrenosum in an elderly woman. *Postgrad Med*, 82:75-78, 1987.
12. Jacobelli S, Sepúlveda C, Quintana C, Zúñiga A: Manifestaciones articulares de la colitis ulcerosa: experiencia con 88 pacientes. *Rev Med Chile*, 112: 797-801, 1984.
13. Greenstein AJ, Aufses AH: Diferences in pathogenesis, incidence and outcome of perforation in inflammatory bowel disease. *Surg Gynecol Obstet*, 160:63-69, 1985.
14. Biggs BA, Crowe SM, Lucas CR, Ralston M, Thompson IL: AIDS related colitis and complicated by toxic megacolon. *Gut*, 28:1302-1306, 1987.
15. Hope-Ross M, Magge DJ, Donoghue DP, Murphy JJ: Ulcerative colitis complicated by lymphoma and adenocarcinoma. *Br J Surg*, 72:22, 1985.
16. Lennard-Jones JE, Ritchie JK, Morson BC: Cancer surveillance in ulcerative colitis. *Lancet*, Julio 16:149-152, 1983.
17. Rosentock E, Farmer RG, Petras R, Sivak MV: Surveillance for colonic carcinoma in ulcerative colitis. *Gastroenterology*, 89:1342-1346. 1985.
18. Hawthorne AB, Hawkey CJ: Inmunosupresive drugs in inflammatory bowel disease. *Drugs*, 38 (2) 267-288. 1989.
19. Pepercorn M: Advances in drug therapy for inflammatory bowel disease. *Ann Int Med*, 112:50-60, 1990.
20. Leading Articles: Treatment of Ulcerative Colitis. *Br Med J*, 282:1255-1256. 1981.
21. Riley RA, Lecarpentier J, Mani V, Goodman J: Suphalsazine induced seminal abnormalities in ulcerative colitis: results of mesalazine substitution. *Gut*, 28, 1008-1012, 1987.
22. Jarnerot G, Rolny P, Sandberg-Gertzen H: Intensive intravenous treatment of ulcerative colitis. *Gastroenterology*, 89:1005-1013, 1984.
23. Meyers S, Janowitz HD: Systemic corticosteroid therapy of ulcerative colitis. *Gastroenterology*, 89:1189-1199, 1985.
24. Trulove SC, Jewel DP: Intensive intravenous regimen for severe of ulcerative colitis. *Lancet*, 1:1067-1070, 1974.
25. Oakley JR; Jagelman DC, Fazio VW, Lavery IC: Complications and quality of life after ileorectal anastomosis for ulcerative colitis. *Am J Surg*, 149:23-30, 1985.
26. Zúñiga AD, Rahmer AD, Llanos LO: Colitis ulcerosa, indicaciones y resultados del tratamiento quirúrgico. *Rev Med Chile*, 115:1155-1160, 1987.