

PRESENTACION DE CASO

Colitis Ulcerativa. Presentación de un caso clínico

Ulcerative Colitis. Clinic case report

Nereyda Oliva Núñez^I, Ariadna Calzado Benítez^{II}, Rolando Vergara Águila^{III}, Armanda S. Fernández García^{IV}, Tania M. Alcorta Rodríguez^V, Daniel Guerrero Rivera^{VI}.

I Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente. Dirección de Servicios Médicos. La Habana, Cuba.

II Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Epidemiología. Dirección de Servicios Médicos. La Habana, Cuba.

III Especialista de II Grado en Medicina Interna. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular. Investigador Auxiliar. Dirección de Servicios Médicos. La Habana, Cuba.

IV Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Urgencias Médicas. Dirección de Servicios Médicos. La Habana, Cuba.

V Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Medicina Física y Rehabilitación. Master en Medicina Bioenergética y Natural. Dirección de Servicios Médicos. La Habana, Cuba.

VI Especialista de I Grado en Medicina General Integral e Imagenología. Dirección de Servicios Médicos. La Habana, Cuba.

RESUMEN

La colitis ulcerativa es una enfermedad crónica, inflamatoria, ulcerosa y recidivante del tracto gastrointestinal, que evoluciona por recaídas; se origina en la mucosa y submucosa del colon, dañando el revestimiento interno del tejido intestinal y se caracteriza por la presencia de una diarrea, que puede ser profusa y sanguinolenta. En el presente trabajo se reporta un caso de un paciente joven, masculino, de 30 años de

edad, color de piel mestiza, con antecedentes de salud anterior, que acude a consulta refiriendo que hace aproximadamente cuatro a cinco meses, presenta deposiciones líquidas y semi-pastosas, en ocasiones con presencia de sangre y flemas, acompañado en ocasiones de febrículas y fiebre de 39°C, dolor abdominal, anorexia, astenia y pérdida de peso. Se tuvo en cuenta estudios de Hematología, Imagenología y Endoscopia. El diagnóstico se confirmó por Anatomía Patológica de Colitis Ulcerativa. La terapéutica aplicada fue con el uso de mesalazina, con una evolución satisfactoria de los síntomas presentados por el paciente.

Palabras clave: Colitis ulcerativa, tracto gastrointestinal.

ABSTRACT

The ulcerative colitis is a chronic illness, inflammatory, ulcerous and palindromic of the gastrointestinal tract that it evolves for relapses; it originates in the mucosa and submucosa coli damaging the internal coating of the intestinal fabric and it characterizes the presence of a diarrhea that can be profuse and bloody. In the present work reports himself a patient young man's case, masculine, of 30 years old, color of hybrid skin, with background of previous health that attends consultation referring that she makes approximately four to five months shows liquid and semi-doughy faeces, at times with presence of blood and phlegms, accompanied in occasions of low-grade fevers and fever of 39°C, abdominal pain, anorexia, asthenia and weight loss. It had in account education of Hematology, Imagenology and Endoscopy. The diagnosis confirmed itself for morbid anatomy of Ulcerative Colitis. The applied therapeutics went with the use of mesalazina with a satisfactory evolution of the symptoms presented by the patient.

Keywords: Ulcerative colitis, gastrointestinal tract.

INTRODUCCIÓN

La colitis ulcerativa (CU) es una enfermedad crónica, inflamatoria, ulcerosa y recidivante del tracto gastrointestinal (GI), que evoluciona por recaídas; se origina en la mucosa y submucosa del colon dañando el revestimiento interno del tejido intestinal y se caracteriza por la presencia de una diarrea, que puede ser profusa y sanguinolenta^{1,2}.

La CU se ha reportado en todo el mundo. Prevalece mucho más en Estados Unidos con 1,4 millones de casos y 2,2 millones en Europa, en especial en Gran Bretaña, aunque también es común en América Central y del Sur. Israel tiene la frecuencia más alta de todos los países del Oriente Medio. En Australia y Nueva Zelanda, la frecuencia es similar a la del norte de Europa. Mundialmente presenta una incidencia anual de 1,2 a 20,3 casos por 100 000 habitantes y una prevalencia irregular reportada en diversas investigaciones, que oscila entre 7,6 y 246,0 casos por 100 000 habitantes^{2,3}.

En Cuba, en los últimos 10 años, hay informes con relación a este aspecto donde se plantea una incidencia de siete a 10 casos por 100 000 habitantes por año y una prevalencia de 50-80 casos por 100 000 habitantes por año².

La CU tiene un patrón bimodal, pues puede presentarse a cualquier edad, incluso en la infancia, aunque es típica la existencia de dos picos de incidencia: el primero entre los 20 y los 40 años y el segundo entre los 60 y 70 años. La tasa disminuye con la edad y es bastante estable entre la tercera y séptima décadas de la vida. La incidencia por sexo está equilibrada, no existiendo, por tanto, especificidad de géneros²⁻⁴.

La causa específica de la Colitis Ulcerosa es desconocida, sin embargo se plantea que intervienen tanto factores genéticos (han sido identificados más de 200 genes relacionados) como ambientales, provocando una alteración de las bacterias intestinales y aumento de la permeabilidad intestinal, que desregulan la inmunidad intestinal, causando una respuesta inmunológica exagerada, que provoca lesión gastrointestinal, sin la identificación de ningún antígeno desencadenante. La evidencia de una etiología microbiana específica para la colitis ulcerosa, es incluso menos convincente y la tendencia familiar es menos pronunciada⁵.

Los síntomas de la Colitis Ulcerosa pueden variar, según la gravedad de la inflamación y de las zonas afectadas. En este sentido, los pacientes con proctitis (que tienen afectada principalmente la zona del recto) pueden presentar de manera predominante urgencia y tenesmo. Mientras que en la pancolitis (cuando todo el colon está afectado), la diarrea sangrante y el dolor abdominal son los síntomas que predominan. Por lo general, un episodio comienza insidiosamente, con aumento de urgencia para defecar, espasmos leves de la parte inferior del abdomen y sangre y moco en las heces. No obstante, un episodio puede ser agudo y fulminante, con diarrea violenta súbita, fiebre alta, signos de peritonitis y toxemia profunda. Sin embargo, hasta un 10 % de los

pacientes con proctitis o inflamación del asa izquierda del colon, pueden padecer estreñimiento^{5,6}.

En los casos más graves pueden tener lugar episodios de fiebre y pérdida de peso. Las manifestaciones extra intestinales, también podrían ser a nivel del musculo esquelético, cutáneo, ocular y hepatobiliares^{6,7}.

El diagnóstico de la Colitis Ulcerosa, se basa en la combinación de los síntomas que manifiesta el paciente, hallazgos a través de pruebas diagnósticas como la endoscopia, análisis de tejidos por biopsia para observar posibles cambios en la pared intestinal y el diagnóstico diferencial, que descarte otras patologías que puedan causar un cuadro clínico similar⁸.

Los pacientes con la enfermedad pueden presentar anemia y la hipoalbuminemia puede ser observada en los casos más graves. La tasa eritrocitaria de sedimentación (ESR por sus siglas en inglés) y la Proteína C reactiva, marcador de inflamación, pueden aparecer elevados⁹.

DESARROLLO

Presentación del Caso

Paciente masculino, de 30 años de edad, color de piel mestiza, con antecedentes de salud anterior; acude a consulta refiriendo que hace cuatro meses presenta deposiciones líquidas y semi-pastosas, en ocasiones con presencia de sangre y flemas, acompañado en ocasiones de febrículas y fiebre de 39°C, dolor abdominal, astenia, anorexia y pérdida de peso.

Al examen físico se constatan los siguientes datos de valor:

Peso: 60KG,

Talla: 161cm

Piel: no presenta lesión

Mucosas: Húmedas e hipocoloreadas

Examen regional: cabeza, cuello, tronco, abdomen y extremidades sin alteraciones.

Aparato Respiratorio: Expansibilidad torácica normal. Murmullo vesicular presente, no estertores, Fr.:16x'.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos de buen tono, no soplos. TA: 110/70mmHg. FC: 68'.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. No viceromegalia.

TCS: no edemas

S. Nervioso: no signos de focalización neurológica

SOMA: sin alteraciones

Complementarios

Hb: 10g/L, Leucograma: $6,16 \times 10^9$, Eritrosedimentación: 67mm/h, Glicemia: 4,7mmol/L

Creatinina: 77mmol/L, Heces Fecales: examen directo-hematíes, leucocitos y moco,

Ultrasonido abdominal: vesícula biliar de paredes ligeramente engrosadas, presencia de imágenes no refringentes e inmóviles que no impresionan litiasis, ni pólipos.

Colonoscopia con diagnóstico anatómico-patológico de Colitis Ulcerativa. No se observan signos de malignidad en la muestra.

Pan–Rectocolitis Ulcerosa con zonas de atrofia de la mucosa cólica (forma activa)

DISCUSIÓN

En la CU los síntomas están determinados por la extensión y gravedad de las lesiones. El síntoma característico es la deposición muco-sanguinolenta, aunque generalmente no son líquidas ni abundantes, ya que se deben a inflamación rectal (diarrea exudativa) asociada con el dolor cólico abdominal, urgencia en la defecación, tenesmo, distensión y meteorismo^{3,4}.

Para el diagnóstico de CU no existe un criterio único patognomónico, lo que requiere una serie de criterios clínicos, estudios endoscópicos e histológicos, que permiten excluir otras causas y confirmar el diagnóstico². Tanto en la Colitis Ulcerativa como en la Enfermedad de Crohn (EC) se pueden encontrar síntomas digestivos y manifestaciones o complicaciones extra intestinales, que son comunes, sobre todo cuando la EC se limita al colón. Durante las recurrencias de la enfermedad, la severidad de los síntomas varía, de leve a severa y durante las remisiones, muchos de estos síntomas pueden disminuir o desaparecer^{5,6}.

La historia clínica y el examen de las heces, permiten un diagnóstico de presunción, que debe confirmarse siempre mediante la colonoscopia, la cual proporciona una indicación directa e inmediata de la actividad de la enfermedad². En los inicios la

mucosa es finamente granulosa y friable, con pérdida del patrón vascular normal y a menudo con áreas hemorrágicas dispersas. La mucosa se degrada pronto, a una superficie roja y esponjosa, punteada con muchas úlceras diminutas que rezuman sangre y pus. Al aumentar progresivamente la afectación de la mucosa, la inflamación y la hemorragia se extienden hacia el músculo intestinal³.

La enfermedad grave se caracteriza por grandes úlceras de la mucosa, con un copioso exudado purulento. Las islas de mucosa normal o relativamente inflamatoria hiperplasia (seudopólipos), se proyectan por encima de las áreas de mucosa ulcerada. Las biopsias pueden ser inespecíficas y a veces no pueden descartar una colitis infecciosa aguda (auto limitada); sin embargo, los rasgos que indican cronicidad (distorsión de la arquitectura de las criptas, atrofia de éstas, un infiltrado inflamatorio crónico) apoyan el diagnóstico de colitis ulcerosa^{3,4,5}.

La colonoscopia con biopsia es obligatoria, para valorar la naturaleza de una estenosis y la biopsia puede ayudar también a distinguir una colitis ulcerosa de una enfermedad de Crohn, si la inflamación está muy localizada o si se observa un granuloma. Generalmente la colitis ulcerosa es crónica, con exacerbaciones y remisiones repetidas⁵. Los medicamentos más utilizados son los antiinflamatorios derivados del ácido 5-aminosalicílico (5-ASA): sulfasalazina y mesalazina. También está el uso terapéutico de esteroides e inmunosupresores, que ayudan a controlar la inflamación pero debe de utilizarse en periodos cortos por sus efectos adversos¹⁰.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el caso que se presenta, se diagnosticó por estudio anatómo-patológico, una Colitis Ulcerativa y se aplicó tratamiento con mesalazina con respuesta positiva. Se tuvo en cuenta como diagnóstico presuntivo la Colitis Ulcerativa. El diagnóstico por anatomía patológica fue corroborado a colitis ulcerativa idiopática activa severa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Chao Gonzales L. Colitis ulcerosa. Enfermedad inflamatoria crónica del intestino. En: Paniagua Esteves ME, Piñol Jiménez FN. Gastroenterología y hepatología clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015. pp.1364-1408. Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/libros/gastroenterologia_hepatologia_tomo4/gastroenterologia_tomo4_completo.pdf

2-Fernández Maqueira G., Crespo Ramírez E., et al. Colitis Ulcerativa: una mirada al mundo Rev Ciencias Médicas vol.22 No.3 Pinar del Río mayo.-jun. 2018[citado 17 febrero 2019]. Disponible <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.

3-Gutiérrez García Alejandro. Colitis Ulcerativa Idiopática. Revista Cubana Cirugía, V.46 N.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2007, (citado el 24 de febrero 2019). Disponible <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.

4-Shirazi KM, Somi MH, Bafandeh Y, Saremi F, Mylanchy N. Epidemiological and Clinical Characteristics of Inflammatory Bowel Disease in Patients from Northwestern Iran. Middle East Journal of Digestive Diseases [Internet] 2013 April [citado 23 Oct 2017]; 5 (2) Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3990142/>

5-XiquesTorreblanca Alina Colitis Ulcerativa Idiopática, vol. 40, núm. 1 (2015)[citado 24 febrero 2019] Disponible en <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/115/197>

6-Hano García Olga M., et al. Caracterización de pacientes con colitis ulcerosa atendidos en centro de nivel terciario. Revista Cubana de Medicina. 2016; 55(1): 46-58 [citado 17 febrero 2019] 143: 834-40. Disponible <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.

7-García Betanzos R. Enfermedad inflamatoria intestinal. Guías Clínicas. 2007 [citado Ene 2013];7(27):24-40. Disponible en: <http://www.fistera.com/salud/index.asp>

8-Colina F, Ibarrola C, Salamanca J, López Alonso G, Rodríguez Gil Y. Guía para la interpretación de biopsias endoscópicas con sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal idiopática. RevEsp Patol [Internet]. 2014 [citado 17 feb 2019]; 47(3):161-77. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-española-patologia-297-articulo-guia-interpretacion-biopsias-endoscopicas>

9-Lewis JD, Abreu Mt. Diet as a trigger or therapy for inflammatory bowel diseases. Gastroenterology. 2017; 152: 398-414.e610- Baños FJ, Grillo CF, Galiano de Sánchez MT, García Duperly R, Bonilla DA, Guerrero DM. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la colitis ulcerativa en población adulta. Rev Col Gastroenterol [Internet]. 2015 [citado 24 feb. 2019]; 30 (1): 75–88. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012099572015000500009&lng=es&nrm=is.&tlng=es

Nereyda Oliva Núñez. Dirección de Servicios Médicos. Ave. 5ta y calle 222. Playa. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: noliva@infomed.sld.cu