

Colitis ulcerativa extensa severa presentación caso

Severe extensive ulcerative colitis. Case presentation

MSc. Dr. Pedro Del Valle Llufrío^{1*}

Dra. Sarahy Cora Estopiñan¹

Dra. Leyvi Prieto Fagundo¹

Dra. Anyela González Báez¹

Dr. Silvio Padrón Fernández¹

Lic. Osniel González Herrera¹

¹ Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Provincial Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas, Cuba.

* Autor para la correspondencia: pedrodv.mtz@infomed.sld.cu

RESUMEN

La colitis ulcerativa es una enfermedad crónica recidivante del tracto gastrointestinal, que evoluciona por recaídas formando parte de las enfermedades inflamatorias intestinales (EII). Afecta la mucosa y submucosa del colon, caracterizada por un proceso ulcerativo y supurado de la mucosa. La diarrea crónica con sangre es el síntoma más importante. En su curso alternan periodos de remisión y de crisis. No existe un criterio patognomónico para su definición, su diagnóstico se basa en una serie de criterios clínicos, endoscópicos e histológicos. Esta entidad infrecuente en su forma extensa severa. Aparece en un paciente, que llega a la institución de salud refiriendo que hace aproximadamente dos años, presenta cuadros de diarreas intermitentes con sangre, tratadas en el área de salud. Se le realizó Rx y colonoscopia

constatando presencia de eritema, granularidad mucosa, friabilidad, pérdida de la vascularización submucosa, erosiones y ulceraciones extensas, profundas, signos de edema, pseudopólipos, pérdida de haustras, rigidez, sangrado, tractos fibrosos y presencia de exudado luminal. Se diagnosticó colitis extensa ulcerativa severa y se orientó tratamiento médico endovenoso y se continuó por vía oral, obteniendo la remisión del cuadro clínico desde el punto de vista clínico y endoscópico.

Palabras clave: colitis ulcerativa; enfermedad crónica; colon

ABSTRACT

Ulcerative colitis is a chronic recidivist disease of the gastrointestinal tract, evolving by relapses and is one of the intestinal inflammatory diseases. It affects the colon mucosa and sub-mucosa, characterized for an ulcerative process and mucosa exudation. Chronic diarrhea with blood is the most important symptom. Periods of crisis and remission alternated in its course; there is not a pathognomonic criteria for its definition and its diagnosis is based in a series of clinical, endoscopic and histological criteria. This entity, infrequent in extensive severe form, appears in a patient arriving to the hospital referring having intermittent diarrheas with blood for two years, treated in the health area. He undergone a radiography and colonoscopy, showing the presence of an erythema, mucosa granularity, friability, lost of submucosa vascularization, deep extensive erosions and ulcerations, edema signs, pseudo polyps, haustras lost, stiffness, bleeding, fibrous tracts and presence of luminal exudates. Severe ulcerative extensive colitis was diagnosed and was prescribed an endovenous medical treatment, continued orally, achieving the disease remission from the clinical and endoscopic point of view.

Key words: ulcerative colitis; chronic disease; colon

Recibido: 22/12/2018.

Aceptado: 22/02/2019.

INTRODUCCION

La colitis ulcerativa (CU) es una enfermedad crónica recidivante del tracto gastrointestinal, que evoluciona por recaídas formando parte de las enfermedades inflamatorias intestinales (EII). Esta afecta la mucosa y submucosa del colon, caracterizada por un proceso ulcerativo y supurado de la mucosa, que se inicia generalmente en los sectores colónicos terminales, con tendencia a prolongarse en sentido proximal, hasta abarcarlo a veces totalmente.⁽¹⁻⁴⁾

Es considerada una enfermedad de la sociedad moderna, y su frecuencia en los países desarrollados ha ido en aumento. A nivel mundial, la CU es la enfermedad más frecuente dentro de las inflamaciones intestinales, su incidencia es de 1.2 a 20.3 casos/100 000 personas/año y su prevalencia es 7.6 a 246 casos/100 000 por año. Estados Unidos con 1,4 millones de casos se considera el país más afectado y en Europa se reportan más de 2 millones de enfermos, aunque también es común en América del Sur. Israel tiene la frecuencia más alta de todos los países del Oriente Medio.⁽⁵⁻⁸⁾

La diarrea crónica con sangre es el síntoma más importante. En su curso alternan periodos de remisión y de crisis (brotes), aunque una minoría de los pacientes puede tener un curso fulminante y otros presentar una actividad crónica continua. El curso clínico es marcado, con exacerbaciones y remisiones, que pueden ocurrir espontáneamente o como respuesta al tratamiento o a enfermedades intercurrentes.⁽⁹⁻¹⁰⁾

No existe un criterio patognomónico para su definición, su diagnóstico se basa en una serie de criterios clínicos, endoscópicos e histológicos, así como en la exclusión de enfermedades infecciosas. Tanto su extensión como su gravedad son variables en cada paciente a lo largo del tiempo, por lo que determinar tempranamente la etapa clínica en que pueda encontrarse el paciente, junto con los hallazgos endoscópicos precoces, permitirá un mejor control del proceso.^(11,12)

El caso que se expone, resulta bastante infrecuente en nuestro medio, lo cual resulta de interés para la comunidad médica.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente B/M de 65 años, con antecedentes patológicos personales de salud. Fumador, hace aproximadamente dos años presenta cuadros de diarreas intermitentes con sangre, tratadas en el área de salud.

En agosto de 2018, llega al Cuerpo de Guardia de Urología, Hospital Clínico-Quirúrgico "Comandante Faustino Pérez", por presentar cuadro clínico caracterizado por ardentía al orinar, fiebre y escalofríos.

Examen físico (Positivo)

Abdomen: suave, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda. Ruidos hidro-aéreos presentes y normales. Puño percusión positiva.

Complementarios

Hb: 10.2 g/L
negativo

VIH: no reactivo
Ac VHC: negativo

Ag superficie:

Eritro: 25 mm/l
TGP : 25 U

TGO 23 U
FA 162
Creat: 70
Col: 1.75

GGT 76 U
Glicem: 7.6 mmol/L
Ac Urico: 251
Trig: 2.27

Serología VIH y VDRL: no reactivas

Coag: 8

Leucograma: 14.1 x10⁹/L

Linfocitos: 0.16 %

Eosinófilos: 0.0 %

Sang: 1

Segmentados: 0.82%

Monocitos: 0.02 %

Glicemia: 7.5mmol/

Ultrasonido abdominal: no alteraciones de los órganos abdominales.

Evolución en sala

Presentó evolución favorable del cuadro renal, pero comenzó a presentar cuadro de diarreas con flemas y sangre, en número de 6-7 diarias, acompañadas de fiebre ocasional.

Se interconsulta el caso con Gastroenterología y se orientó, posterior al Interrogatorio y el examen físico, estudio de Rx abdomen simple de pie y colonoscopia.

Rx abdomen simple de pie

- Engrosamiento de las paredes del colon.
- Dilatación colónica.
- Distensión de asas de Intestino delgado.

Colonoscopia

- Mucosa de todo el colon con presencia de eritema, granularidad mucosa, friabilidad, pérdida de la vascularización submucosa, erosiones y ulceraciones extensas, profundas, signos de edema, pseudopólipos, pérdida de haustras, rigidez, sangrado, tractos fibrosos y presencia de exudado luminal.

Se diagnosticó colitis extensa ulcerativa severa (Clasificación de Montreal) y se toma muestra para estudio histológico. (Figuras 1 y 2).



Fig. 1. Presencia de eritema, granularidad mucosa.



Fig. 2. Erosiones y ulceraciones extensas.

Histología

Biopsia: muestra de colon con marcado proceso inflamatorio crónico agudizado, ulceración y fibrosis. No presencia de criptitis ni displasia. Cuadro histológico altamente sugestivo de CUI.

Conducta

- Mantener ingreso.
- Hidratación CI Na 0.9% 1000ml/24 h con 1 Amp polisal.
- Complementarios (heces fecales, coprocultivos que resultaron negativos).
- Rocefin bulbos de 1g 2 bulbos endovenoso cada 12 h.
- Metronidazol frasco de 500 mg en 100 ml EV, 1 bulbo cada 12 h/7 días.
- Prednisolona: 20 mg 1mg x Kg / día EV. Se obtuvo evolución favorable a los 5 días, se orientó continuar con prednisona 20 mg 1 tableta/12 h por vía oral hasta completar 10 días.

Se logró la remisión de los síntomas, se emitió el alta hospitalaria a los 12 días, orientando azulfidina, tabletas de 500 mg, 1 tableta/8 h.

Repetir colonoscopia evolutiva, posterior al mes de tratamiento.

Colonoscopia evolutiva

Se observó mucosa con eritema moderado en toda su extensión, con cambios del patrón vascular, aspecto algo edematoso de la mucosa.

Se concluyó el caso como una colitis leve.

DISCUSION

Los mecanismos moleculares del daño producido en la CU se conocen en la actualidad. Se piensa que es el resultado de una reacción autoinmune intestinal inapropiada. Involucra a la microbiota propia, facilitada por defectos del epitelio y sistema inmune. Sin embargo, son factores genéticos, ambientales y microbiológicos los que se interrelacionarían para que la enfermedad se exprese clínicamente.⁽¹⁻³⁾

Varios estudios han encontrado una edad de diagnóstico frecuente entre la cuarta y quinta décadas de la vida. El paciente del caso pasaba este rango porque tenía 65 años. A su vez el caso se excluye de la marcada prevalencia femenina.^(4,5,9,12)

Los síntomas más frecuentes en CU son diarrea, (86 %); rectorragia, (58,1 %) y dolor abdominal, (37,2 %) todos estuvieron presente en este paciente. En cuanto a los hallazgos de laboratorio, cabe mencionar un proceso anémico característico y una VSG dentro de los límites normales (25 mm/h) a pesar del proceso inflamatorio.^(1-5,9,12)

De acuerdo al grado de severidad al momento del diagnóstico se observó un debut en forma severa, que no es lo más frecuente en la mayoría de casos reportados en otros estudios.^(7,8,10)

El pronóstico de los pacientes de acuerdo a la severidad del primer ataque, ha sido analizado por varios autores, y refieren entre los hallazgos más comunes: eritema; seguido de granularidad, friabilidad, pérdida de la vascularización submucosa, erosiones y ulceraciones, todos evidenciados en la colonoscopia realizada al paciente.⁽⁸⁻¹¹⁾

Múltiples estudios demuestran que los hallazgos colonoscópicos no correlacionan con la severidad clínica o con el grado de inflamación de los estudios histológicos. Una colonoscopia completa bien realizada ayuda más al diagnóstico y seguimiento que una biopsia rectal, por esta razón, los patólogos prefieren múltiples biopsias. Lo que no fue necesario en este caso, pues con las muestras tomadas se realizó el diagnóstico histológico de certeza. Otros hallazgos fueron: edema, pseudopólipos, pérdida de haustras, rigidez, sangrado, tractos fibrosos y presencia de exudado luminal.^(1-5,9,11,12)

Los hallazgos histológicos concuerdan con los encontrados frecuentemente, según otros estudios: infiltrado linfoplasmocitario, erosiones y ulceraciones, no hubo evidencia de displasia.

El compromiso de todo el colon hace el caso poco frecuente o por sobre la afectación principalmente rectosigmoideo. La complicación local evidenciada fue: presencia de pseudopólipos.⁽⁹⁻¹²⁾

En este caso no se detectaron complicaciones sistémicas frecuentes referidas por otros autores como son las articulares, poliartralgias y artritis; dérmicas como paniculitis y pioderma gangrenoso, y/o colangitis esclerosante primaria.^(1-3,9-12)

En cuanto al tratamiento, el esquema terapéutico se basó inicialmente en el uso de salasulfapiridina por no contar con la mesalazina, después de corticoides vía endovenosa y orales; conjuntamente con antibiótico terapia. No se observó recurrencia lo que fue un factor importante la continuidad del tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Van Assche G, Dignass A, Panes J, et al. The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis. *J Crohns Colitis* 2010; 4(1): 7–27. Citado en PubMed; PMID: 21122488.
2. Torreblanca Xiques A. Colitis ulcerativa idiopática. *Rev Elect Dr. Zoilo E Marinello Vidaurreta* [Internet]. 2015 [citado 05/09/16]; 40(1). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/115/197>
3. Kappelman MD, Farkas DK, Long MD, et al. Risk of cancer in patients with inflammatory bowel diseases: a nationwide population-based cohort study with 30 years of follow-up evaluation. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2014; 12(2):265-73. Citado en PubMed; PMID: 23602821.
4. Dignass A, Eliakim R, Magro F, et al. Second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Part 1: Definitions and diagnosis (Spanish version). *Rev Gastroenterol Mex*. 2014; 79(4): 263-89. Citado en PubMed; PMID: 25487134.
5. Yamamoto Furusho FK, Bosques Padilla F, de Paula J, Galiano MT, et al. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal: Primer Consenso Latinoamericano de la Pan American Crohn's and Colitis Organisation. *Rev de Gastroenterol de México* [Internet]. 2017 [citado 23/10/17]; 82(1): 46-84. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090616300829>
6. Jess T, López A, Andersson M, et al. Thiopurines and Risk of Colorectal Neoplasia in Patients With Inflammatory Bowel Disease: A Meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2014; 12(11):1793-800. Citado en PubMed; PMID: 24907505.
7. Deepak P, Sifuentes H, Sherid M, et al. T-cell non-Hodgkin's lymphomas reported to the FDA AERS with tumor necrosis factor-alpha (TNF-a) inhibitors: results of the

REFURBISH study. Am J Gastroenterol. 2013;108(1):99-105. Citado en PubMed; PMID: 23032984.

8. Marulanda H, Otero W, Gómez M. Literature Review and Case Report of Post-Inflammatory Polyps and Inflammatory Bowel Disease. Rev Col Gastroenterol [Internet]. 2017 Mar [citado 13/11/17]; 32(1): 55-9. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572017000100008&lng=en.

9. Morales Polanco S, Waller González LA. Validación del Índice de Severidad Endoscópico de Colitis Ulcerativa para la población mexicana. Endoscopia [Internet]. 2016 [citado 23/10/17]; 28(1): 2–8. Disponible en: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188989316300021.

10. Mayer L, Simian D, Kronberg U, et al. Desarrollo de neoplasia en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Rev Med Chile [Internet]. 2015 [citado 23/10/17]; 143: 834-40. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n7/art02.pdf>

11. Dignass A, Eliakim R, Magro F, et al. Second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Part 1: Definitions and diagnosis (Spanish version). Rev Gastroenterol Mex. 2014; 79(4): 263-89. Citado en PubMed; PMID: 25487134.

12. Paniagua Estévez ME, Pinol Jiménez FN. Enfermedades inflamatorias del intestino. En: Gastroenterología y hepatología clínica [Internet]. La Habana: Ecimed; 2014 [citado 05/09/2016]. p. 1317-1412. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/gastroenterologia_hepatologia_tomo1/gastro_tomo1_completo_nuevo.pdf

Conflicto de interés.

“Los autores declaran no tener conflictos de intereses”.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Del Valle Llufrío P, Cora stopiñán S, Prieto Fagundo L, González Baez A, Padrón Fernández S, González Herrera O. Colitis ulcerativa extensa severa presentación caso. Rev Méd Electrón [Internet]. 2020 Mar.-Apr. [citado: fecha de acceso]; 42(2). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3053/4792>