



Revista Médica de Trujillo

Publicación oficial de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo - Perú

Reporte de Caso

Colitis ulcerosa: a propósito de un caso

Ulcerative colitis: a case report

Héctor Calvo Arana^{1, a}, Lissett Tatiana Castillo Vásquez^{2, b}, Diego Raúl Castro Sánchez^{2, b}, Luis Kevin Cortez Ruiz^{2, b}, Luis Fernando Del Río Espinoza^{2, b}.

1. Hospital Regional Docente de Trujillo. 2. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Trujillo.
a. Médico Asistente del Servicio de Gastroenterología. b. Estudiante de Medicina de Cuarto Año.

Citar como: Calvo Arana H, Castillo Vásquez LT, Castro Sánchez DR, Cortez Ruiz LK, Del Río Espinoza LF. Colitis ulcerosa: a propósito de un caso. Rev méd Trujillo 2017;12(3):139-43

Correspondencia: Diego Raúl
Castro Sánchez

Dirección: Avenida Pumacahua
1713- El Porvenir

Teléfono: 925 316 148

Correo: diego27.95@hotmail.com

RESUMEN

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria crónica de curso variable que afecta a la mucosa del colon provocando úlceras; de causa desconocida y sin cura definitiva. Esta afección se presenta principalmente entre los 20 y 40 años. En el Perú la incidencia de CU es muy baja y el tiempo de espera para el diagnóstico amplio pudiendo generarse complicaciones. Se reporta el caso de una paciente de 20 años, con historia de diarreas, hematoquecia y examen físico no concluyente, cuyo abordaje inicial fue de una infección de tracto gastrointestinal. Luego de realizar los exámenes correctos, se llegó al diagnóstico de colitis ulcerosa, con evolución favorable gracias al tratamiento.

SUMMARY

Ulcerative colitis (UC) is a chronic inflammatory disease of variable course that affects the mucosa of the colon causing ulcers; is of unknown cause and without definitive cure. This condition occurs mainly between 20 and 40 years. In Peru, the incidence of UC is very low and the waiting time for diagnosis is broad, and complications can be generated. A case of a 20-year-old female patient with a history of diarrhea, hematochezia, and inconclusive physical examination is reported, whose approach was an infection of the gastrointestinal tract. After performing the right examinations, the diagnosis of ulcerative colitis was reached, with favorable evolution thanks to the treatment.

INTRODUCCIÓN:

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a la mucosa del colon; de causa desconocida y sin cura definitiva, se cree que en personas predispuestas un agente no determinado genera la activación del sistema inmune contra la mucosa intestinal, provocando úlceras^{1,2,3}. El curso de la enfermedad es variable y las manifestaciones clínicas más frecuentes son la diarrea, rectorragia, síndrome rectal, dolor abdominal, fiebre y pérdida de peso¹. A causa de su curso variado, la sintomatología no específica y la similitud con otros problemas gastrointestinales, el tiempo de espera para el diagnóstico en el Perú es amplio (en promedio 12,4 meses), pudiendo generarse complicaciones⁴. Afecta preferentemente al adulto joven, entre los 20 y 40 años. En el Perú pese a que existen pocas publicaciones sobre la temática, aparentemente la incidencia de CU es muy baja, de 0,21 por 100 000 habitantes al año en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins y de 1,5 casos anuales en el Hospital Almenara en un periodo de 52 años^{5,6,7}.

Por lo expuesto, en nuestro medio es importante tener más conocimiento sobre esta enfermedad para poder llegar a un diagnóstico acertado y oportuno; diferenciándolo principalmente de la tuberculosis intestinal y evitando complicaciones, motivo por el cual es importante el reporte de caso clínico presentado.

PRESENTACIÓN DE CASO:

Paciente mujer de 20 años, sin comorbilidades previas ni antecedentes familiares de importancia, presenta cuadro clínico de 8 semanas de duración. Inicia con diarrea sin moco ni sangre de hasta 5 veces al día (80 cc por vez), que luego de 1 semana se acompaña con

restos de sangre. Acude a médico particular quien le prescribe Ciprofloxacino 500 mg 1 tableta cada 12 horas por 7 días; sin embargo, no hay mejoría. 5 semanas antes del ingreso acude a otro médico particular quien le receta otro antibiótico y subsalicilato de bismuto (Bismutol®) durante 7 días, tampoco mejora. 4 semanas antes de ingreso, las deposiciones aumentan de volumen a aproximadamente 150 cc por vez, de 6 a 7 veces al día. 3 semanas antes del ingreso, acude a servicio de gastroenterología del Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT) donde nuevamente le indican Ciprofloxacino por vía endovenosa durante 5 días, sin mejora. 7 días antes del ingreso en consulta externa del HRDT se le sugiere realizar colonoscopia y biopsia, y una semana después la internan para hacer los exámenes correspondientes.

Durante el tiempo de enfermedad refiere hiporexia, polidipsia y pérdida de peso de 12 kg en 2 meses. Al examen físico se encontraron signos vitales dentro del rango normal, piel y mucosas con deshidratación moderada y palidez generalizada ++/+++, edema palpebral y de miembros inferiores. El abdomen ligeramente globuloso, depresible y no doloroso a la palpación.

Se solicitan exámenes de laboratorio (tabla 1), y colonoscopia (Figura 1) que muestra áreas ulcerosas profundas, aisladas, de 0,3 cm a 1,5 cm de diámetro, rodeadas de mucosa destruida, granular, friable, congestiva, con pérdida de patrón vascular, cubierta con moco, que respeta recto medio. Desde 10cm de margen anal, extendiéndose proximalmente, úlceras profundas confluentes, rodeadas de pólipos y pseudopólipos que comprometen toda la luz y la estenosis hasta los 48 cm e impide avanzar. Se toman múltiples biopsias de colon sigmoideas y recto. La biopsia revela que en la mucosa de

colon sigmoides y recto hay infiltrado linfoplasmático y de polimorfonucleares en lámina propia, infiltrado de polimorfonucleares intraepiteliales, criptas distorsionadas, agregados linfoides basales, microabscesos en criptas, erosión y laceración de mucosa. Los cambios histológicos descritos son consistentes con enfermedad inflamatoria intestinal activa (Colitis ulcerativa).

Tabla 1: Exámenes de laboratorio.

Examen de laboratorio	Resultado
Hemograma	5 830 (0; 78; 1; 0; 8; 13)
Hematocrito	24%
Tiempo de Tromboplastina	43''
VSG	14
PCR	112 mg/dl

Se inicia tratamiento con Mesalazina 500 mg 8 comprimidos VO cada 24 horas, y para iniciar la terapia con corticoides se hacen interconsultas a otorrinolaringología, reumatología y odontología, los que sugieren seguir con el plan. Se inicia Hidrocortisona 100 mg EV cada 24 horas por 3 días y luego continuar con Prednisona 50 mg 1 tableta VO cada 24 horas. El control se realizó por consultorio externo con una evolución favorable.

DISCUSIÓN:

Los mecanismos moleculares del daño producido en la CU se conocen casi en su totalidad en la actualidad. Se piensa que es el resultado de una reacción autoinmune intestinal inapropiada que involucra a la microbiota propia y es facilitada por defectos

del epitelio y sistema inmune de la mucosa⁸. Sin embargo son factores genéticos, ambientales y microbiológicos los que se interrelacionarían para que la enfermedad se exprese clínicamente⁹.

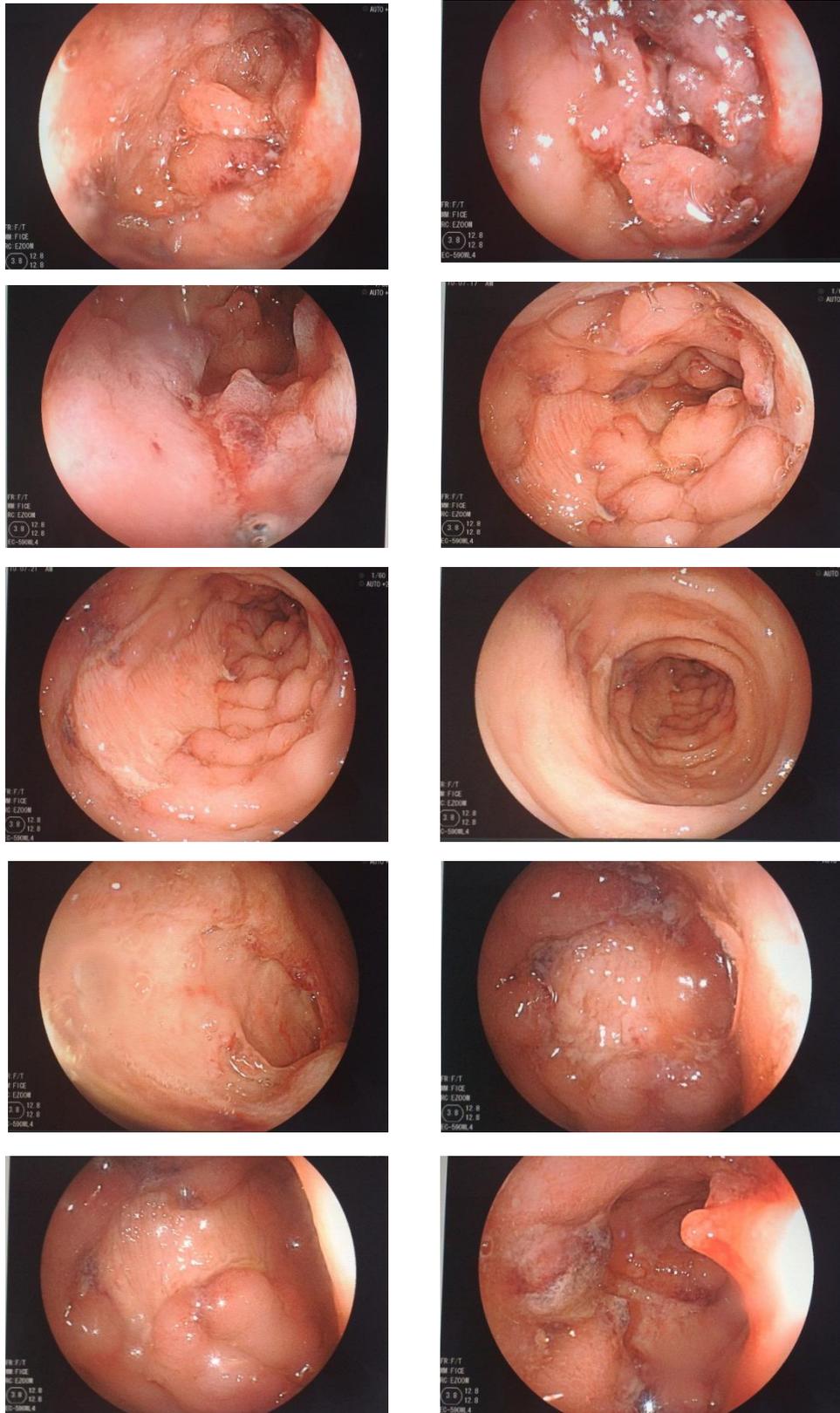
Durante el año 2002 en el Departamento de Enfermedades del Aparato Digestivo del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati⁵ y en el estudio de Paredes et al. En un Hospital de Referencia de Lima⁴, encontraron una edad de diagnóstico frecuente entre la cuarta (23,3%) y quinta décadas, rango alejado de la edad de la paciente del caso (20 años). A su vez el caso se incluye dentro de la marcada prevalencia femenina (62,8%).

Los síntomas más frecuentes en CU son diarrea (86%), rectorragia (58,1%) y dolor abdominal (37,2%)^{6,10}, siendo presentes en esta paciente tan solo los 2 más frecuentes. En cuanto a los hallazgos de laboratorio, cabe mencionar un proceso anémico característico e hipoalbuminemia y una VSG dentro de los límites normales (14 mm/h; hasta 20 en mujeres) a pesar del proceso inflamatorio.

De acuerdo al grado de severidad -al momento del diagnóstico- se observó un debut en forma leve, como en la mayoría de casos reportados (48,64%) en hospitales de la capital del país⁶.

Sinclair et al. Revisa el pronóstico de los pacientes de acuerdo a la severidad del primer ataque, y refiere siguiente entre los hallazgos más comunes: eritema (74,4%); seguido de granularidad (58,1%), friabilidad (53,4%), pérdida de la vascularización submucosa (46,5%), erosiones (39,5%) y ulceraciones (25,5%), todos evidenciados en la colonoscopia realizada a la paciente¹⁰. Múltiples estudios han demostrado que los hallazgos colonoscópicos no correlacionan con la severidad clínica o con

el grado de inflamación de los estudios histológicos^{11,12} y una colonoscopia completa bien realizada ayuda más al diagnóstico y seguimiento que una biopsia rectal, por esta razón, los patólogos prefieren múltiples



biopsias¹², como en el caso de esta paciente (4 de colon sigmoide, 6 de recto). Otros hallazgos fueron: edema, pseudopólipos, pérdida de haustras, rigidez, sangrado, tractos fibrosos, estenosis y presencia de exudado luminal.

Los hallazgos histológicos concuerdan con los encontrados más frecuentemente según los estudios: infiltrado linfoplasmocitario, erosiones y ulceraciones, no hubo evidencia de displasia (presente en un 9,3% de hospitales de Lima)¹³. El compromiso colónico fue principalmente rectosigmoideo (32,6% en casos reportados en hospitales de Lima). La complicación local evidenciada fue: presencia de pseudopólipos (11,6%).

Las complicaciones sistémicas más frecuentes referidas son las articulares, poliartralgias y artritis (32,5%), dérmicas como paniculitis y pioderma gangrenoso (6,9%), y/o colangitis esclerosante primaria (4,7%)⁵, de las cuales no se presentó ninguna.

En cuanto al tratamiento, el esquema terapéutico se basó inicialmente en el uso de Mesalazina y luego corticoides vía orales (Hidrocortisona, Prednisona). No se observó recurrencia siendo un factor importante la continuidad del tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Barreiro M. Colitis Ulcerosa. *Medicine*. 2016; 12(5): 227-241. doi.org/10.1016/j.med.2016.02.019.

2. Bermejo F, Guerra I, López A. Colitis Ulcerosa. 2012; 11(5): 266-274. doi.org/10.1016/S0304-5412(12)70298-6.

3. Carbonnel F. Colitis Ulcerosa. *EMC – Tratado de Medicina*. 2003; 7 (4): 1-4. doi.org/10.1016/S1636-5410(03)70272-4.

4. Paredes J, Otoy G, Mestanza R, Lazo L, Acuña K, Arenas J, et al. Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital de referencia de Lima-Perú. *Rev Gastroenter Per*. 2016; 36(3): 209-218.

5. Vera A, Frisancho O, Yoza M, Ruiz E. Perfil clínico y epidemiológico de la colitis ulcerativa en un hospital de Lima. *Rev Gastroenter Per*. 2004; 24: 135-142.

6. Illescas L, García L, Faggioni F, Velasco L. Colitis Ulcerosa: Estudio Retrospectivo En 52 Años. *Rev Gastroenter Per*. 1999; 19(2): 54-53.

7. Zavala F. Colitis Ulcerosa Inespecífica en el Hospital Central del Empleado 1959 a 1964. Tesis de Bachiller – UNMSM. Lima. 1964.

8. Podolsky DK. Inflammatory Bowel Disease. *N Engl J Med*. 2002; 347(6): 417-429.

9. Irvine EJ, Marshall JK. Colitis Ulcerativa. En: *Gastroenterología Basada En Evidencias*. 2001.

10. Sinclair TS, Brunt PW, Mowat, NA. Nonspecific Proctocolitis in Northeastern Scotland: a community study. *Gastroenterology*. 1983; 85(1): 1-11.

11. Baron JH, Connell AM, Lennard-Jones JE. Variation Between Observers in Describing Mucosal Appearances in Proctocolitis. *BMJ*. 1964; 1(5 375): 89-92.

12. Watts JM, Thompson H, Goligher JC. Sigmoidoscopy and Cytology in the detection of microscopic disease of the rectal mucosa in Ulcerative Colitis. *Gut*. 1966; 7(3): 288-294.

13. Bentley E, Jenkins D, Campbell F, Warren B. How Could Pathologists Improve The Initial Diagnosis Of Colitis? Evidence From An International Workshop. *J Clin Pathol*. 2002; 55(12): 955-60.