



Colitis ulcerosa

F. Bermejo^a, I. Guerra^a y A. López-Sanromán^b

Consultas de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. ^aServicio de Digestivo. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada. España. ^bServicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Colitis ulcerosa
- Colonoscopia
- Manifestaciones extraintestinales

Keywords:

- Ulcerative colitis
- Colonoscopy
- Extraintestinal manifestations

Resumen

La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria intestinal que tiene como síntomas principales la diarrea crónica y la presencia de rectorragias. Las manifestaciones sistémicas son menores que en la enfermedad de Crohn. El dolor abdominal puede señalar un cuadro grave. La exploración puede revelar tan sólo un paciente delgado, con sangre en el tacto rectal. En su curso alternan periodos de remisión y de actividad (brotes), aunque una minoría puede tener un curso fulminante y, en otros, presentar una actividad continua. La intensidad de los brotes puede ser variable, y de ella depende el tratamiento. El tratamiento de mantenimiento posterior reduce la frecuencia y gravedad de los brotes. Puede afectar al recto, al colon izquierdo o a más tramos (subtotal/pancolitis), y en algunos pacientes se incrementa. Las complicaciones locales son el megacolon tóxico, la hemorragia, la perforación y el cáncer. Puede haber manifestaciones extra-intestinales. En su diagnóstico emplearemos principalmente el hemograma, la bioquímica y los análisis microbiológicos y parasitológicos de las heces. La colonoscopia con biopsias múltiples es siempre necesaria e imprescindible para confirmar el diagnóstico y valorar con precisión la extensión e intensidad de la enfermedad.

Abstract

Ulcerative colitis

Ulcerative colitis (UC) is one of the main clinical forms of inflammatory bowel diseases. Main symptoms are diarrhea and rectal bleeding. Systemic manifestations are less marked than in Crohn's disease. Abdominal pain, may signal a serious condition. Physical examination may reveal only a thin patient with blood presence on rectal examination. In its course alternate periods of remission and activity (flares), although in a minority disease may be fulminant, and other few have ongoing activity. The intensity of flares may be variable, and treatment depends on it. Subsequent maintenance treatment reduces frequency and severity of flares. The extension may affect the rectum, the left colon or even more (subtotal / pancolitis), and in some patients increases over time. Local complications are toxic megacolon, hemorrhage, perforation, and cancer. Extra-intestinal manifestations may appear. Main diagnostic tools are cell blood count, blood biochemistry and microbiological and parasitological analysis of faeces. Colonoscopy with multiples biopsies is always necessary, to determine the extension and severity of the disease.

Introducción

La colitis ulcerosa (CU) es, de las dos enfermedades inflamatorias intestinales clásicas, la más frecuente. Al menos en los últimos años, ha sido también la “hermana pobre”, ya que la

mayor parte de los avances científicos han correspondido a la enfermedad de Crohn. Aunque la percepción por parte de los médicos suele ser la de una enfermedad más llevadera, también puede ser muy grave. Antes de la introducción del tratamiento en los años 50, fallecían en torno al 25% de los

pacientes¹. El conocimiento correcto de su clínica y el empleo de los medios diagnósticos adecuados permite detectarla y tratarla rápidamente.

Manifestaciones clínicas

En la historia clínica del paciente deberemos recoger los síntomas clínicos y las manifestaciones extraintestinales (MEI) que presenta o haya presentado, así como la existencia de antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) (tabla 1).

Es obligatorio interrogar específicamente acerca de factores en la anamnesis que pudieran estar en relación con cuadros cuyo diagnóstico diferencial es muy difícil sin este dato. Los más importantes son la toma de fármacos o el consumo de drogas ilegales que pueden producir colitis (antiinflamatorios no esteroideos [AINE], ergotamínicos, cocaína), relacionarse con la colitis pseudomembranosa (exposición a antibióticos o inmunosupresores) o con parasitaciones o infecciones del colon y recto (exposición sexual ano-rectal u oro-anal, viajes a países con menor nivel sanitario, etc.).

Pródromos y fases iniciales

El diagnóstico inicial de la CU surge, en general, al estudiar a un paciente con *diarrea crónica, con o sin rectorragia y pérdida de peso*. La enfermedad, además del recto, puede afectar por continuidad a un segmento variable del colon y, aunque la mayoría de los pacientes presentan diarrea con sangre en las deposiciones, no existe ningún síntoma ni signo patognomónico de la CU. Por ello, para establecer el diagnóstico, se deben reunir una serie de criterios clínicos, analíticos, endoscópicos e histológicos sugestivos de la CU. Los criterios de Lennard-Jones son los más utilizados².

Con respecto a las manifestaciones clínicas, la *rectorragia* es el signo cardinal; la *diarrea* suele ser diurna y nocturna, de pequeño volumen, emitida en porciones escasas. En muchas ocasiones el paciente refiere que al notar la necesidad de defecar sólo consigue expulsar moco y sangre, los llamados *esputos rectales*. Son bastante característicos el *tenesmo rectal* (sensación de defecación incompleta) y la *urgencia defecatoria*. Las *manifestaciones sistémicas* como fiebre o pérdida de peso pueden presentarse sobre todo en casos con afectación extensa, pero suelen ser menores que en pacientes con enfermedad de Crohn. El *dolor abdominal* también es menos característico que en la enfermedad de Crohn, y se presentará con más frecuencia en hemiabdomen izquierdo y en forma de retortijones (dolor cólico) que se modifican con la deposición.

Enfermedad en fase de estado

La extensión de la enfermedad y la intensidad de las lesiones inflamatorias condicionan los síntomas. Así, en pacientes con afectación rectal leve, la sintomatología predominante suele ser la expulsión de moco y sangre sin diarrea (algunos de

TABLA 1

Manifestaciones clínicas más frecuentes según la intensidad del brote de colitis ulcerosa

	Leve	Moderado	Grave
Diarrea	+	++	+++
Rectorragia	++	+++	+++
Urgencia rectal, tenesmo	++	+++	+++
Dolor abdominal	-	+/-	+
Fiebre	-	+/-	+
Pérdida de peso	-	+	++
Manifestaciones extraintestinales	-	+/-	+

estos enfermos pueden presentar incluso estreñimiento), mientras que aquellos pacientes con afectación extensa suelen presentar diarrea con sangre y síntomas sistémicos. En el curso clínico de la CU alternan periodos de actividad clínica con otros de inactividad. Denominamos *brotes* a los primeros, mientras que los de inactividad clínica se denominan, en general, *períodos de quiescencia o de remisión*. Quiere decir que en ellos los síntomas y signos han desaparecido, o son muy débiles. En estos períodos de actividad, los síntomas y signos van a poder referirse al tubo digestivo o tratarse de MEI.

Aquellos pacientes que muestran una inflamación grave del colon asociada a toxicidad sistémica presentan un cuadro clínico de *colitis fulminante*. Esta situación grave aparece hasta en un 10% de los pacientes, con más frecuencia en el brote inicial de la enfermedad. Requiere una vigilancia hospitalaria estrecha, ya que el paciente puede precisar una colectomía. Los pacientes presentan síntomas de brote grave con fiebre alta, taquicardia y leucocitosis, entre otros. Cuando se asocia a dilatación del colon se considera que el paciente presenta un megacolon tóxico.

Exploración física

En la exploración física podemos encontrar en ocasiones un paciente con aspecto adelgazado, y la presencia de dolor abdominal difuso, a veces con palpación de un sigma engrosado. Puede haber febrícula, pero la fiebre, el dolor intenso, los signos peritoneales, la taquicardia y la hipotensión suelen ser indicativos de enfermedad grave. Por el contrario, en aquellos enfermos con afectación leve y no extensa, la exploración física puede ser anodina. El tacto rectal mostrará frecuentemente que el recto está vacío (la irritación hace que se pierda la función de contención fecal) y el guante saldrá manchado de sangre. Puede haber MEI, a veces predominantes en la clínica. La existencia de fisura o fístula perianal es mucho más característica de la enfermedad de Crohn pero no imposible en la CU.

Historia natural. Complicaciones

Historia natural

El curso de una enfermedad como la CU es un proceso dinámico, con una expresión clínica que varía desde el *curso*

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3806107>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3806107>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)