

Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica

Experiencia Nacional

Dr. Edgardo Alonzo Medina. * Dr. Lorenzo Amador. * Dr. Gustavo A. Zúniga. * Dr. Armando Riuas G. *

Hemos considerado de interés presentar nuestra experiencia en una entidad patológica de la que por muchos años nos creímos exentos en Honduras.

Hace 16 años teníamos 1 caso de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica (CUCÍ) en el país, en un paciente masculino de origen anglosajón. Pasaron varios años y progresivamente se han sumado otros casos con las características clinicopatológicas para sostener este diagnóstico, para sumar en la actualidad 20 casos extraídos de nuestros archivos en el I.H.S.S., Hospital Escuela y clínicas privadas.

El curso clínico de la enfermedad ha presentado modalidades particulares a nuestro medio y deseamos dejar establecido que anteriormente la idea que prevalecía era que CUCI no existía en nuestro país pero ahora podemos afirmar que sí se presenta en nuestro medio y afecta a la población indígena o mestiza como lo podemos apreciar en el cuadro No. 1.

El mayor número de casos han sido diagnosticados en los últimos 5 años, posiblemente por una accesibilidad

CUADRO No. 1

Nº	ATE	EDAD	SEXO	OFICIO	RAZA	AÑOS DE EVOLUCIÓN
1	MTS	40 años	F	Ofic. Domest.	Mestizo	7 años
2	JMA	40 "	M	Empleado	"	3 "
3	MWR	24 "	F	Secret.	"	7 "
4	LACV	24 "	F	Secret.	"	3 "
5	VME	48 "	M	Abogado	"	2 "
6	HG	39 "	M	Motorista	"	9 meses
7	OV	43 "	M	Geodesta	"	3 "
8	ELMM	34 "	F	Secret.	"	7 años
9	ICDR	29 "	F	Secret.	"	1 "
10	LPC	50 "	F	Ofic. Domest.	"	5 "
11	CPL	35 "	F	Mostrero	"	2 1/2 años
12	BEW	50 "	F	Secret.	"	6 años
13	JPM	26 "	M	P. M.	"	2 "
14	JRS	24 "	M	Mostrero	"	1 "
15	MRA	22 "	M	Compañero	"	6 "
16	JPM	45 "	M	Compañero	"	2 "
17	ACF	28 "	M	Mecánico	"	7 "
18	MJ	50 "	F	Q. Químico	"	2 "
19	RJB	27 "	M	Comercio	Anglosajón	16 "
20	SK	48 "	M	Cineasta	Árabe	2 "

mayor de los pacientes al sistema de salud, a una más adecuada búsqueda de la enfermedad, mejor equipo para la detección de ésta patología o una mayor incidencia de la misma.

CUCI podemos definirla como un proceso inflamatorio ulcerativo inespecífico de carácter crónico, de etiología desconocida que afecta al hombre en varias épocas de la vida. Es una afección ampliamente conocida, que parece afectar con más fre-

* Gastroenterólogos

cuencia a la raza blanca, con mucho menor proporción a la raza de color, oriental e indúes. Según estadísticas su incidencia oscila entre 1.3 por 100.000 a 6.2 por 100.00 habitantes (1,4) siendo difícil aseverarlo por los casos leves manejados privadamente sin que se sumen a las estadísticas.

Por la naturaleza misma de la enfermedad que tiene una evolución cíclica con remisiones más o menos prolongadas, es difícil que muchos casos figuren estadísticamente, pues su observación es incompleta.

De la información en nuestro estudio se observa la predominancia en el sexo masculino 13 casos y 7 en el sexo femenino. La edad de incidencia oscila de los 22 a los 50 años, con incidencia promedio de 37 años.

No observamos mayor o menor incidencia según profesión u oficio.

El 95o/o de los casos correspondió a pacientes de raza india o mestiza.

En relación a los factores etiológicos invocados en numerosos estudios realizados, sólo se explica parcialmente la fisiopatología de la enfermedad; en lo que se refiere a la teoría infecciosa cabe destacar que 5 de nuestros casos tuvieron en su inicio un cuadro de amibiasis aguda con la presencia de amiba histolítica, y fueron tratados como tales con una mejoría clínica evidente, persistiendo el aspecto endoscópico inalterado y la evolución crónica permitió establecer el diagnóstico de CUCI, con el auxilio de la radiología.

En relación a la teoría psicósomática que ha sido tan controversial y no evidente para algunos autores (2,3), encontramos 2 casos en que el fallecimiento de seres queridos produjo recaídas acentuadas, así como observamos cuadros depresivos que desencadenaron recaídas, siendo necesario el uso de psicofármacos.

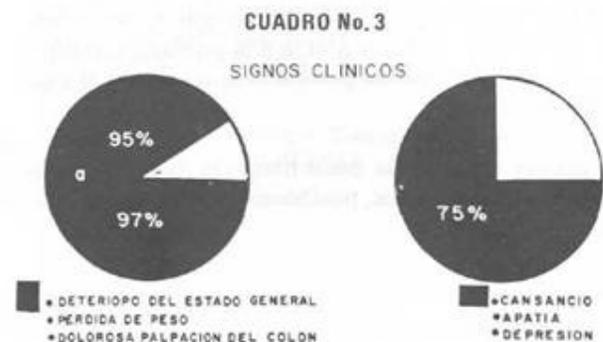
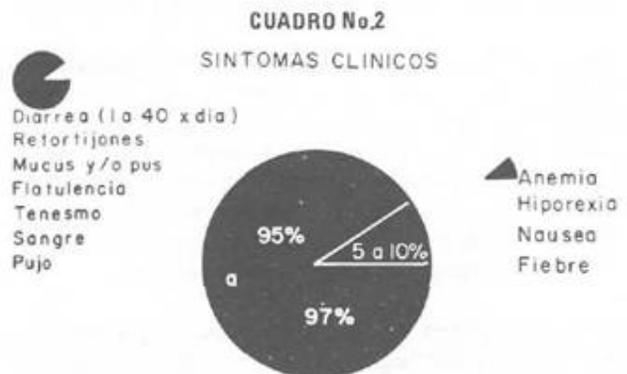
La teoría inmunológica (anticuerpos antimucosa colónica) no nos ha sido posible evaluarla en nuestros casos, aunque la respuesta terapéutica al uso de corticosteroides ha dado muy buenos resultados

no encontramos en nuestra casuística relación con herencia.

SÍNTOMAS Y SIGNOS CLÍNICOS

Los síntomas y signos clínicos clásicamente descritos se repiten sistemáticamente en nuestros pacientes, cuadros 2_y 3. De comienzo brusco o insidioso, pueden aparentar, como en efecto sucedió en 5 de los pacientes, a la Colitis Amibiana Aguda con el hallazgo de la Entoameba Hystolítica y que fueron tratados como tales. Posteriormente y ante la persistencia de las defecaciones muco purulentas con sangrados más o menos constantes, estos casos fueron estudiados y clasificados como CUCI.

El pujo, tenesmo, diarrea o disentería de innumerables asientos, el deterioro del estado general, anemia ferropriva, anorexia o hiporexia, dolores abdominales difusos o localizados en general en el flanco izquierdo, dolor a la palpación del cuadro cólico con el "signo de cuerda", fueron los elementos clínicos dominantes. (Cuadro 2 y 3).



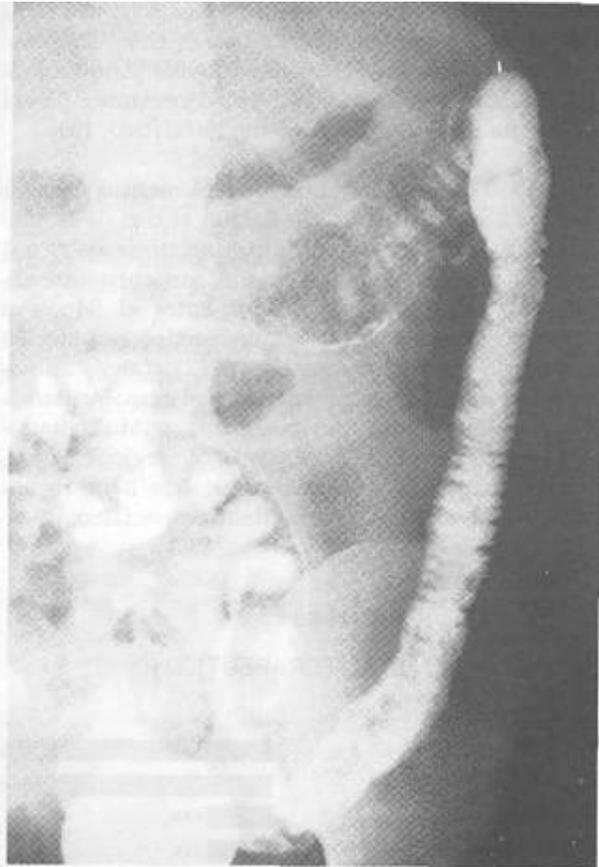


Figura 1

La gravedad de los síntomas fue de carácter moderado. En general los pacientes se presentaron en su estado inicial como adoleciendo de una crisis disenteriforme de evolución más o menos prolongada, pero sin el cuadro dramático de esos enfermos en peligro inminente de muerte y que deben ser transfundidos, rehidratados o restablecidos en su equilibrio hidro-electrolítico (6).

Nuestros casos, exceptuando en 2, fueron hospitalizados por períodos cortos y la respuesta terapéutica fue buena.

MEDIOS DE DIAGNOSTICO

Laboratorio: Se ordenaron los exámenes de rutina para la evaluación global de paciente; fueron usuales los estudios hematínicos, evaluación renal, exámenes de heces directos y en algunos casos los

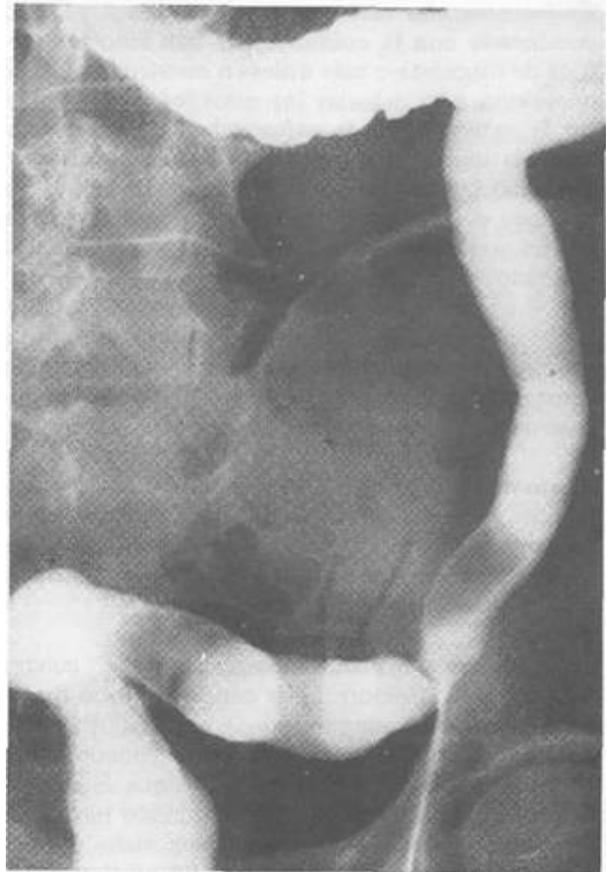


Figura 2

coprocultivos con hallazgos de parasitosis por vermes o ameba histolítica como ya lo mencionamos. En los casos hospitalizados, en los que se diagnosticó o se sospechó estados deficitarios (disproteinemias o desequilibrio hidro-electrolítico) se practicaron tales exámenes en forma selectiva.

Rayos X: Específicamente el Colon por Enema y evacuado fue practicado de rutina y se encontraron los hallazgos habituales de la Colitis Ulcerativa, con el borde colónico "aserrado por las microulceraciones"; el estrechamiento de la luz intestinal, la pérdida de austeración colónica y la tendencia al acortamiento del colon.

Vale decir que éstos hallazgos más bien discretos y distan mucho de las imágenes a las que estamos acostumbrados a encontrar en la literatura extranjera. (Véase Fig. 1 y 2).

Endoscopia: La rectoscopia al comienzo y luego combinada con la colonoscopia han sido los medios de diagnóstico más útiles en nuestro medio, ya que sirvió para detectar los casos iniciales y conocer la extensión de la enfermedad. Hemos encontrado la imagen birefringente en los casos iniciales, así como la hiperemia y la friabilidad de la mucosa "al roce del aparato" o bien en casos más severos las microulceraciones confluentes y tendencia al sangrado de diversa intensidad.

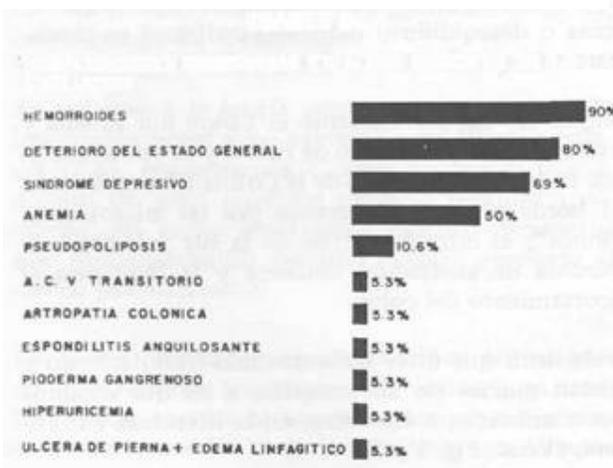
En dos casos se encontró pseudopoliposis. La proctitis o proctosigmoiditis se encontró en forma constante. Hemorroides de diverso grado se encontraron en el 90o/o de los casos.

Anatomo-Patología: No se practicó sistemáticamente y en los casos estudiados, los hallazgos fueron inespecíficos ya que se describieron las microulceraciones, con abscesos submucosos y gran infiltración polimorfonuclear.

Complicaciones: Puede observarse en el cuadro No. 4 que la Hemorroiditis ocupa el 90o/o de las complicaciones, aunque puede arguirse que esto no es una complicación sino parte concomitante del cuadro CUCI, pero la verdad es que éstas pueden estar latentes, pero en determinado momento tornarse congestivas y sangrantes y viene a complicar el caso, ya de por sí con pronóstico reservado. El deterioro del estado general del paciente se observó en el 80o/o, así como la tendencia al síndrome depresivo el 69o/o, dos casos de pseudopoliposis IO.60/0.

CUADRO No. 4

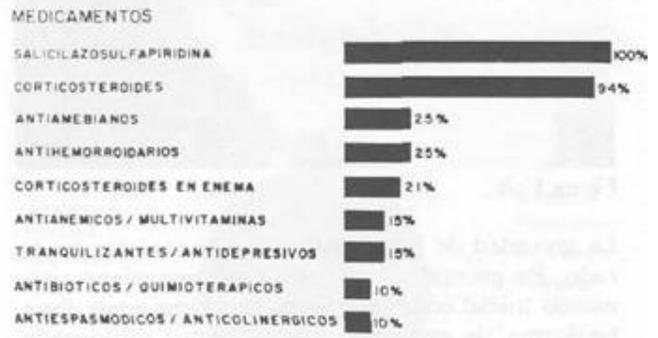
COMPLICACIONES OBSERVADAS EN ALGÚN MOMENTO DE LA EVOLUCIÓN:



Se nota en este mismo cuadro: 1 caso de cada una de las siguientes complicaciones: A.C.V. Transitorio, Artropatía colónica, Espondilitis Anquilosante, Pioderma Gangrenosa, Hiperuricemia, úlcera de pierna más celulitis y Edema linfático. (5).

Manejo Terapéutico: Los dos elementos básicos del tratamiento instituido fueron el uso de la salicilazo-Sufapiridina (Azulfidina) en dosis de 3 a 4 gramos por día, sólo o asociado con corticosteroides con resultados magníficos entre el 94o/o al IOO0/0. También se utilizaron corticosteroides en enema de retención (cortifoan) (7). Luego anotamos la terapia de refuerzo según el caso: Antiamebianos, Vermicidas, Antianémicos y Multivitaminas, antiespasmódicos y Anticolinérgicos p.r.n.; tranquilizantes y antidepressivos. Las hemorroiditis agudas necesitaron tratamiento específico.

CUADRO No. 5
MANEJO TERAPEUTICO



CONCLUSIONES

La C.U.C.I., sí existe en nuestro ambiente y es más frecuente entre individuos mestizos. Hubo predominio del sexo masculino. Nuestros casos correspondieron a un grado de severidad mediano. 5 casos fueron tratados primariamente como pacientes afectos a amibiasis.

No hubo casos que presentaran complicaciones graves que nos obligaran a hospitalizaciones prolongadas o a intervenciones quirúrgicas.

La anatomía patológica no fue conclusiva para el diagnóstico. El uso de Azulfidina y Corticosteroides fue muy beneficioso en el 100% de los casos. Hasta el momento no tenemos mortalidad,

BIBLIOGRAFÍA

- 1.) Spiro, Howard M. Clinical GastroEnteriology- Yale University School of Medicine Pag. 575-576. Ediciones MacMillan 1970.
- 2.) Jones, Every. Recientes Avances en GastroEnterología. Butterworth Co. Londres Pag. 304-324. Ediciones Toray S. A. 1960.
- 3.) Pérez, Víctor. GastroEnterología, Librería "El Ateneo". 1981 Capítulo 33 - Pag. 337-369.
- 4.) Kirsner Joseph B. Clínicas in GastroEnteriology - Vol.2, No.3, Sept. 1973.
- 5.) Nugent, F. Warren, Norman E. Rudolf. Clínicas Médicas de Norte América. Manifestaciones Extra Colónicas de la Colitis Ulcerativa - Marzo, 1966.
- 6.) Perman M. Borrue M., De Leone H, Várela E. Acta GastroEnterológica Latino Americana. Vol. 10, No. 4, 4to. Trimestre 1980.
- 6.) Nanna Suart Symposium. Long Term Manegement of Ulcerative Colitis. Organization Mondiale de GastroEnteriology. Bulletin Eighteem. Oct. 1983. Seventh World Congress Pag. 24, 25, 26.