

COLITIS ULCEROSA EXTENSA EN PACIENTE ADULTO DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2024

EXTENSIVE ULCERATIVE COLITIS IN AN ADULT PATIENT FROM THE MEDICINE SERVICE OF THE HIPÓLITO UNANUE HOSPITAL IN TACNA, 2024

María Teresa Callahuanca-Chura (1a)
 Miguel Calli-Alanoca (1d)
 Alonso Velásquez-Mendoza (1b)
 Eleanne Ruhayed Velásquez Meza (1c)
 Jorge Luis Mendoza-Salinas (1b)

(1) Hospital Hipólito Unanue. Tacna, Perú
 (a) Médico cirujano, residente de medicina interna
 (b) Médico cirujano, especialista en gastroenterología
 © Médico cirujano, especialista en medicina interna
 (d) Bachiller en medicina humana

RESUMEN

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria crónica que compromete el colon, afectando la calidad de vida de las personas a cualquier edad. Existe un amplio espectro de situaciones clínicas, actualmente los avances realizados en fisiopatogenia de la CU han permitido desarrollar nuevos agentes terapéuticos más efectivos y seguros. En este artículo presentamos el caso de un paciente varón de 31 años que ingresa por el servicio de consultorio externo y posteriormente es hospitalizado por presentar un tiempo de enfermedad de 21 días con cuadro de deposiciones semilíquidas que progresa a líquidas hasta 18 veces en una oportunidad con rectorragia, acompañado de dolor abdominal. Durante su hospitalización se plantea como impresión diagnóstica: diarrea crónica y descartar TB enteroperitoneal. Se realiza exámenes auxiliares de laboratorio con diagnósticos al ingreso: parasitosis por entamoeba histolítica e infección por e. coli y anemia moderada, con evolución estacionaria, posteriormente se plantea la posibilidad de colitis ulcerativa programando colonoscopia con toma de biopsia para estudio respectivo. Se realiza colonoscopia donde se evidencia lesiones ulcerativas desde el recto hasta más allá del ángulo esplénico con posible diagnóstico colitis ulcerativa, confirmando con estudio de biopsia el diagnóstico de colitis ulcerativa extensa.

Palabras clave: colitis ulcerosa, diarrea, colonoscopia

ABSTRACT

Ulcerative colitis (UC) is a chronic inflammatory disease that affects the colon, impacting the quality of life of individuals at any age. There is a wide spectrum of clinical situations, and recent advances in the pathophysiology of UC have led to the development of new, more effective and safe therapeutic agents. This article presents the case of a 31-year-old male patient who was admitted to the outpatient clinic and subsequently hospitalized for a 21-day history of semiliquid stools that progressed to liquid stools up to 18 times on one occasion, with rectal bleeding, accompanied by abdominal pain. During his hospitalization, the diagnostic impression was: chronic diarrhea and rule out enteroperitoneal TB. Auxiliary laboratory tests were performed with the following diagnoses upon admission: parasitosis by *Entamoeba histolytica* and *E. coli* infection, and moderate anemia. With a stationary evolution, the possibility of ulcerative colitis was subsequently considered, and a colonoscopy with biopsy was scheduled for further study. A colonoscopy was performed, which revealed ulcerative lesions from the rectum to beyond the splenic flexure, suggesting a diagnosis of ulcerative colitis. A biopsy study confirmed the diagnosis of extensive ulcerative colitis.

Keywords: ulcerative colitis, diarrhea, colonoscopy

INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un proceso inflamatorio idiopático crónico en el tracto gastrointestinal de causa desconocida. Esto incluye principalmente la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU). Tradicionalmente se considera una enfermedad benigna, extendida principalmente en países europeos.

Suele afectar a personas más jóvenes, alterando su calidad de vida y aumentando la morbilidad respecto a la población general. Aunque la causa exacta de la EII aún no está clara, se cree que su patogénesis implica una desregulación del sistema inmunológico secundaria a factores ambientales en individuos genéticamente susceptibles (1–2). Esto provoca una mayor respuesta inmune contra la flora intestinal normalmente presente o los antígenos epiteliales (1-3-4).

La CU se presenta clínicamente con heces blandas que contienen sangre y/o moco, síntomas rectales como necesidad de defecar, tenesmo (sensación de opresión rectal) y/o incontinencia fecal. Las manifestaciones clínicas dependen del grado de afectación colónica y de la gravedad de la enfermedad, predominando la diarrea en la colitis generalizada y los síntomas rectales en la proctitis (6-7).

El tratamiento farmacológico de la colitis ulcerosa se basa en la extensión de la enfermedad, la severidad de las crisis y los tratamientos previos del paciente. El tratamiento incluye la administración gradual de aminosalicilatos (mesalazina y sulfasalazina), corticoides (uso temporal en situaciones de crisis), inmunomoduladores como azatioprina o 6-mercaptopurina y fármacos biológicos, siendo el principal el anti TNF- α (7-8).

Los datos más recientes de ciertos centros de estudio han indicado que la variación en la incidencia frecuentemente se debe a cambios en el estilo de vida, la urbanización, modificaciones en los patrones de alimentación como el incremento en el consumo de comida rápida, carbohidratos y un consumo reducido diariamente de alimentos con fibra.

En Perú, al igual que en Latinoamérica, la colitis ulcerativa es una enfermedad relativamente rara, aunque todo sugiere que su incidencia está en aumento; son escasas las publicaciones sobre el tratamiento de la enfermedad que ha fluctuado en años recientes, lo que requiere conocer el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal en nuestro hospital.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 30 años de edad, sin

antecedentes personales ni familiares de importancia, natural de Puno. Refiere que inicia su enfermedad en forma insidiosa y curso progresivo 21 días antes de su ingreso por consultorio externo de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, presentando inicialmente luego de ingesta de comida copiosa “caldo de gallina”, dolor tipo cólico en epigastrio de leve intensidad en solo una oportunidad. Se agrega deposiciones semi líquidas de color marrón, sin moco ni sangre una vez por día por 10 días de aproximadamente 300 cc por cámara, conserva aún apetito, niega otras molestias. A los diez días antes, luego de consumir bebida alcohólica “vino y cerveza” (3 vasos en total 700ml) presenta dolor abdominal tipo cólico tolerable pero permanente, las deposiciones eran de consistencia líquidas solo una vez por día sin moco ni sangre, tres días antes al persistir dolor acude a una farmacia donde le indican tratamiento vía oral (no recuerda nombre ni dosis de los medicamentos) no calma el dolor, se agrega alza térmica en forma interdiaria a lo cual asiste a su centro de salud donde le realizan exámenes de laboratorio de sangre orina y heces, indicando que tiene infección intestinal le dan tratamiento vía oral, persiste las deposiciones líquidas pero con rasgos de sangre con una frecuencia de 5 veces al día y en la noche hasta 8 veces, con hiporexia dolor abdominal en hipogastrio no irradiado de moderada intensidad (EVA 7/10) acude al servicio de emergencia donde le atienden y dan de alta, paciente decide ir a Puno donde le realizan más exámenes siendo evaluado por especialista con indicaciones de tratamiento oral y parenteral, las deposiciones aumentan llegando hasta 18 veces en un día, con sensación de llenura, edema en miembros superiores dolor abdominal se exacerba, retorna a Tacna, nuevamente ingresa a emergencia ya sin sensación de alza térmica, conserva nuevamente el apetito, solo persiste deposiciones líquidas un promedio de 8 veces por día con pérdida de peso de aproximadamente 12 kg en los últimos 21 días. Ante exacerbación de los síntomas acude por consultorio externo de medicina interna y posterior derivación al servicio de medicina. A su ingreso en hospitalización se evidencia en el examen físico ligera palidez a nivel de conjuntivas palpebrales, mucosas orales secas, cardiopulmonar conservado con taquicardia, abdomen plano, ruidos hidroaéreos son adecuados en frecuencia e intensidad; a la palpación, se encuentra blando, depresible, no doloroso y no se palpan visceromegalias tejido celular subcutáneo disminuido, planteando de inicio los diagnósticos de: 1) diarrea crónica, 2) D/C TB enteroperitoneal.

Durante su estancia hospitalaria luego de realizar exámenes laboratoriales (02-10-2024):

- Reacción inflamatoria en heces: 100 leuc x campo), (03-10-2024: ameba en fresco:

leucocitos 100 x campo hemáticos 100 x campo (+) entamoeba histolítica) (05-10-24 coprocultivo E. coli BLEE), exámenes de BK en esputo y heces con resultados negativos, serológicos no reactivos.

Confirmando las siguientes impresiones diagnósticas: 1) diarrea crónica, 2) parasitosis por enterobacter histolítica bacteriana por E. Coli Blee+, 3) anemia moderada, 4) hemorragia digestiva baja.

Se inicia tratamiento respectivo. El estado del paciente aún se mantiene estacionario, hemodinámicamente estable, persistiendo las deposiciones semilíquidas con presencia de rectorragia de manera intermitente, no presentando fiebre durante su estancia.

Se interconsulta a gastroenterología indicando programar colonoscopia, el cual se realiza sin intercurencia más toma de biopsia y posteriormente con los resultados del informe patológico se determina diagnóstico final de: colitis ulcerativa extensa severa.

Se inicia tratamiento con mesalazina 1 gr VO c/12 hrs, control seriado de creatinina, monitoreo de características de las deposiciones, remiten los signos y síntomas principales dando de alta al paciente para su posterior control por consulta ambulatoria.



FIGURA 1: Mucosa colónica con marcado eritema y edema que compromete toda la luz intestinal asociado a presencia de múltiples ulceraciones ovoidales de aproximadamente 8 mm de diámetro en promedio con lecho de aspecto hemático

Fuente: Colonoscopia de expediente clínico de paciente del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Se mantiene este mismo patrón en todos los segmentos del colon exacerbándose a nivel proximal de tal manera que en colon ascendente de evidencia presencia de múltiples pseudo pólipos con moderada alteración del patrón vascular submucoso y presencia de ulceraciones bordes irregulares cubiertas parcialmente por fibrina.

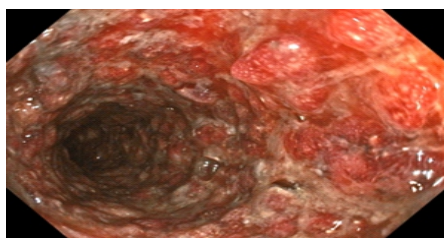


FIGURA A: Colonoscopia de expediente clínico de paciente del hospital Hipólito Unanue de Tacna

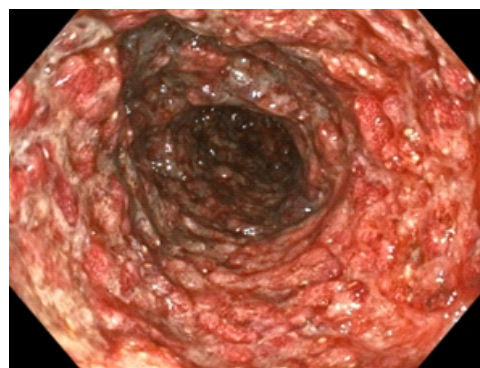


FIGURA B: Colonoscopia de expediente clínico de paciente del hospital Hipólito Unanue de Tacna



FIGURA C: Colonoscopia de expediente clínico de paciente del hospital Hipólito Unanue de Tacna

DISCUSIÓN

La adecuada atención a los pacientes con colitis ulcerativa requiere un diagnóstico precoz y el entendimiento de las alternativas terapéuticas por el médico especialista, además de la presencia de equipos multidisciplinarios capaces de abordar las necesidades terapéuticas de los diversos aspectos de la enfermedad.

Además, la adherencia de los pacientes es esencial para el triunfo del tratamiento a largo plazo y se basa en gran medida en la experiencia, el saber y el compromiso del equipo terapéutico.

CONCLUSIÓN

La correlación de los resultados laborales, procedimientos de estudio como colonoscopia y estudios anatomopatológicos, conjuntamente a los signos y síntomas del paciente, mediados por un equipo de manejo multidisciplinario, resultó ser de suma importancia para el oportuno diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la colitis ulcerativa. En el caso de nuestro paciente, su evolución favorable fue producto de la intervención oportuna de las diferentes especialidades de la medicina cuya interrelación permitió tomar las decisiones adecuadas evitando así, la devastadora progresión de la colitis ulcerativa. Tener conocimiento acerca de este caso, nos permite considerarlo entre los diagnósticos diferenciales de cualquier paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mikhailov TA, Furner SE. Breastfeeding and genetic factors in the etiology of inflammatory bowel disease in children. *World J Gastroenterol*. 2009;15(3):270-9. DOI:10.3748/wjg.15.270
2. Molodecky NA, Kaplan GG. Environmental risk factors for inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2010;6(5):339-46. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2886488/>
3. Kaser A, Zeissig S, Blumberg RS. Inflammatory bowel disease. *Annu Rev Immunol*. 2010;28:573-621. DOI: 10.1146/annurev-immunol-030409-101225
4. Podolsky DK. Inflammatory bowel disease. *N Engl J Med*. 2002;347(6):417-29. DOI:10.1056/NEJMra020831
5. Ehlin AG, Montgomery SM, Ekblom A, Pounder RE, Wakefield AJ. Prevalence of gastrointestinal diseases in two British national birth cohorts. *Gut*. 2003;52(8):1117-21. DOI: 10.1136/gut.52.8.1117
6. Ungaro R, Mehandru S, Patrick B Allen, Peyrin-Biroulet L, Colombel JF. Ulcerative colitis. *Lancet* 2017;389:1756-70. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)32126-2
7. Ricart E. Colitis ulcerosa. Hospital Clinic-Barcelona. IDIBAPS y CIBERehd. Disponible en: www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/32_Colitis_ulcerosa.pdf
8. Panes J, Alfaro I. New treatment strategies for ulcerative colitis. *Expert Rev Clin Immunol* 2017;13:963-73. DOI: 10.1080/1744666X.2017.1343668
9. Guía GADECCU 2022 para el tratamiento de la colitis ulcerosa. Adaptación y actualización de la Guía GETECCU 2020. DOI:10.1016/j.gastrohep.2023.01.009
10. Paredes-Méndez Juan, Otoyá-Moreno Guillermo, Mestanza-Rivas-Plata Ana Lucía, Lazo-Molina Luis, Acuña-Ordoñez Katia, Arenas-Gamio José Luis et al. Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital de referencia de Lima-Perú. *Rev. gastroenterol. Perú [Internet]*. 2016, 36(3):209-218. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292016000300004&lng=es

Conflicto de intereses:

La presente investigación no presenta conflicto de intereses entre los investigadores.

Correspondencia:

dmarte.1@hotmail.com

María Teresa Callahuanca-Chura

<https://orcid.org/0009-0005-2731-3482>

Miguel Calli-Alanoca

<https://orcid.org/0009-0008-4107-1522>

Alonso Velásquez-Mendoza

<https://orcid.org/0000-0002-1222-1199>

Eleanne Ruhayed Velásquez Meza

<https://orcid.org/0009-0002-0679-6428>

Jorge Luis Mendoza-Salinas

<https://orcid.org/0009-0000-1985-1866>