

COLITIS ULCERATIVA IDIOPÁTICA

Dr. Alejandro García Gutiérrez (1)

1. Definición

La colitis ulcerativa idiopática es una enfermedad inflamatoria crónica del intestino de comienzo casi siempre insidioso y de etiología aún desconocida, que afecta la mucosa del colon y recto, caracterizada por diarreas, a veces en gran número, con mucus, pus y sangre, así como dolores cólicos y tenesmo, sintomatología que se exacerba y cede sin causa aparente. Las lesiones comienzan por lo general en el recto, se extienden proximalmente y afectan porciones crecientes del colon por extensión directa. Este proceso puede terminar abruptamente en la unión ileocecal, aunque en cerca del 20% de los pacientes con el ciego afectado existen también lesiones del íleon terminal (ileocolitis).

2. Clasificación

- 2.1. Por su localización:
 - Total.
 - Segmentaria.
- 2.2. Por su curso clínico:
 - Crónica continua.
 - Crónica por episodios.
 - Aguda fulminante.

3. Diagnóstico

3.1. Positivo:

3.1.1. Por el cuadro clínico:

- Manifestaciones intestinales (Cólicos, y diarreas con mucus, pus y sangre).
- Manifestaciones extraintestinales (Reumatológicas, oftalmológicas, dermatológicas, músculo-esqueléticas, hematológicas, trombóticas, neurológicas, hepato-biliares, cardiovasculares, pulmonares, renales, psiquiátricas y otras).

(1) Profesor de Mérito (ISCM-H), Prof. Titular de Cirugía (Consultante), Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García, Especialista de 2º Grado en Cirugía General, Jefe del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.-

3.1.2. Por los exámenes complementarios:

- Endoscopías:
 - Rectosigmoidoscopia o colonoscopia, con biopsia.
 - Cistoscopia (Descartar fístula o infiltración en vejiga).
- Imagenología :
 - Radiografía simple del abdomen (Vertical y horizontal), en la fase aguda, para comprobar megacolon tóxico y neumoperitoneo (Perforación).
 - Colon por enema con doble contraste, para confirmar el diagnóstico y descartar el adenocarcinoma injertado (No debe realizarse en la fase aguda).
 - Fistulografía, cuando existen fístulas externas.
 - Ultrasonografía :
 - Endoscópica del recto (Caracteres de la pared, tumor).
 - Percutánea (Si existen o se sospechan masas intra-abdominales).
- Exámenes de laboratorio:
 - Hemograma.
 - Eritrosedimentación
 - Ionograma y gasometría (Si las diarreas son muy abundantes).
 - Coagulograma .
 - Conteo de plaquetas.
 - Electroforesis de proteínas
 - Transaminasa glutámica, oxalacética y pirúvica
 - Bilirrubinemia total y fraccionada
 - Creatinina .
 - Glicemia
 - Serología y V.I.H.
 - Examen de heces fecales, directo y cultivo y antibiograma, para excluir colitis por clamidia, bacterias patógenas y parásitos.

3.2. Diferencial :

Deberá establecerse con las enfermedades siguientes:

- Colitis amibiana.
- Disentería bacilar.
- Enfermedad de Crohn (Colitis granulomatosa).
- Proctitis facticia (Irradiación).
- Colon irritable.
- Neoplasia del colon y recto.
- Poliposis múltiple familiar.
- Síndrome de malabsorción.

4. Tratamiento

4.1. Médico:

Debe intentarse de inicio en todos los pacientes, aún en las formas graves de la enfermedad. Este tratamiento requiere adecuaciones individuales, por la intolerancia a los medicamentos, la variedad de colitis y el estado físico general de cada paciente.

4.1.1. En las crisis agudas:

- Hospitalización del paciente.
- Reposo y sedación, si es necesaria.
- Hidratación parenteral y control estricto del balance hidromineral y ácido-básico (Ver los temas correspondientes en este manual)..
- Hiperalimentación parenteral, si es necesaria (Ver el tema correspondiente).
- Transfusiones de sangre, plasma o albúmina humana, si son necesarias.
- Antibióticos de amplio espectro, sobre todo si existen infecciones asociadas.
- Tratamiento sintomático de las diarreas.
- Antiespasmódicos.
- Salazosulfapiridina :
 - Dosis inicial : 2 tabletas de 500 mg cada 6 a 12 horas, de acuerdo con la respuesta y tolerancia del paciente.
 - Supositorios de 0,5 g de Salazosulfapiridina y 0,025 g de acetato de hidrocortisona, cada 6 horas, en las lesiones rectales severas y cuando no se tolere bien la vía oral.
- Esteroides :
 - En la fase aguda, o cuando no hay respuesta a los medicamentos anteriores.
 - Hidrocortisona por vía I. V. (300 mg diarios)
 - ACTH por vía I. V. (40 a 120 U diarias).
 - Prednisona, 40 a 60 mg diarios, cuando se puede utilizar la vía oral.

Ser precavidos con el uso de los esteroides, que pueden enmascarar la sintomatología dependiente de una perforación del colon.
- Inmunosupresores :
 - Azathioprina, 6-mercaptopurina, ciclosporina, cuando no hay respuesta a los tratamientos anteriores.

4.1.2. En la fase de mejoría:

- Mantener un régimen higieno-dietético adecuado. Proscribir la leche y sus derivados.
- Salazosulfapiridina :
 - Dosis de mantenimiento : 1 a 2 tabletas de 500 mg la primera semana y después incrementar 500 mg cada semana hasta llegar a una dosis de mantenimiento de 2 g diarios.

- Esteroides e inmunosupresores en las recaídas.
- Psicoterapia.
- Control frecuente del paciente, vigilando la aparición de complicaciones y, especialmente, el adenocarcinoma del colon.

4.2. Quirúrgico:

Las principales indicaciones del tratamiento quirúrgico están relacionadas con la intratabilidad o resistencia y la intolerancia al tratamiento médico, la aparición de cambios degenerativos en la mucosa inflamada del colon y por la presencia de otras complicaciones.

La operación puede ser realizada de forma urgente, para evitar o tratar serias complicaciones que ponen en riesgo inminente la vida del paciente, o de forma electiva, con el fin de prevenir o tratar complicaciones que no constituyen un riesgo inmediato y para mejorar su calidad de vida.

4.2.1. Indicaciones electivas:

- Fracaso del tratamiento médico.
- En presencia de complicaciones colónicas y ano-rectales (Fístulas, abscesos, incontinencia anal).
- En presencia de complicaciones extraintestinales muy sintomáticas y rebeldes al tratamiento (Alteraciones mentales, mal estado general, reumatológicas, oftalmológicas, dermatológicas, músculo-esqueléticas, hematológicas, trombóticas, neurológicas, hepato-biliares, cardiovasculares, pulmonares, renales, psiquiátricas y otras).
- En presencia de complicaciones locales (Poliposis benigna, displasia, adenocarcinoma, hemorragias severas y estenosis).

4.2.2. Indicaciones urgentes:

- Crisis grave intratable.
- Hemorragia masiva.
- Obstrucción intestinal aguda.
- Perforación del colon o sospecha de ésta.
- Colitis tóxica :
 - Enfermedad tóxica
 - Colitis tóxica fulminante (Megacolon tóxico).

4.2.3. Tratamiento preoperatorio:

- Mejorar el estado nutricional y metabólico
- Tratamiento de la deshidratación y de los trastornos del equilibrio electrolítico y acidobásico.
- Tratamiento de la anemia, la hipovolemia, el shock y los trastornos de la coagulación.
- Suprimir los medicamentos nocivos.
- Prevención de las complicaciones tromboembólicas.
- Cuidados especiales en los pacientes que hayan sido tratados

con esteroides.

- Preparación del colon :
 - Preparación mecánica :
 - Dieta líquida el día previo.
 - Laxante osmótico el día previo :
 - Soluciones de polietilenglicol o Manitol (Evitar el uso del Electrocoagulador, en este último caso).
 - Antibióticoterapia perioperatoria de amplio espectro.
 - Medidas preoperatorios inmediatas :
 - Sonda nasogástrica.
 - Cateterismo vesical.
 - Abordaje venoso profundo.

4.2.4. Tratamiento quirúrgico

- Con ileostomía permanente:
 - Ileostomía terminal no continente:
 - Precedida de coloproctectomía total.
 - Precedida de colectomía total.
 - Seguida de colectomía total (Con o sin proctectomía).
 - Ileostomía continente:
 - Precedida de coloproctectomía total.
 - Como transformación de una ileostomía terminal no continente.
- Sin ileostomía permanente:
 - Ileoproctostomía:
 - Terminoterminal.
 - Lateroterminal:
 - En 6 de Barron.
 - En 6 invertido de Champeau.
 - Con reservorio ileal.
 - Ileoanostomía:
 - Precedida de colectomía total y proctectomía mucosa.
 - Con o sin bolsa o reservorio ileal (En S, J, o W).

Las técnicas de resección del colon en la colitis ulcerativa pueden realizarse en forma asistida por mínimo acceso, cuando existe buena experiencia con estos procedimientos.

Cuando el estado general del paciente es crítico debe hacerse de inicio una ileostomía, dejando el procedimiento exerético para un segundo tiempo.

Siempre que sea posible se realizará una anastomosis colo o ileoanal, con o sin reservorio que sustituya al recto.

4.2.5. Tratamiento postoperatorio

- Medidas generales similares a las de toda cirugía de envergadura (Ver tema de tratamiento postoperatorio).
- Medidas postoperatorias relacionadas con la enfermedad inflamatoria básica, o con el tratamiento quirúrgico empleado:
- Disminución progresiva o interrupción de los tratamientos

medicamentosos empleados.

- Prevención y tratamiento de las complicaciones de la ileostomía.
- Si se conserva el recto debe mantenerse un control permanente del estado de su mucosa, pues siempre existe el riesgo de que se produzca una degeneración maligna.
- Detección precoz y tratamiento oportuno de las complicaciones de la colectomía total y proctectomía mucosa con ileoanostomía con reservorio.