

Seguimiento de Enfermedad Inflamatoria Intestinal Estinal (Colitis Ulcerosa). Presentación de un Caso

Arrieta Yáñez L¹; Fernández do Campo LM¹; Fernández V¹; Sommaruga H²; Quintana C³

Resumen

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) incluye tres entidades, Colitis Ulcerosa (CU), Enfermedad de Crohn (EC) y Colitis Indeterminada (CI), cada una con diferentes manifestaciones clínicas y con fisiopatología aun no bien precisada. El grado de severidad de actividad en la CU en pediatría difiere según el índice de PUCAI (Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index) que evalúa dolor abdominal, sangrado rectal, consistencia y frecuencia de las deposiciones y sintomatología nocturna en cada paciente y aproximadamente el 5% se presentarán en forma aguda grave.

Abstract

Inflammatory Bowel Disease (IBD) includes three entities, Ulcerative Colitis (UC), Crohn's disease (CD) and Indeterminate Colitis (IC), each with different clinical manifestations and pathophysiology not well defined yet. The severity of activity in UC in pediatrics differs index PUCAI (Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index), assessed by abdominal pain, rectal bleeding, consistency and frequency of stools and nocturnal symptoms in each patient and about 5% will be presented in fulminant form.

Introducción

La EII define a un grupo de enfermedades distintas que comparten como característica el producir inflamación crónica del tracto gastrointestinal. Los dos principales tipos de EII son la CU y la EC. La CU está limitada al colon, mientras que la EC puede involucrar cualquier segmento del aparato digestivo. La fisiopatología de la EII está en investigación. La inflamación de la mucosa intestinal origina ulceración, edema, sangrado y desequilibrio hidroelectrolítico. Las manifestaciones clínicas de la EII dependen del

área involucrada, aunque frecuentemente los pacientes se presentan con diarrea sanguinolenta y tenesmo rectal. Los estudios de laboratorio casi nunca definen el diagnóstico, aunque son útiles para evaluar la inflamación subyacente y la respuesta al tratamiento. Los estudios colonoscópicos e histológicos son la piedra angular del diagnóstico. El tratamiento de la EII puede ser tanto médico como quirúrgico o una combinación de ambos¹.

Se presenta una adolescente con diagnóstico de CU de errática evolución a fin de revisar el seguimiento de un paciente con EII.

Caso Clínico

Paciente de sexo femenino de 16 años que se interna para estudio por síndrome febril de 10 días de evolución, en regular estado general, adelgazada (pérdida de 9 Kg), dolorida, pálida; con úlceras severas en boca y dolor abdominal difuso a la palpación profunda. Refiere diarrea de 2 semanas de evolución. Se toman muestras para cultivos, laboratorio (Hemoglobina= 8,5 gr/dl; Albúmina 2,5 gr/dl; Eritrosedimentación 101 mm/hs), se realiza ecografía abdominal (adenopatía de 104 mm en retroperitoneo superior y discreto líquido libre en región parietocolica derecha y Douglas). Se inicia antibióticoterapia empírica con Ceftriaxona y se programa Video Endoscopia alta (VEDA) y Video Colonoscopia (VCC) por sospecha de EII.

Se realiza VEDA (en esófago lesiones aftoides blanquecinas redondeadas de 2 mm de diámetro, algunas de ellas en racimos que afectan al órgano en toda su extensión predominando en tercio superior) y VCC (solo se progresa hasta 45 cm del margen anal por riesgo de perforación. Se observa mucosa friable, sangrante, con pérdida del patrón vascular, con úlceras, fibrina y sin áreas de mucosa indemne. Compromiso severo). **Figura 1.** Se toman biopsias de ambos procedimientos (Colitis Ulcerosa en actividad). Se inicia tratamiento con 3 pulsos de Metilprednisolona a 600 mg/m²/día.

Excelente evolución tras los pulsos de corticoides endovenosos por lo cual se rota a Metilprednisolona 1 mg/m²/día y se agrega Mesalazina 50 mg/Kg/día y Azatioprina 50 mg/día. Se constata por anatomía patológica Esofagitis crónica severa en actividad, Gastritis crónica leve y Colitis Ulcerosa en actividad. Luego de 1 mes de internación se externa para se-

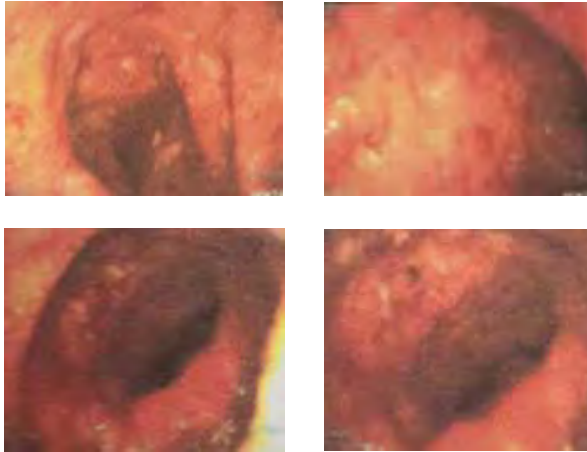
¹Alumno Curso superior de Gastroenterología Pediátrica. Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Sede Hospital Elizalde

²Médico de Planta del Servicio de Gastroenterología. Gastroenteróloga y Hepatóloga. Sede Hospital Elizalde

³Jefe Servicio Gastroenterología del Hospital General de Niños Pedro Elizalde. Director de la Carrera de Médico Especialista en Gastroenterología Pediátrica. Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Sede Hospital Elizalde.

Dirección Postal: Lorena Arrieta Yáñez. Sección de Gastroenterología Hospital General de Niños Pedro Elizalde. Montes de Oca 40 (1270). CABA E-mail: lorenaarrietayanez@hotmail.com

FIGURA N°1 VCC



guimiento ambulatorio de su enfermedad de base. Durante la internación se descartó enfermedad reumatológica, oncohematológica y Enfermedad Celíaca.

A los 2 meses (luego del segundo descenso de dosis de corticoides) presenta recaída clínica y química que requiere internación. Vuelve a dosis de Meprednisona a 1 mg/m²/día.

Tras el alta se mantiene estable (1 a 2 deposiciones por día bien formadas, sin pujos ni tenesmo, sin deposiciones nocturnas) pero persiste con Anemia y Eritrosedimentación acelerada. Se inicia tratamiento con Sulfato Ferroso vía oral pero por mala tolerancia se rota a endovenoso.

En los 6 meses siguientes requiere dos internaciones por dolor abdominal, distensión, registros febriles aislados y aftas orales que impedían la alimentación acompañado de reactantes de fase aguda en el laboratorio y requerimientos de pasaje de corticoides endovenosos. Teniendo en cuenta la cortico dependencia se decide rotar tratamiento a terapia biológica iniciando pasaje de Infliximab a 6 mg/Kg/día cada 2 semanas y luego mantenimiento a misma dosis cada 8 semanas.

Presenta buena respuesta clínica al Infliximab luego de la primera dosis permitiendo iniciar descenso gradual de corticoides hasta su suspensión.

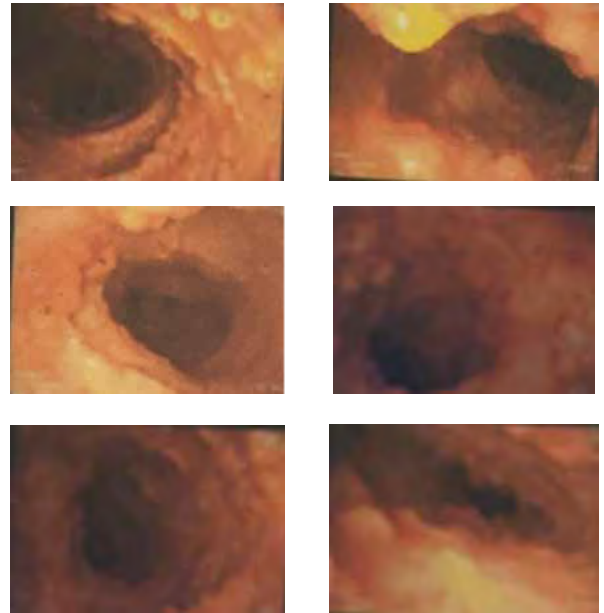
Se solicita enterorresonancia para evaluación de intestino delgado la cual se informan algunas asas intestinales con distensión subóptima en hipocondrio izquierdo y resto dentro de límites normales.

Luego de 8 meses de terapia con Infliximab presenta un episodio de proctorragia indolora que se acompaña de aftas orales, rubicundez facial y artralgia en rodilla derecha y dedos de mano izquierda sin alteración del laboratorio excepto por la anemia crónica. Se decide reiniciar corticoterapia a baja dosis que suspende por su cuenta propia un mes después.

Se realiza VEDA (lesiones en esófago sobreleva-

FIGURA N°3

VCC - Continuó tratamiento con Infliximab manteniendo estabilidad clínica. Al cumplir 18 años se deriva a centro asistencial de adultos con diagnóstico de Colitis Ulcerosa.



das, redondeadas y milimétricas de aspecto mucoso en tercios medio e inferior; resto normal) y VCC (recto y sigma con patrón mucoso y vascular conservados y múltiples lesiones polipoideas de aspecto mucoso e impresionan pseudopólipos. Desde el sigma hasta el ciego pérdida total de la histoarquitectura del órgano con lesiones sobreelevadas polipoideas que forman ramilletes dejando islotes de mucosa de aspecto habitual para ir comprometiendo toda la circunferencia, sangrantes, friables) **Figura 2.** Diagnóstico presuntivo: Enfermedad de Crohn. Resultado de anatomía patológica: Esofagitis Crónica leve; Colitis Ulcerosa Crónica.

Discusión

Es de suma importancia el diagnóstico oportuno de la CU y evaluar el grado de actividad de la misma, el cual está dado por el índice de PUCAI. El diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas, resultados de laboratorios (anemia, hiperplaquetosis, Eritrosedimentación y Proteína C Reactiva elevadas, hipoalbuminemia, serologías pANCA (Anticuerpo Anticitoplasma Perinuclear de Neutrófilos) y ASCA (Anticuerpos Anti-Saccharomyces Cerevisiae), con una especificidad entre el 50% y el 70% para CU y EC respectivamente), hallazgos endoscópicos y resultados anatomopatológicos.²

Tabla 1. Criterios diagnósticos de Megacolon Tóxico*.

- Evidencia radiográfica de dilatación colónica.
- Al menos 3 de los siguientes criterios:
 - Fiebre > 38° C
 - Taquicardia > 120 latidos/min
 - Leucocitosis > 10500/μL con neutrofilia
 - Anemia
- Además de los anterior, al menos uno de los siguientes criterios:
 - Deshidratación
 - Alteración del nivel de conciencia
 - Alteraciones hidroelectrolíticas
 - Hipotensión

*propuestos por Jansen et al.

En los pacientes con enfermedad severa refractaria a corticoides hay que descartar patología de origen infecciosa como es el caso del *C. Difficile* y el Citomegalovirus.

Una de las complicaciones a descartar en la CU es el Megacolon Tóxico, principalmente en pacientes con uso crónico de corticoides, se debe realizar Radiografía de abdomen (criterios diagnósticos de Megacolon Tóxico) Tabla 1, se realizan hemocultivos, y con estos negativos y coprocultivos negativos para gérmenes como *Shigella*, *Salmonella*, *Yersinia*,

Campylobacter y *C. Difficile* y parásitos como *Ameba Hystolitica* y *Giardia*, se dará inicio a la terapia antibiótica (Ceftriaxona y Metronidazol) y corticoterapia endovenosa (Meprednisona 1 - 1.5 mg/kg/día Dosis Máxima 60 mg/día) durante 1 - 2 días.

En aquellos pacientes con enfermedad refractaria con mala respuesta a los corticoides, está indicado el uso de agentes biológicos como el Infliximab, cuyos principales objetivos es obtener la remisión de la enfermedad, evitar recaídas y optimizar un adecuado crecimiento y desarrollo.³

Conclusiones

El mayor porcentaje de pacientes con EII en actividad responden a la terapia clásica, gran porcentaje de pacientes recaen y la posibilidad de mantener la remisión con la drogas convencionales es limitada y no exenta de efectos adversos.

La mayoría de los nuevos agentes terapéuticos han sido inicialmente valorados en su habilidad para inducir la remisión de la enfermedad., pudiendo documentarse la mejoría clínica, endoscópica, histológica e inmunohistológica después de la terapia.

Dado que nuevos agentes han sido investigados nuestro mayor desafío será integrarlos en el arsenal terapéutico existente, ya que es sabido que se logran mayores beneficios mediante terapias combinadas en pacientes refractarios al tratamiento convencional.

Bibliografía

1. Guía clínica GETECCU del Tratamiento de la Colitis Ulcerosa elaborada con la metodología GRADE - Fernando Gomollón, Santiago García-López, Beatriz Sicilia, Javier P. Gisbert, Joaquín Hinojosa y en representación del Grupo Español de Trabajo de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa. Publicación oficial de la Asociación Española para el estudio del Hígado, Asociación Española de Gastroenterología y Asociación Internacional de Gastroenterología. Año 2012.
2. All Topics are Update as new evidence becomes available and our peer review process is complete. Literature review current through: Jun 2015.
3. Management of Pediatric Ulcerative Colitis: Joint ECCO and ESPGHAN Evidence-based Consensus Guidelines. Dan Turner. JPGN _ Volume 55, Number 3, September 2012.
4. Intensificación del Tratamiento de Mantenimiento con Infliximab de la Colitis ulcerosa. Casellas, F. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2015;107(9): 525-526.