COLITIS ACTÍNICA

¿QUÉ ES LA COLITIS ACTÍNICA?

Se trata de la inflamación de la mucosa del colon que se produce en ocasiones después del tratamiento con radioterapia de distintos tumores del abdomen o de zonas vecinas. Una de sus formas más frecuentes es aquella en la que sólo está afectada la mucosa del recto (conocida como “proctitis actínica”) que aparece en algunos pacientes que han recibido radioterapia para el tratamiento de tumores de la región pélvica (recto, útero, próstata, vejiga o testículos). Los síntomas de la enfermedad se pueden manifestar durante el tratamiento o a los pocos días o semanas (“colitis actínica aguda”) o bien aparecer muchos meses o incluso años después (“colitis actínica crónica”).

Las lesiones por radioterapia de la mucosa del colon se deben a la obstrucción de los vasos de pequeño tamaño que la irrigan, lo que da lugar a una atrofia e inflamación de la mucosa con formación de nuevos vasos que condicionan en ocasiones episodios de sangrado, dolor anal o la aparición de estrechamientos del calibre del intestino (“estenosis”). Estos síntomas pueden aparecer entre el 5 y el 20% de los pacientes sometidos a radioterapia de la pelvis, aunque el porcentaje está disminuyendo de forma llamativa en los últimos años gracias a la aplicación de nuevas técnicas de radioterapia, a la disminución de la dosis de radiación aplicada y al desarrollo y empleo de nuevos fármacos que previenen la aparición de las lesiones.

¿QUÉ SÍNTOMAS PRODUCE?

En su forma aguda (la que se desarrolla y manifiesta en las primeras 6-8 semanas tras el tratamiento con radioterapia) las manifestaciones más frecuentes son la diarrea, la urgencia para defecar, la incontinencia y la sensación de evacuación incompleta de las heces (“tenesmo”). Con menor frecuencia se puede apreciar escasa cantidad de sangre en la deposición. Estos síntomas suelen ser leves y pasajeros, ya que habitualmente desaparecen de forma espontánea a las pocas semanas de concluir el tratamiento.

Las formas crónicas de colitis o proctitis se manifiestan entre 9 y 12 meses después de la radioterapia, aunque pueden retrasar su aparición muchos años. En estos casos el síntoma predominante es el sangrado rectal que habitualmente es intermitente, pero que se puede hacer continuo dando lugar a la aparición de síntomas de anemia. Con menos frecuencia, el desarrollo de estenosis puede producir dificultades para la defecación, dolor o sensación de evacuación incompleta.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

El diagnóstico se sospecha en pacientes con antecedentes de radioterapia pélvica o abdominal que desarrollan los síntomas anteriormente mencionados. El diagnóstico de confirmación se realiza por medio de la rectoscopia o colonoscopia, que permite valorar de forma directa la mucosa intestinal: de este modo se aprecia una mucosa rojiza, que sangra con facilidad y con múltiples vasos de pequeño tamaño en toda la superficie expuesta a la radiación. La toma de biopsias de las zonas afectadas permite descartar otras causas de inflamación intestinal y asegurar el diagnóstico. En los casos en que se sospeche la formación de estenosis y existan síntomas obstructivos, se puede realizar estudios radiológicos por medio de la administración de contraste por el ano (“enema opaco”).

¿CUÁL ES SU TRATAMIENTO?

El tratamiento preventivo implica la aplicación de nuevas técnicas y pautas de radioterapia como las que se utilizan en la actualidad, así como el uso de nuevos

tratamientos médicos (como la amifostina, la sulfasalazina o la balsalacida), con resultados prometedores.

Una vez que han aparecido los síntomas, el tratamiento se debe decidir en función de las características e intensidad de estos. Por otro lado, en la actualidad la opción ideal no está completamente definida debido a la ausencia de estudios con series largas de pacientes y a la variabilidad de los casos. En los casos en que el sangrado es leve y muy esporádico no es preciso realizar ningún tratamiento, dado que con frecuencia los síntomas disminuyen o desaparecen por sí solos. Si el sangrado es más intenso o persistente, se pueden ensayar distintas opciones terapéuticas, desde la administración de fármacos por vía oral (antibióticos como el metronidazol o antiinflamatorios como los 5-aminosalicilatos) o por vía rectal en forma de enemas (sucralfato, hidrocortisona, formaldehído, 5-aminosalicilatos, ácidos grasos de cadena corta) hasta distintos tipos de tratamientos endoscópicos que permiten coagular o “quemar” los pequeños vasos mucosos superficiales (coagulación con gas argón, láser o sondas de calor). Este último tratamiento se aplica a lo largo de sesiones sucesivas espaciadas entre dos y seis semanas hasta lograr la completa desaparición de las lesiones del área afecta.

En los casos excepcionales en que ninguno de las opciones anteriores son eficaces y el sangrado es intenso y persistente se puede plantear la intervención quirúrgica o la administración de oxígeno a alta presión (“oxígeno hiperbárico”).

En todo caso, en la actualidad no está totalmente definido cuál debe de ser el tratamiento de elección, aunque en los últimos años los tratamientos endoscópicos (y especialmente la coagulación con gas argón) se está revelando como un tratamiento seguro, eficaz, cómodo y con buenos resultados a medio y largo plazo respecto a la desaparición definitiva del sangrado rectal.

En los pacientes que desarrollan sintomatología obstructiva por estenosis rectales o del colon, se recomienda la administración de laxantes o sustancias que reblandezcan las heces y si no fuera suficiente se puede plantear la dilatación endoscópica de los segmentos estrechados por medio de balones que se rellenan con agua a presión (“dilatación hidrostática”).

El dolor ano-rectal y la sensación de evacuación incompleta pueden mejorar con la administración local en forma de enemas, de corticoides, 5-aminosalicílico o protectores mucosos como el sucralfato.

C. de la Serna Higuera. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2009; 101: 220