

COLITIS ULCEROSA

¿QUÉ ES?

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria crónica del intestino de causa desconocida que afecta generalmente al recto y al resto del colon, en mayor o menor medida. Aunque suele diagnosticarse en gente joven, puede aparecer a cualquier edad. Según su extensión, se clasifica en proctitis (afectación de recto), proctosigmoiditis (recto y sigma), colitis izquierda (hasta el ángulo esplénico), colitis extensa (hasta el ángulo hepático) o pancolitis (afectación de todo el colon).

¿QUÉ SÍNTOMAS PRODUCE?

La forma habitual de evolución es con periodos de actividad (brotos), intercalados con fases asintomáticas (remisión). Otras personas presentan una forma crónica, con síntomas continuos de más de 6 meses a pesar de tratamiento óptimo. Finalmente, la forma fulminante cursa con una complicación grave, como una hemorragia, una perforación o una dilatación del colon (megacolon).

Los síntomas de los brotes varían en función de la gravedad y extensión de la enfermedad y, suelen ser la diarrea y la emisión de sangre en las heces los más frecuentes.

También puede cursar con dolor abdominal y fiebre. Puede haber emisión de moco y sangre, aislados o con escasa cantidad de heces líquidas (esputos rectales).

Aunque la inflamación se origina en el intestino, pueden existir alteraciones en otros órganos (manifestaciones extraintestinales) que dan lugar a distintos síntomas en los ojos, piel, articulaciones, hígado y sistema biliar.

Cuando el enfermo tiene síntomas, su enfermedad se encuentra “activa” y suele acompañarse de elevación de los parámetros inflamatorios en los análisis y lesiones en la endoscopia. En función de esto podemos calcular el grado de actividad de la enfermedad y determinar si esta es leve, moderada o grave, aspecto importante para facilitar la elección del tratamiento médico más adecuado. La gran mayoría de los brotes se desencadenan sin causa aparente, pero algunos de ellos lo hacen tras una situación de estrés, la toma de algunos fármacos (antiinflamatorios no esteroideos) o coincidiendo con cambios estacionales o infecciones víricas.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

Unos análisis pueden ayudar al diagnóstico al elevarse diferentes parámetros inflamatorios (proteína C reactiva, velocidad de sedimentación globular, plaquetas).

Un cultivo de heces ayuda a excluir otras causas de diarrea. El diagnóstico definitivo se hace con una colonoscopia, que explora la mucosa del colon bajo visión directa con un endoscopio flexible. Además de poder ver las lesiones típicas de esta enfermedad (edema, enrojecimiento de la mucosa, úlceras más o menos profundas, sangrado espontáneo), podemos delimitar su extensión y obtener biopsias que ayudan a confirmar el diagnóstico.

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO?

El objetivo del tratamiento médico es controlar la actividad durante el brote y, posteriormente mantener al enfermo sin síntomas, inactivo (remisión). La proctitis y la proctosigmoiditis pueden controlarse con tratamientos tópicos (supositorios, enemas o espumas rectales) mientras que en el resto de localizaciones es necesario asociar tratamiento oral. Existen diferentes tratamientos tanto para controlar el brote de la enfermedad como para mantener la remisión. Los tratamientos más utilizados son:

antiinflamatorios (aminosalicilatos, corticoides) e inmunomoduladores. De los aminosalicilatos el más usado es la mesalazina, que puede administrarse por vía oral o tópica (supositorios, espuma, enemas). Producen pocos efectos secundarios, y son seguros durante el embarazo. Se usan para el control del brote leve o moderado y como tratamiento de mantenimiento.

Los corticoides son potentes antiinflamatorios, utilizados para el control de los brotes moderados-graves. Por sus efectos secundarios (hipertensión, pérdida de masa ósea, insomnio, irritabilidad, etc.) nunca deben tomarse sin prescripción médica. Son seguros durante el embarazo, pero a diferencia de los salicilatos no deben usarse de forma crónica como tratamiento de mantenimiento.

Los inmunomoduladores (azatioprina, mercaptopurina, ciclosporina, tacrolimus) son fármacos seguros y eficaces para el control de la enfermedad, estando indicados en situaciones muy concretas. La azatioprina se utiliza en enfermos corticodependientes (necesitan corticoides para encontrarse bien y al reducir su dosis o suspenderlos caen en un brote) de forma indefinida para mantenerlos asintomáticos sin necesidad de corticoides. Tarda en hacer efecto unos 2-3 meses. Deben realizarse análisis periódicos para descartar algunos efectos secundarios (anemia, plaquetopenia, hepatotoxicidad). Algunos de estos efectos secundarios se controlan reduciendo la dosis de azatioprina, pero otros obligan a retirarla, pudiendo a veces usarse en su lugar la 6-mercaptopurina, un fármaco parecido. La ciclosporina se utiliza en los brotes graves cuando los corticoides no logran controlar la actividad de la enfermedad (corticorresistencia o corticorretractariedad) y, en ocasiones, como tratamiento “puente” hasta que haga efecto la azatioprina o la mercaptopurina. También debe vigilarse la presencia de efectos secundarios (insuficiencia renal, hipertensión arterial, cifras altas de potasio,...). Hoy en día disponemos de alternativas de tratamiento para situaciones clínicas muy concretas, si no hay mejoría con los tratamientos descritos. Una de ellas es la granulocitoaféresis, una especie de sistema de diálisis que permite al enfermo abandonar los corticoides y mantenerse en remisión con sesiones periódicas. Entre las alternativas recientemente disponibles hay que señalar el uso del infliximab, un anticuerpo monoclonal que ya demostrado su eficacia en el tratamiento de la enfermedad de Crohn. La cirugía se reserva a aquellos casos con complicaciones serias, o en los que el paciente no mejorara a pesar de la administración de todos los tratamientos médicos posibles y adecuados a su situación. La técnica habitualmente realizada es la extirpación total del colon y recto y la unión del íleon con el ano, creando una especie de bolsa de contención (reservorio). Es importante que la realice un cirujano experto en esta enfermedad. Sin embargo, conviene saber que hay enfermos que tienen problemas de incontinencia o impotencia tras la intervención; otros pueden desarrollar una reservoritis aguda o crónica (5-10%), que consiste en la inflamación del reservorio; pero globalmente la calidad de vida postcirugía es buena en la mayoría de los pacientes.

SITUACIONES ESPECIALES

Hay dos situaciones especiales a considerar en los pacientes con CU: el embarazo y el riesgo de cáncer de colon.

La probabilidad de tener un hijo afecto de enfermedad inflamatoria intestinal teniendo un padre enfermo es sólo algo mayor al de la población general, mientras que si los dos padres padecen la enfermedad el riesgo aumenta. La fertilidad no se ve afectada por la enfermedad, salvo en las pacientes operadas que llevan reservorio, en que está disminuida. Es importante ponerse en contacto con el ginecólogo y el digestólogo habitual cuando se toma la decisión de tener hijos. Si durante la época de la concepción la enfermedad se encuentra inactiva, esto favorecerá que durante el embarazo no

aparezca ningún brote. Si aparecieran, deben ser tratados adecuadamente con los fármacos permitidos durante el embarazo. En mujeres no operadas, el parto puede realizarse por vía vaginal, mientras que en las intervenidas y portadoras de reservorio se suele aconsejar cesárea.

La prevalencia de cáncer de colon en los pacientes con CU es algo mayor que en la población general. Los factores de riesgo son la mayor duración y extensión de la enfermedad y, el antecedente de cáncer de colon en la familia. Para poder realizar un buen diagnóstico precoz del cáncer de colon en enfermos con CU, se deben realizar colonoscopias periódicas, individualizando cada situación.

Modificado y adaptado de Maroto N, Hinojosa J. Revista Española de Enfermedades Digestivas 2005; 97: 602.