

11226
165
29.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL ISSSTE PUEBLA**



**FRECUENCIA DE C.U.C.I. EN PACIENTES QUE ACUDEN
A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR
EN LA U.M.F. TECAMACHALCO, PUE.
(COLITIS ULCERATIVA CRONICA INESPECIFICA)**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A :

DR. ENRIQUE DAGOBERTO RODRIGUEZ CISNEROS



PUEBLA. PUE.

DICIEMBRE 1995

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

269969



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.


FRECUENCIA DE C.U.C.I. EN PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN LA U.M.F. TECAMACHALCO, PUE. (COLITIS ULCERATIVA CRONICA INESPECIFICA)

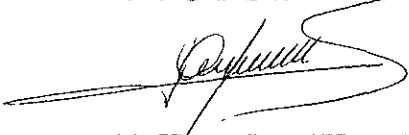
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

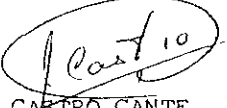
P R E S E N T A


DR. ENRIQUE DAGOBERTO RODRIGUEZ CISNEROS

A U T O R I Z A C I O N E S

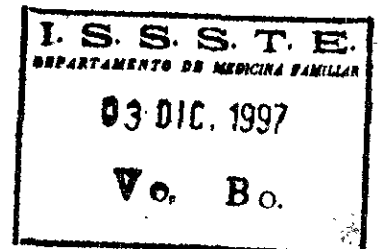

DRA. ANAVELLE HERNANDEZ SOSA
PROFESOR TITULAR
DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES EN
P U E B L A


DR. IGNACIO ESCALANTE SANDOVAL
ASESOR DE TESIS
GASTROENTEROLOGO Y ENDOSCOPISTA DEL HOSPITAL
REGIONAL I.S.S.S.T.E. PUEBLA.


DR. JOSE CASTRO CANTE
ASESOR DE TESIS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.


DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

PUEBLA DICIEMBRE DE 1995




FRECUENCIA DE C.U.C.I. EN PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA
EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR, DE TECAMACHALCO, PUEBLA.
(COLITIS ULCERATIVA CRONICA INESPECIFICA)

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA:

DR. ENRIQUE
DAGOBERTO
RODRIGUEZ
CISNEROS


AUTORIZACIONES



DR. ~~MIGUEL ANGEL PERRANDEZ ORTEGA~~
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACION DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.

FRECUENCIA DE CUCI EN PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA
DE MEDICINA FAMILIAR EN LA U.M.F. DE TECAMACHALCO, PUE.
(COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA INESPECÍFICA)

INDICE GENERAL

	PAG.
I.- TITULO	1
II.- INDICE GENERAL	2
III.- MARCO TEORICO	3
DEFINICION	4
ETIOLOGIA	5
EPIDEMIOLOGIA	7
ANATOMIA PATOLOGICA	8
CUADRO CLINICO	11
DIAGNOSTICO	13
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	16
TRATAMIENTO	17
VIGILANCIA	22
PRONOSTICO	23
IV - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
V.- JUSTIFICACION	25
VI - OBJETIVOS	26
VII.- HIPOTESIS	27
VIII.- METODOLOGIA	28
TIPO DE ESTUDIO	29
POBLACION LUGAR Y TIEMPO	30
TIPO MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	31
CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	31
INFORMACION A RECOLECTAR	33
CONSIDERACIONES ETICAS	34
IX.- RESULTADOS	35
X.- DISCUSION	41
XI.- CONCLUSIONES	42
XII.- BIBLIOGRAFIA	43
XIII.- ANEXOS	46

MARCO TEORICO

La colitis ulcerativa crónica inespecífica, (C.U.C.I.) es una enfermedad inflamatoria que afecta principalmente la mucosa rectal y el colon izquierdo, pero en muchos casos compromete la totalidad del colon. (2,4,6,8,12.).

La colitis ulcerativa crónica inespecífica fué descrita por primera vez por Wilk y Moxon en 1875 , a partir de entonces este cuadro ha sido diagnosticado con frecuencia creciente (4,7)

La colitis ulcerativa crónica inespecífica en brote severo plantea problemas de diagnóstico al tener que excluir determinadas colitis de origen infeccioso : shigellas, salmonellas, campylobacter y principalmente ambas en nuestro medio (2)

Los problemas a definir con la colitis ulcerativa crónica inespecífica son .

Valorar su extensión y juzgar el mejor tratamiento, médico con vigilancia estrecha, o quirúrgico en caso de presentarse complicaciones.

DEFINICION

La colitis ulcerativa crónica inespecífica, es una enfermedad que afecta principalmente la mucosa rectal y el colon izquierdo, pero en muchos casos compromete la totalidad del colon (2,4,6,8,12,19)

Cursa con exacerbaciones y remisiones y puede presentar graves complicaciones locales y sistémicas.(2,4,8,21)

Se presenta a cualquier edad, pero es más frecuente en el adulto joven No es una enfermedad infecciosa, epidémica ni transmisible y aparece prácticamente por igual en ambos sexos.(6,18).

ETIOLOGIA

La etiología de la colitis ulcerativa crónica inespecífica es desconocida, algunos autores han postulado teorías, mismas que hasta este momento ninguna se ha visto sustentada por suficientes indicios. Las enumeraremos brevemente

Teoría Genética.

Se dice que afecta con mayor frecuencia a individuos de raza judía. Los fenotipos HLA W 24 y BW 35 se asocian con la colitis crónica inespecífica, incluso parece que el fenotipo AW 24 aparece con mayor frecuencia en las formas de comienzo precoz. (2,4,12)

Teoría infecciosa

Continúa siendo tentadora debido al carácter inflamatorio de la enfermedad, ninguno de los agentes propuestos cumple con los postulados de Koch. Los más recientes invocados como clamidia y Yersinia no han sido en modo alguno aceptados. (2,4,12)

Teoría Inmunológica

La población de linfocitos T es normal, pero no así su respuesta, que podría corresponder a la de un estado de inmunodeficiencia. (12)

La toxicidad mediada por linfocitos no es diferente en enfermos con colitis ulcerativa crónica inespecífica en relación con grupos de control. Sin embargo, y con la preincubación de células mononucleares periféricas con plasma de enfermos con colitis ulcerosa, parece provocar citotoxicidad sobre células de colon. (12).

Son, pues, todo un conjunto de hechos que muestran que la Inmunología está ahí, pero que en realidad ignoramos con certeza cuál es el papel que desempeña, si realmente etiológico o es un mero acompañante de una enfermedad extraordinariamente compleja (12).

Teoría Psicosomática.

Se han escrito numerosas publicaciones al respecto, insistiendo en que el enfermo con colitis ulcerativa crónica inespecífica, es un individuo meticuloso, limpio, perfeccionista y que suele depender psicológicamente de alguien.(12)

EPIDEMIOLOGIA

La enfermedad inflamatoria intestinal presenta distribución universal con muy marcadas variaciones geográficas.(20)

La colitis ulcerativa crónica inespecífica, es un proceso inflamatorio recidivante que afecta inicialmente y en forma principal a la mucosa del recto, con posible extensión colónica proximal de grado variable con patrón uniforme. (14)

Estudios efectuados en Oxford y Baltimore confirman la impresión inicial de una mayor incidencia entre los judíos (4)

Y además presenta cierto agrupamiento familiar y de raza blanca. (23)

Dichos estudios sugieren la posible existencia de factores genéticos en su aparición. (2)

Se ha descrito que hay mayor frecuencia en la población de los países del norte y centro de Europa, así como en América del Norte, más frecuente en blancos que en negros u orientales, la incidencia es similar en ambos sexos. (14,23.).

En México se ha considerado que la colitis ulcerativa crónica inespecífica, es una enfermedad poco frecuente ; sin embargo, estudios previos han demostrado que es de tres a cinco veces más común que la enfermedad de Crohn, Tuberculosis y Linfoma intestinal, con una incidencia de 1.3 a 1.6 casos por cada 1000 admisiones hospitalarias (14,20).

ANATOMIA PATOLOGICA.

La colitis ulcerativa crónica inespecífica, afecta fundamentalmente el intestino grueso, parcial o totalmente y en ocasiones puede atacar también al íleon terminal

Lo habitual es que la enfermedad se inicie en el colon izquierdo y se extienda en forma retrógrada del ano hacia la válvula ileocecal.

En muchos casos la colitis ataca exclusivamente al rectosigmoide o a la mitad izquierda del colon sin que se extienda a la mitad derecha pero prácticamente en la totalidad de los casos las áreas afectadas son en forma difusa, al contrario de lo que sucede en la enfermedad de Crohn en la que el ataque al colon es por segmentos, alternando con zonas totalmente indemnes. (6)

La colitis ulcerativa crónica inespecífica, consiste en una enfermedad inflamatoria confinada a la mucosa y en menor grado a la submucosa adyacente. Las capas musculares más profundas y la serosa del colon usualmente no se encuentran afectadas, y el proceso no se extiende a los nódulos linfáticos regionales (4,6)

La formación de abscesos crípticos puede aparecer en cualquier colitis infecciosa. Las ulceraciones extensas con colgajos mucosos son características de las colitis amebianas, sin embargo, usualmente las úlceras de la colitis amebiana son más extensas que las de la colitis ulcerosa, la mucosa adyacente es más normal y los trofozoítos de *E. histolytica* pueden ser visualizados en los bordes de las formaciones ulcerosas. (4)

Aunque estos rasgos mencionados no son específicos, algunos son característicos de colitis ulcerosa. Ej. La cronicidad del proceso inflamatorio, el grado extenso de formación de abscesos cripticos y el desarrollo profuso de tejido de granulación de reparación son más característicos de la colitis ulcerosa que de las colitis infecciosas. La enfermedad puede entrar en un período de latencia, con la producción simultánea de alteraciones destructivas y reparadoras (4)

La mayoría de los casos muestran exacerbaciones intermitentes, durante éstas la mucosa puede curar, quedando una mucosa atrófica con disminución del número de criptas (1,4,12)

Los dos síntomas principales de la enfermedad, hemorragia colónica y diarrea, se relacionan con las lesiones difusas de la mucosa colónica. Las hemorragias son la consecuencia de las ulceraciones, de la congestión vascular y del desarrollo de un tejido de granulación friable y altamente vascularizado, la diarrea líquida se produce a medida que la mucosa es destruida o lesionada (4)

En la fase activa, la mucosa presenta una estructura uniformemente granular y hemorrágica. En las formas más graves aparecen grandes ulceraciones, que con frecuencia tienen una distribución lineal, especialmente en el colon. La gravedad de las lesiones es mayor en las zonas distales y tiende a ser menos intensa en las proximales. (12)

En los casos de evolución crónica, la formación periódica de úlceras con el consiguiente proceso de reepitelización, desarrolla en la mucosa del colon un aspecto polipoide que se debe a zonas de mucosa intestinal inflamada remanente entre tejido cicatrizal. A estos pólipos se les conoce con el nombre de pseudopólipos. (1,6)

En los pacientes crónicos hay desaparición de las haustras del colon y por retracción fibrosa hay acortamiento del órgano y rigidez de las paredes. En las épocas de remisión de la enfermedad las lesiones se hacen menos aparentes e incluso la mucosa puede tener un aspecto macroscópico normal, estas alteraciones fácilmente se advierten en los exámenes radiológicos (6,23)

CUADRO CLINICO .

En la mayoría de los casos el padecimiento se inicia en forma insidiosa con evacuaciones diarreicas ,mucosanguinolentas, dolor abdominal tipo cólico, pujo y tenesmo, a menudo con fiebre y pérdida de peso en los casos más graves Cuando la enfermedad es leve, puede haber 1 ó 2 deposiciones con heces semiformadas, con escasa sangre y sin manifestaciones sistémicas Por el contrario, los pacientes con afectación grave tienen frecuentes deposiciones líquidas que contienen sangre y pus, presentan cólicos intensos y síntomas y signos de deshidratación, anemia, fiebre y pérdida de peso (1,2,4,6,7,12,23)

Estos síntomas se presentan en forma intermitente con períodos de remisión en los que las evacuaciones tienen caracteres normales (6)

Es muy importante insistir que en México en donde la amibiasis es tan frecuente, los síntomas pueden ser iguales en una y otra enfermedad e inclusive atribuirse a los tratamientos antiamibianos las remisiones naturales de la colitis ulcerativa crónica inespecífica, si desde el principio no se hace el diagnóstico correcto. (6)

CLASIFICACION DE LAS FORMAS CLINICAS

- A) Fulminante aguda
- B) Crónica continua.
- C) Remitente recidivante.

- A) Fulminante aguda. Se trata de la forma más grave, de comienzo brusco, con rectorragias y sepsis, ésta forma requiere un tratamiento rápido, ya que la mortalidad es elevada. (2).
- B) Crónica continúa. Se trata de aquellos pacientes en los que la enfermedad se mantiene activa durante un período de más de 6 meses, a pesar del tratamiento médico. Aproximadamente entre 20-30 % de los casos pertenecen a esta forma. Pueden existir remisiones parciales; sin embargo, las alteraciones endoscópicas e histológicas continúan siendo similares (2)
- C) Remitente recidivante. Es la más frecuente, oscila entre 60-70% de todos los casos. Puede manifestarse de dos formas
- Forma leve. Por lo general es una proctitis con poca expresividad clínica y de una duración entre 4-12 semanas
 - Forma grave. Se presenta como un cuadro severo, con fiebre elevada, rectorragias y con un estado tóxico. Puede evolucionar de dos formas
- 1) Hacia una remisión completa de los síntomas con desaparición de las lesiones endoscópicas.
 - 2) Hacia una remisión casi completa de los síntomas, pero con persistencia de la actividad endoscópica. (2)

DIAGNOSTICO

El diagnóstico se realiza en base a la sintomatología clínica (ver cuadro clínico) y a los hallazgos endoscópicos e histológicos , que más adelante se mencionan. (2,6,8,18,20)

El examen radiológico revelará a menudo la presencia de hallazgos característicos aunque no específicos, y la biopsia rectal puede mostrar abscesos crípticos e inflamación de la mucosa, signos que no son específicos de la colitis ulcerosa crónica inespecífica (4)

La rectosigmoidoscopia con sus diferentes posiciones

Genupectoral bien tolerada por los jóvenes y mal por los obesos y viejos

Posición de Sims, lateralizada, para los cardíacos, cómoda para el paciente y satisfactoria para el cirujano (3,5)

La rectosigmoidoscopia es el método endoscópico de elección para el diagnóstico ya que en el 90-95% de los casos el recto está afectado por esta enfermedad , los signos clásicos endoscópicos de CUCI. (Patron vascular, eritema, granularidad friabilidad y ulceraciones)

En el resto de los casos debe realizarse la colonoscopia. (4,8,22)

En las formas leves la mucosa rectal aparece difusamente hiperémica, sangra al contacto con el endoscopio y en ocasiones se aprecian pequeñas ulceraciones.(1,2,6,8,22)

En las formas moderadas, la mucosa está hiperémica y granular con un aspecto aterciopelado, con áreas de ulceraciones superficiales y exudado inflamatorio. (8).

En las formas graves, la mucosa está intensamente inflamada, sangra espontáneamente y está cubierta en su mayor parte por exudado purulento y úlceras extensas, rodeadas de zonas prominentes catalogadas como pseudopólipos. (8)

La imagen endoscópica es generalmente tan típica, mostrando las lesiones difusas de la mucosa con las peculiaridades descritas, que es suficiente para hacer el diagnóstico en la mayoría de los casos ; sin embargo, es muy importante hacer el diagnóstico diferencial con la amibiasis en todos los casos por la frecuencia con que esta parasitosis se presenta en nuestro medio. (6,22)

La histología muestra aplanamiento de las células cuboidales de revestimiento e infiltración inflamatoria de la lámina propia con células redondas y eosinófilos. La alteración más característica es la presencia de abscesos de las criptas. En la colitis ulcerosa sólo esta afectada la mucosa. (8)

Desde el punto de vista radiológico, las alteraciones que se observan en la colitis ulcerativa crónica inespecífica se caracterizan por

- a) Cambios en los bordes del órgano que adquieren un aspecto aserrado debido a las ulceraciones.
- b) Disminución o desaparición de las haustraciones normales del colon, que se convierten en un tubo rígido.
- c) Disminución en el calibre y en la longitud del órgano por la retracción cicatrizal.

Cambios en el patrón mucoso que se caracterizan en que los pliegues mucosos pierden su aspecto ondulado o uniformemente arrugado, para hacerse lineales y engrosados y en los casos crónicos desaparecer o ser substituido por una imagen de empedrado que corresponde a la pseudopoliposis.(4,6)

Debido a que en México tiene alta prevalencia la recurrencia de diarreas bacterianas y parasitarias el reconocimiento periódico de la colitis ulcerativa crónica inespecífica, requiere utilizar criterios clínicos, endoscópicos e histológicos que permitan establecer el diagnóstico ; sirvan, además, para definir el grado de actividad y conduzcan al clínico a un uso más racional de las distintas opciones terapéuticas disponibles (14)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debe hacerse especialmente con la colitis granulomatosa (Enfermedad de Crohn) suele hacerse con ayuda de historia clínica, sigmoidoscopia, biopsia rectal y enema de bario. En todos los casos el diagnóstico correcto requerirá un clínico familiarizado con estas enfermedades que sintetice la información obtenida a partir de diferentes fuentes, la más importante de las cuales es la historia clínica cuidadosa y detallada de todos los acontecimientos que culminaron en la iniciación de la enfermedad, y que incluya información de viajes, dieta, consumo de antibióticos e incluso preferencias sexuales. (11)

La colitis ulcerosa moderada o leve se debe diferenciar de la colitis isquémica y de la colitis postirradiación. La imagen radiológica en “ huella de dedo pulgar “ ayuda a diferenciarlas en el caso de la colitis isquémica. El antecedente de un tratamiento con radiaciones nos orienta hacia la colitis postirradiación.

En los pacientes homosexuales, especialmente en aquellos con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se debe tener en cuenta el diagnóstico diferencial de la colitis ulcerativa con la colitis por herpes simple, la gonococia rectal etc (2)

TRATAMIENTO

Aún no se definen la causa y la patogenia de las enfermedades intestinales inflamatorias, a pesar de los amplios esfuerzos de investigación al respecto. Por tanto, el tratamiento aún es empírico en su mayor parte y se basa en pruebas clínicas y experiencia (16)

Los principios del tratamiento de la colitis ulcerativa podemos esquematizarlos en los siguientes puntos :

- 1) Controlar el ataque agudo tan pronto como sea posible.
- 2) Una vez controlado, intentar una terapéutica de sostén que evite futuras recidivas.

Reconocer cuándo ha llegado el momento en que el tratamiento médico ha fallado y utilizar entonces la cirugía tan rápidamente como sea posible. (12)

El tratamiento del ataque agudo grave implica ingresar al enfermo en un medio hospitalario. Debe proibirse cualquier tipo de alimentación oral. Por espacio de 5 días se mantendrá el equilibrio electrolítico con líquidos intravenosos y el aporte calórico puede facilitarse con emulsiones de grasa y aminoácidos. Se transfundirá si es necesario y deseable sedar al paciente utilizando clordiacepóxido (12)

A continuación mencionaremos algunos agentes para el tratamiento de la enfermedad intestinal inflamatoria.

Derivados del 5 ASA

orales

tópicos

Antimicrobianos

Antimicobacterianos

Metronidazol

Inmunomoduladores e inmunosupresores

Azatioprina y 6-mercaptopurina

Ciclosporina A

Levamisol

Metrotexato

Esteroides tópicos

Budesónida

Pivalato de dexametasona

Dipropionato de beclometasona

Diversos

Cromoglicato sódico

Sucralfato

El descubrimiento de que el 5 ASA tiene absorción limitada cuando se administra por vía rectal ofreció la posibilidad de la administración tópica de grandes dosis de este fármaco con potencial limitado de absorción y de toxicidad general resultante. (16)

Las pruebas clínicas controladas para investigar diversos agentes del grupo del 5 ASA de liberación retrasada verifican la eficacia de los mismos para el tratamiento de la colitis ulcerosa activa leve o moderada

Se comparó Salofalk, preparado oral de liberación controlada que salió al mercado hace poco en Alemania Occidental, con la sulfasalacina en una prueba controlada al azar de 30 pacientes de colitis ulcerosa. Ocurrió mejoría sintomática en 86% de los pacientes de cada grupo. Sin embargo, 8 pacientes de cada uno requirieron corticosteroides además de las medicaciones en estudio. Se produjo remisión endoscópica en 60% de los pacientes del grupo Salofalk y en 53% de los tratados con sulfasalacina. La toxicidad fue mínima en ambos grupos. (16)

Otra medicación que se sometió a prueba para colitis ulcerativa activa leve o moderada es Asacol, compuesto de liberación prolongada cubierto con Eudragit-S. Se confirmó su eficacia para tratar la colitis leve o moderada.

Este estudio confirma otros datos sugerentes de que los agentes orales derivados del 5-ASA son eficaces para la colitis ulcerosa leve o moderada, pero inapropiados como agentes únicos para la enfermedad gravemente activa. (16)

Es sorprendente que las reacciones indeseables graves sean raras con este medicamento.

El empleo de agentes inmunosupresores, como azatioprina y 6-mercaptopurina (6-MP), para controlar las lesiones intestinales inflamatorias no es una nueva forma de tratamiento de la enfermedad intestinal inflamatoria. Prosiguen las controversias sobre la seguridad y eficacia de estos agentes (16).

La ciclosporina A metabolito de origen micótico con efectos profundos sobre los linfocitos T, tienen una función potencial como inmunomodulador en la colitis ulcerosa Aunque la ciclosporina A entraña el peligro de toxicidad hematológica y renal grave, los únicos efectos indeseables informados fueron hirsutismo e hiperestusias

Se demostró también que el levamisol, antiparasitario potente, tiene efectos estimulatorios sobre la inmunidad mediada por células Desafortunadamente, los resultados han sido desalentadores con este agente para tratar colitis ulcerosa (16)

El sucralfato, agente que se usa con amplitud para tratar la enfermedad péptica, fue benéfico administrado en solución de enema al 10%. (16)

OPCIONES QUIRURGICAS

Las indicaciones para la intervención quirúrgica en pacientes de colitis ulcerativa pueden agruparse en las clasificaciones aguda y crónica La indicación para operar debe influir en el procedimiento quirúrgico que se planea Entre las indicaciones agudas se encuentra el fracaso del tratamiento médico por enfermedad tóxica aguda (17)

PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS DE URGENCIA

- colectomía subtotal e ileostomía

OPCIONES QUIRURGICAS PLANEADAS

- proctocolectomía e ileostomía.

MODALIDADES DEL TRATAMIENTO ENDOSCOPICO EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Es inconcebible hoy en día el cuidado de los pacientes sin el auxilio de la endoscopia, para establecer el diagnóstico diferencial entre colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn y las colitis indeterminadas

El tratamiento de la dilatación colónica. El megacolon tóxico es una complicación de tipo agudo secundario a una colitis ulcerativa fulminante y lleva un alto riesgo de perforación, la descompresión endoscópica ha sido considerada como un tratamiento aceptado en algunos casos, no en casos donde la pared del intestino es tan delgada como una hoja de papel

Tratamiento de sangrado agudo . como la inyección de etanol epinefrina u otra droga esclerosante, en la proctitis sangrante ha sido reportado de valor la endoscopia de laser de argon

El tratamiento endoscópico esta emergiendo como alternativa al tratamiento quirúrgico tradicional, sin embargo, es muy temprano para determinar las indicaciones, los alcances y sus límites. (10).

VIGILANCIA

Se justifica efectuar una exploración después del diagnóstico de colitis ulcerosa, con objeto de comprobar la extensión y el grado. Una vez que se logra el objetivo, habrá solo casos ocasionales en los que está indicada la exploración radiográfica

La sigmoidoscopia conserva en gran medida una función integral. (25).

PRONOSTICO

El pronóstico global es bueno, y ha mejorado con el paso del tiempo, en poblaciones no seleccionadas de pacientes de colitis ulcerosa.

Se encuentran bajo riesgo en particular los pacientes que tienen ataques graves, colitis total y edad avanzada en el momento del diagnóstico

A nivel mundial se observa tendencia a la disminución de la mortalidad con el paso del tiempo que afecta al parecer a pacientes jóvenes en particular.

El tratamiento médico intensivo del ataque agudo contribuye a mejorar el pronóstico

Si la obediencia de los pacientes es buena, la profilaxia con sulfasalacina puede ser una de las explicaciones del cambio hacia el patrón más leve de la enfermedad que se ha observado en los últimos años. (24)

La colitis ulcerativa crónica inespecífica en nuestro medio parece tener evolución benigna en 6.5 años promedio de observación tratamiento a base de 5 ASA Es probable que el tratamiento de sostén a largo a plazo controle la actividad de la enfermedad. Las indicaciones de cirugía han sido poco frecuentes en nuestro medio. (21)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Acuden a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar de Tecamachalco, Pue Un promedio de dos casos por semana con presencia de evacuaciones diarreicas con moco y/o sangre.

Estos pacientes son diagnosticados como portadores de colitis amibiana

El diagnóstico de estos pacientes se establece sin realizar ningún estudio que lo confirme, así mismo, no se establece un diagnóstico diferencial con otras patologías como lo es el CUCI.

¿Cuál es la frecuencia de CUCI en los pacientes diagnosticados y tratados como portadores de colitis amibiana ?.

JUSTIFICACION

La justificación de la presente investigación es aportar una fuente de información de la frecuencia de colitis ulcerativa crónica inespecífica C U.C.I. Así como sus factores de riesgo.

Pues a pesar de que en México se considera poco frecuente, estudios previos mencionan una frecuencia de 3 a 5 veces más común que en otros padecimientos como enfermedad de Crohn, tuberculosis y linfoma intestinal

Este trabajo es factible pues en la Unidad de Medicina Familiar y en el Hospital Regional ISSSTE es frecuente la atención medica por problemas de pacientes con diarrea con moco y/o sangre , así mismo establecer un diagnóstico diferencial con otras patologías

Se realiza la presente investigación porque no hay un estudio previo con las mismas características en la Unidad de Medicina Familiar de Tecamachalco ni en el Hospital Regional ISSSTE

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar la frecuencia de colitis ulcerativa crónica inespecífica C.U.C.I en los pacientes que asisten a consulta a la Unidad de Medicina Familiar de Tecamachalco, Pue., en el período comprendido del 23 de febrero al 20 de junio de 1995.

ESPECIFICOS

Identificar casos con C.U C I POR

- Grupos de edad
- Sexo.

HIPOTESIS

Dado que se trata de un estudio descriptivo no requiere de hipótesis.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio es :

Descriptivo, prospectivo, observacional, unicentrico y transversal.

POBLACION LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO

Se seleccionará a los pacientes derechohabientes adultos de la Unidad de Medicina Familiar de Tecamachalco, Pue. , que asistan a consulta presentando Síndrome diarreico con moco y/o sangre, o bien que cursen con dolor abdominal crónico en fosas íliacas , durante el período comprendido del 23 de febrero al 20 de junio de 1995

TIPO DE LA MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se estudiaron pacientes adultos derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar de Tecamachalco, Pue., de asignación aleatoria por cuotas Y que comprendió un total de 36 pacientes.

LOS CRITERIOS DE INCLUSION FUERON :

- Ser derechohabientes del ISSSTE.
- Sin distinción de sexo.
- Pacientes adultos con una edad mínima de 17 años y máxima de 85 años.
- Con cuadro clínico caracterizado por :
 - Síndrome diarreico.
 - Evacuaciones acompañadas de moco y/o sangre.
 - Dolor abdominal crónico en flanco y/o fosas íliacas

Se hará prueba de amiba enfresco, rectosigmoidoscopia y toma de biopsia de mucosa de sigmoides y recto.

Así mismo se utilizaran criterios de :

EXCLUSION .

- Pacientes que no aceptan el protocolo de estudio.
- Con enfermedad pelvica inflamatoria.
Pacientes con neoplasias (CA de recto, de esófago, CA gástrico, de colon, de la región anal o en cualquier órgano de la economía.).

- Pacientes con inmunosupresión. (SIDA)
- Pacientes que se encuentren recibiendo radioterapia por CA de recto o colon, cáncer cervicouterino.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Protocolos incompletos
- Reportes incompletos
- Diagnóstico etiológico no confirmado por histología.

Se estudiaron las siguientes variables

- Edad
- Sexo
- Cuadro clínico.
- Reporte de laboratorio (amiba en fresco, rectosigmoidoscopia y biopsia)

INFORMACION A RECOLECTAR.

Para la recolección de datos se elaboró un cuestionario que consta de 4 variables (anexo 1). Se recabaron datos que incluyeron un total de 36 pacientes sin distinción de raza sexo o religión y que fueran derechohabientes de la U M F de Tecamachalco, Pue , en el período comprendido del mes de febrero al mes de junio de 1995 ; las variables fueron :

Edad, sexo, cuadro clínico, reporte de laboratorio.

En cuanto a la sintomatología ; pacientes que cursen con síndrome diarreico con moco y/o sangre, dolor abdominal crónico en flanco y/o fosas iliacas, que cursen con expulsión de moco por recto.

En cuanto al reporte de laboratorio ; se recabará amiba en fresco, rectosigmoidoscopia y biopsia.

Las variables se analizarán de acuerdo a su frecuencia, representandose por medio de gráficas de barras y porcentaje

En días hábiles de cada semana, el investigador responsable acudirá al servicio de Gastroenterología en donde previamente canalizará a los pacientes, con la finalidad de recabar exámenes de laboratorio (amiba en fresco) efectuar junto con el gastroenterologo, estudio de rectosigmoidoscopia, la toma de biopsia así como su resultado posterior.

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente trabajo se apega a las recomendaciones establecidas en la declaración de Helsinki para los trabajos de investigación Biomédica

RESULTADOS

Se estudiaron 36 pacientes de los cuales 10 correspondieron al sexo masculino y 26 al sexo femenino, con una edad máxima de 85 años y una edad mínima de 17 años lo que nos da una mediana de 40 años

El resultado fue un caso positivo de C U C.I. (colitis ulcerativa crónica inespecífica) y nueve casos positivos a colitis amibiana, el resto curso con inflamación inespecífica diagnosticada por estudio histológico. (tabla No. 1, gráfica No 1)

A continuación describiremos en forma gráfica los resultados obtenidos, y analizándolos de acuerdo a su edad, sexo, frecuencia

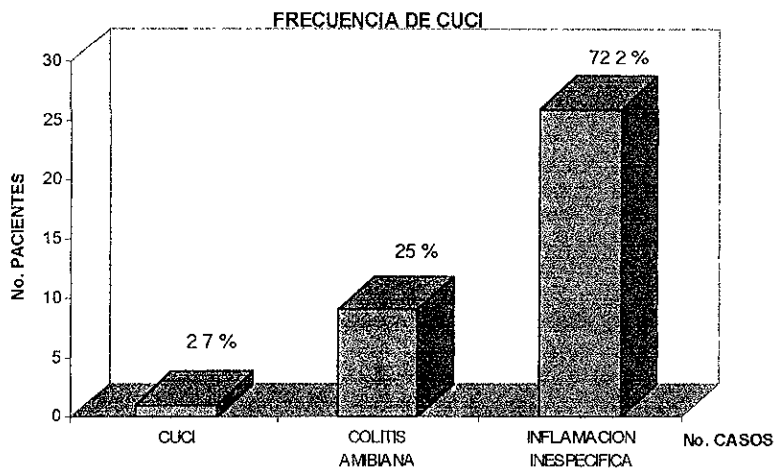
TABLA No 1

FRECUENCIA DE CUCI EN PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN LA U.M.F DE TECAMACHALCO, PUE (COLITIS ULCERATIVA CRONICA INESPECIFICA)

FRECUENCIA DE CUCI

	No CASOS	%
C.U C I	1	2.7
COLITIS AMIBIANA	9	25.0
INFLAMACION INESPECIFICA	26	72.2
TOTAL	36	99.9

FUENTE ARCHIVO CLINICO HOSPITAL REGIONAL ISSSTE PUE
CEDULA RECOLECCION DE DATOS



DE LOS 36 CASOS ESTUDIADOS, EL 72.2% CORRESPONDIO A INFLAMACION INESPECIFICA; EL 25% A COLITIS AMIBIANA Y EL 2.7% A UN CASO DE CUCI.

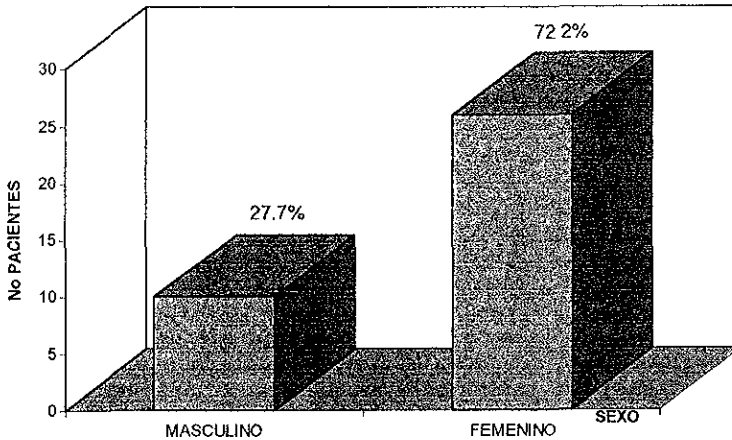
TABLA No 2

FRECUENCIA DE CUCI EN PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN LA U M F. DE TECAMACHALCO, PUE. (COLITIS ULCERATIVA CRONICA INESPECIFICA)

SEXO		
	No CASOS	%
FEMENINO	26	72.2
MASCULINO	10	27.7
TOTAL	36	99.9

FUENTE ARCHIVO CLÍNICO HOSP. REGIONAL ISSSTE PUE
CEDULA RECOLECCION DE DATOS

SEXO DE PACIENTES



DE LOS 36 CASOS ESTUDIADOS EL 27.7 CORRESPONDIO AL SEXO MASCULINO Y EL 72.2 % AL SEXO FEMENINO PREDOMINANDO ESTE ULTIMO.

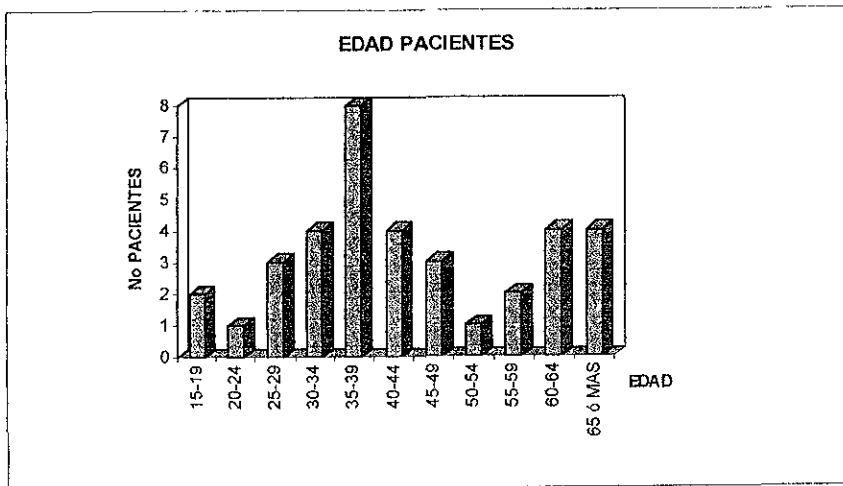
TABLA No 3

FRECUENCIA DE CUCI EN PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN LA U. M. F. DE TECAMACHALCO, PUE. (COLITIS ULCERATIVA CRONICA INESPECIFICA)

EDAD PACIENTES

EDAD PACIENTES AÑOS	No CASOS	%
15-19	2	5.5
20-24	1	2.7
25-29	3	8.3
30-34	4	11.1
35-39	8	22.1
40-44	4	11.1
45-49	3	8.3
50-54	1	2.7
55-59	2	5.5
60-64	4	11.1
65 ó MAS	4	11.1
TOTAL	36	99.5

FUENTE ARCHIVO CLINICO HOSP REG ISSSTE PUE.
CEDULA RECOLECCION DE DATOS



DE LOS 36 PACIENTES ESTUDIADOS LA EDAD MAS FRECUENTE ESTUDIADA FUE LA QUE SE ENCUENTRA ENTRE 35 A 40 AÑOS CON UN TOTAL DE 8 PACIENTES Y UN PORCENTAJE DE 22.2 %

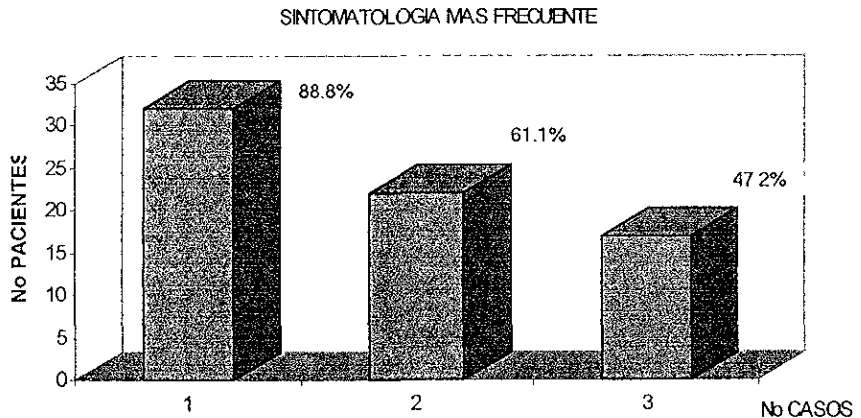
TABLA No 4

FRECUENCIA DE CUCI EN PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN LA U.M.F DE TECAMACHALCO, PUE. (COLITIS ULCERATIVA CRONICA INESPECIFICA)

SINTOMATOLOGIA MAS FRECUENTE

	No CASOS	%
1. DOLOR ABDOMINAL	32	88.8
2. EVACUACION CON MOCO Y/O SANGRE	22	61.1
3. DOLOR ABDOMINAL MAS EVACUACIONES CON MOCO Y/O SANGRE	17	47.2

FUENTE ARCHIVO CLINICO HOSP. REG ISSSTE, PUE
CEDULA RECOLECCION DE DATOS



DE LOS 36 PACIENTES EL SINTOMA QUE PREDOMINO FUE EL DOLOR ABDOMINAL, CON UN 88.8%, EN SEGUNDO LUGAR CON UN 61.1% FUERON LAS EVACUACIONES DIARREICAS CON MOCO Y/O SANGRE ; Y EN TERCER LUGAR CON UN 47.2% CON LA MEZCLA DE AMBOS.

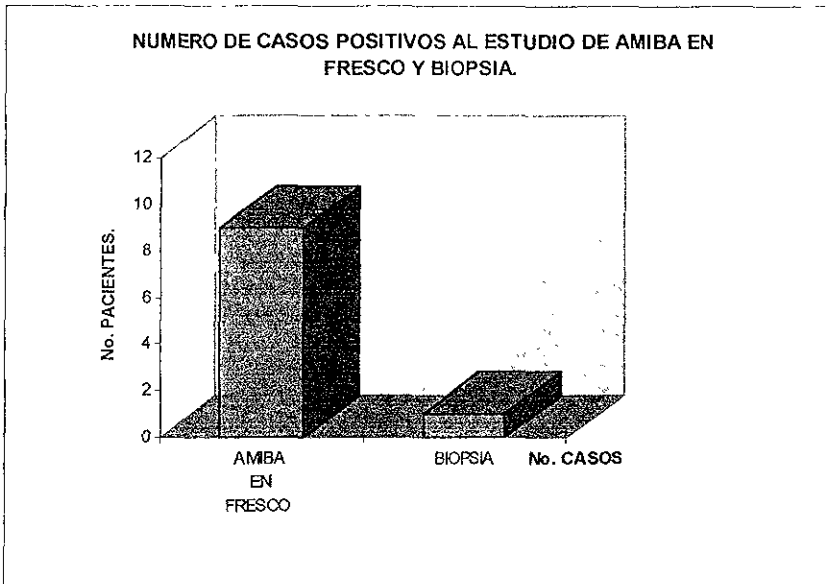
TABLA No 5

FRECUENCIA DE CUCI EN PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN LA U.M.F. DE TECAMACHALCO, PUE (COLITIS ULCERATIVA CRONICA INESPECIFICA)

NUMERO DE CASOS POSITIVOS AL ESTUDIO DE AMIBA EN FRESCO Y BIOPSIA

No CASOS		
AMIBA EN FRESCO	9	25.0
BIOPSIA	1	2.7

FUENTE . ARCHIVO CLINICO HOSP REG ISSSTE PUE
CEDULA RECOLECCION DE DATOS



DE LOS 36 PACIENTES ESTUDIADOS, 9 DE ELLOS RESULTO CON AMIBA EN FRESCO POSITIVO CON UN 25%. Y UN PACIENTE POSITIVO A LA BIOPSIA CON UN PORCENTAJE DE 2.7 %.

DISCUSION

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, se encontró un caso POSITIVO A CUCI (colitis ulcerativa crónica inespecífica), dándonos un 2.7% de acuerdo al número de pacientes incluidos para dicho estudio. Los resultados concuerdan con lo reportado por Dr. Sánchez A y Cols. (14).

El síntoma que predominó en orden de frecuencia fue : dolor abdominal con 32 pacientes y un 88.8% ; en segundo lugar fue evacuaciones diarreicas con moco y/o sangre con 22 pacientes y un porcentaje de 61.1%

El caso de CUCI reportado correspondió a un paciente adulto joven, lo cuál concuerda con lo mencionado por Drs Abreu, Jhon P, Pique Cortes y Cols. (2,4,8,21).

En ninguno de los pacientes estudiados hubo síntomas como fiebre, rectorragias, sepsis a diferencia de como lo señala Dr. Abreu. (2)

En nuestro estudio se insistió en tomar en cuenta a la amibiasis , pues sabemos que en nuestro medio es muy frecuente ; ya que los síntomas pueden ser iguales en una y otra enfermedad ; y atribuirse las remisiones a los tratamientos antamibianos como lo comenta Dr Deesesarte G. (6).

CONCLUSIONES

Del total de los pacientes estudiados en la Unidad de Medicina Familiar de Tecamachalco, Pue., encontramos un caso positivo a CUCI , aunque la frecuencia sigue siendo menor, la CUCI también se presenta en la Unidad de Medicina Familiar de Tecamachalco, Pue , y se manifiesta clínicamente semejante a la colitis amibiana aunque con menor frecuencia.

En cuanto a los grupos de edad el más estudiado fue de 35-40 años (22.1%) ; en cuanto al sexo, correspondió al sexo femenino el más estudiado con un 72.2% en comparación al sexo masculino.

Este tipo de estudio requiere de un diseño más elaborado así como de un presupuesto alto y un período de seguimiento largo .No obstante es importante resaltar que, cuando se realiza la búsqueda intencionada de CUCI en población bien definida y seleccionada, es factible detectarlo

Y el procedimiento está al alcance del Médico Familiar

BIBLIOGRAFIA

- 1 - FENING, J. COLITIS CRONICA INESPECIFICA EN . VARGAS, A GASTRO-ENTEROLOGIA ED INTERAMERICANA, 1989 PAG. 228-236.
- 2.- ABREU, COLITIS ULCEROSA EN : CHANTAR, J. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO. ED INTERAMERICANA 1989 PAG. 325-334.
- 3.- CALZARETO.J METODOS DE DIAGNOSTICO EN · CALZARETO J COLOPROCTOLOGIA PRACTICA CLINICA Y CIRUGIA. ED. PANAMERICANA. 1990 PAG 41-46.
- 4 - JOHN P CELLO COLITIS ULCEROSA EN : SHEISENGER ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES 1985 PAG. 1374-1405.
- 5.- H.E. LOCKHART. PROCTOSCOPIA, SIGMOIDOSCOPIA EN · IAN P CIRUGIA DE COLON RECTO Y ANO. ED PANAMERICANA 1974 PAG. 13-23-
- 6 - DEESESARTE G. COLITIS ULCEROSA CRONICA INESPECIFICA EN . VILLALOBOS P.J. GASTROENTEROLOGIA ED FCO. MENDEZ OTEO. 1981, PAG. 22-31
- 7 - JAMES L A ROTH. COLITIS ULCEROSA EN : BOCKUS H. GASTROENTEROLOGIA ED SALVAT 1980 PAG. 666-774.
- 8.- PIQUE BADIA J.M. COLITIS ULCEROSA EN GASTROENTEROLOGIA PRACTICA DE IDEPSA PRINCIPE DE VERGARA MADRID ESPAÑA 28002 1990 PAG. 24-30.
- 9.- MORAN C Y COLS., USG ENDOSCOPICA EN GASTROENTEROLOGIA : SU RELEVANCIA CLINICA. REVISTA DE GASTROENTEROLOGIA MEX VOL. 57, 1992 NUM. 4 PAG. 254-257.

- 10.- BLOMBERG, B. ENDOSCOPIC TREATMENT MODALITIES IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE ENDOSCOPY. 1992 VOL.24 PAG 578-581
- 11 - D. WAYE J. ENDOSCOPIA EN LA ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA EN : G. FAMER R ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA CLINICAS MEDICAS DE NORTEAMERICA ED. INTERAMERICANA 1990 PAG 53-68.
- 12 - ESCARTIN M Y COLS. COLITIS ULCEROSA EN : TRATADO DE MEDICINA PRACTICA. 2a. ED. MEX. 3 1985 PAG. 136-150.
- 13 - A. COLOME. ACTITUD DIAGNOSTICA EN LA DIARREA CRONICA. ATENCION PRIMARIA. VOL 8 NUM. 8 1991 PAG. 620-626.
- 14.-SANCHEZ A Y COLS. CARACTERISTICAS CLINICAS Y CORRELACION ENDOSCOPICO-HISTOLOGICA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRONICA INESPECIFICA REV. GASTROENTEROLOGIA MEX VOL 58 NUM. 3 1993 PAG. 210-213.
- 15.- VELASCO M Y COLS. COLITIS ULCERATIVA CRONICA INESPECIFICA EN NIÑOS · ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 11 CASOS REV GASTROENTEROLOGIA MEX VOL 58 NUM 2 1993 PAG 306.
- 16 - RUDERMAN, W NUEVOS AGENTES FARMACOLOGICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA EN · G. FAMER R ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA CLINICAS MEDICAS DE NORTEAMERICA ED. INTERAMERICANA. 1990 PAG. 137-158
- 17.- JAGELMAN, D ALTERNATIVAS QUIRURGICAS PARA LA COLITIS ULCEROSA EN : G. FAMER. R ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA. CLINICAS MEDICAS DE NORTEAMERICA. ED. INTERAMERICANA 1990 PAG. 159-171.
- 18.- DIAZ G Y COLS. COLITIS ULCEROSA CRONICA INESPECIFICA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 72 IMSS REV GASTROENTEROLOGIA MEX VOL. 60 NUM. 4 1995 PAG. S-35.

- 19.- YAÑEZ C. Y COLS COLITIS ULCEROSA CRONICA INESPECIFICA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PEMEX. REV. GASTROENTEROLOGIA MEX. VOL. 60 NUM. 4 1995 PAG. S-35.
- 20.- ARENAS G. Y COLS. CUCI : PREVALENCIA DIAGNOSTICO Y USO DE MESALAZINA, EXPERIENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL " GENERAL IGNACIO ZARAGOZA", ISSSTE. REV. GASTROENTEROLOGIA MEX. VOL. 60 NUM. 4 1995 PAG. S-36.
- 21.- CORTES T, Y COLS. COLITIS ULCEROSA CRONICA INESPECIFICA (CUCI) SEGUIMIENTO 62 ENFERMOS DEPTO DE GASTROENTEROLOGIA CIRUGIA GENERAL ANATOMIA PATOLOGICA CMN " 20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE. REV GASTROENTEROLOGIA MEX. VOL. 60 No 4 1995 PAG. S-36.
- 22.- MONTERRUBIO D. Y COLS COLITIS ULCEROSA CRONICA INESPECIFICA IMAGENES CLINICAS EN GASTROENTEROLOGIA REV GASTROENTEROLOGIA MEX VOL. 60 No.1 1996 PAG. 36
- 23.- GLICKMAN R ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN . PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA HARRISON 13a. ED. MC.GRAW HILL 1994 PAG. 1612-1626
- 24.- BROSTROM PRONOSTICO DE LA COLITIS ULCEROSA EN . G FAMER R ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA CLINICAS MEDICAS DE NORTEAMERICA. ED. INTERAMERICANA 1990. PAG. 207-223
- 25.- BURTON I CONSIDERACIONES DE VIGILANCIA DISPLASIA Y CARCINOMA DEL COLON PARA EL TRATAMIENTO DE LA COLITIS ULCEROSA Y ENFERMEDAD DE CROHN EN G FAMER R ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA CLINICAS MEDICAS DE NORTEAMERICA ED. INTERAMERICANA 1990 PAG. 195-205.

ANEXO 1

•

CEDULA RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE	EDAD	SINTOMAS	AMIBA EN FRESCO	BIOPSIA	RECTOS