

11215

23



Universidad Nacional Autónoma de México

**Facultad de Medicina
División de Estudios Superiores**

**Colitis Ulcerosa Crónica Inespecífica:
Experiencia en 5 Años**

**INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION
"SALVADOR ZUBIRAN"**

TESIS DE POST - GRADO

**Para obtener el título de
ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA**

Dr. Jorge Orillac Pérez

México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Esta Tesis fué elaborada en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" bajo la dirección de los Doctores Nicanor Pérez Alvarado y Luis Guevara -- González.

I N D I C E

I. INTRODUCCION	1
II. MATERIAL Y METODOS	7
III. RESULTADOS	8
IV. DISCUSION Y CONCLUSIONES	19
V. TABLAS Y FIGURAS	34
VI. BIBLIOGRAFIA	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

La colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI) es un padecimiento inflamatorio de etiología desconocida que afecta principalmente la mucosa del recto y del colon izquierdo pero puede llegar a afectar todo el órgano. Sus síntomas principales son la presencia de sangrado rectal y diarrea; -siendo su curso prolongado con períodos alternantes de exacerbaciones y -remisiones, pudiendo producir serias complicaciones locales y sistémicas que llevan al paciente a estados críticos e inclusive a la muerte.

Fue descrita por primera vez en 1875 por Wilks y Moxon (1), considerándose inicialmente que este padecimiento era exclusivo de Europa y Norteamérica, pero en las últimas dos décadas ha aumentado su incidencia en Centro y Sudamérica al igual que en los países del lejano Este. Este hecho probablemente obedece a un aumento en su reconocimiento más que a un aumento real en su frecuencia.

La incidencia y prevalencia de esta enfermedad se desconoce en la mayoría de los países del mundo incluyendo México. La frecuencia de esta entidad se ha derivado de la comparación del número de pacientes que ingresan con CUCI en relación al número de ingresos por otras causas. De Esarte y -colaboradores (2-4) reportan que la incidencia de esta entidad en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición oscila entre 1.3 a 1.6 casos por cada mil enfermos admitidos. Hay que recordar que en este centro un alto porcentaje de pacientes ingresan por problemas gastro-intestinales y que esto probablemente no refleja la realidad del país. A pesar de todo, esta cifra se encuentra muy por debajo de lo reportado en esa misma época -en los países sajones en que la incidencia era de aproximadamente 5 a 10 casos por cada 1000 admisiones. Posteriormente aparecen estudios en los cuales se analiza la frecuencia de este padecimiento en relación a la población total del área estudiada (5-7). En dichos estudios la incidencia de CUCI osciló entre 3.52 a 6.8 casos por 100,000 habitantes (Tabla 1).

TABLA 1

AREA	FECHA DEL ESTUDIO	INCIDENCIA (X100,000 HAB)	REFERENCIA
TEL-AVIV, ISRAEL	1961 - 1971	3.66	Gilat, et al (5)
E.U.A. (BLANCOS)	1973	3.52	Garland, et al (6)
COPENHAGEN, DINAMARCA	1961 - 1967	6.8	Bonnevie, et al (7)

En el estudio de Garland y colaboradores (6) efectuado en 15 áreas de los Estados Unidos y proyectado al total de la población del país, se estimó que aproximadamente 20,000 casos nuevos de CUCI o Enfermedad de Crohn serían detectados para el año de 1980, lo que indicaría un aumento en su incidencia anual.

Se han propuesto diversas hipótesis para explicar el origen de esta enfermedad. Se ha documentado la ocurrencia familiar de esta entidad en el 15 al 40% de los enfermos incluyendo mellizos mono y dizigóticos (8). El mecanismo de transmisión genética no se ha podido delucidar. El factor genético probablemente contribuye haciendo susceptible al individuo a factores externos como virus, bacterias, agentes químicos o antígenos alimentarios los cuales precipitan la aparición de la enfermedad.

Numerosas enfermedades ocurren con mayor frecuencia en personas con un mismo tipo de antígenos de histocompatibilidad (ej: enteropatía por gluten, esclerosis múltiple, miastenia gravis y diabetes juvenil). Excepto por la asociación de la iritis y la espondilitis anquilosante que complican a los padecimientos inflamatorios del intestino con el HLA - B₂₇, no se han encontrado otros marcadores antigénicos asociados al desarrollo de CUCI o enfermedad de Crohn. En 39 pacientes con enfermedad inflamatoria del intestino y espondilitis anquilosante, 50% mostraron positividad para el HLA - B₂₇ y los restantes fueron positivos para el Bw 16 (9). Otros -

estudios han reportado una mayor frecuencia de determinados grupos antigénicos en asociación con CUCI o enfermedad de Crohn pero los resultados no han sido uniformes (10-13).

En resumen, a pesar de que las investigaciones epidemiológicas y de antígenos de histocompatibilidad sugieren que los factores genéticos pueden tener un papel importante en la génesis de las enfermedades inflamatorias del intestino, es necesario que se realicen estudios más definitivos con el fin de aclarar el papel real que desempeñan.

Las infecciones microbianas continúan siendo consideradas como posibles factores etiológicos en la CUCI. Los padecimientos inflamatorios del intestino causados por gérmenes conocidos y algunas de reconocimiento reciente [*Yersinia enterocolitica* (14), *Campylobacter fetus* ss. *Jejuni* (15-16), *Vibrio cholerae* no grupo O (17)] y numerosos agentes bacterianos y virales que causan lesiones del intestino delgado y grueso en animales, guardan mucha semejanza a las enfermedades inflamatorias del intestino en humanos.

Se han tratado de inducir lesiones en animales de experimentación inyectando extractos de pared intestinal de pacientes con CUCI o enfermedad de Crohn con resultados insatisfactorios (18). La inyección de fragmentos estériles de pared celular de bacterias no viables (*Streptococcus* grupo A) en la pared del ciego o del ileon produce inflamación crónica granulomatosa la cual es atribuible a la presencia de complejos polipeptídicos comunes a la pared celular bacteriana (19).

Estudios bacteriológicos de la flora intestinal de sujetos con CUCI han dado resultados variables y no concluyentes. Se ha encontrado desde una flora normal hasta aumento en el número de *Streptococcus* grupo D y la presencia de *Escherichia coli* invasora (20). Anticuerpos aglutinantes contra el antígeno O de *E. coli* son más comunes en padecimientos inflamatorios del intestino que en la población general. La presencia de títulos aumentados

de dichos anticuerpos probablemente refleja un defecto en la barrera intestinal mas que un probable factor causal.

También se ha prestado mucho interés a la búsqueda de un agente viral como probable causante de este grupo de enfermedades. Dichas investigaciones - nacieron por la similitud de algunas enteropatías virales con la CUCI (21). La naturaleza no epidémica de estos padecimientos, la ausencia de contagio, la falta de relación entre las gastroenteritis virales y el inicio de estas enfermedades y la ausencia de anticuerpos a determinados agentes virales son datos en contra de una probable etiología viral (22). El personal médico y paramédico que se encuentra en contacto frecuente y prolongado - con estos pacientes no muestra una mayor incidencia de estos padecimientos lo que también va en contra de una etiología infecciosa (23).

A pesar de que la hipótesis que postula la probabilidad de que un agente - infeccioso sea el causal de la CUCI resulta atractiva, no tenemos evidencias suficientes en la actualidad que lo demuestren.

El interés desde el punto de vista inmunológico deriva de la asociación de las enfermedades inflamatorias del intestino con ciertos padecimientos de origen inmune (ej: iritis, púrpura trombocitopénica y Lupus eritematoso - sistémico), así como de la respuesta favorable al tratamiento con corticosteroides y el potencial de respuesta inmune que posee el tracto gastrointestinal.

Al principio se le dió mucho énfasis a la posibilidad de que la CUCI fuera una reacción alérgica a ciertos antígenos alimentarios especialmente a las proteínas de la leche de vaca. Actualmente sabemos que los inmunocitos circulantes de tipo IgE y el número de estos inmunocitos en el intestino delgado y grueso son normales lo que va en contra de esta probable etiología (24). Además, el tratamiento con cromoglicato disódico, un agente que disminuye la cantidad de eosinófilos en el exudado inflamatorio probable--

mente por disminución de la liberación de factores quimiotácticos de los mastocitos, es inefectivo en la CUCI (25).

La respuesta de anticuerpos a las inmunizaciones contra bacterias y virus comunes son normales en estos sujetos. No se han detectado deficiencias en los componentes mayores del complemento y los niveles séricos de IgA, IgG, IgM e IgE son normales o elevados lo que descarta una deficiencia en la inmunidad humoral como causa de estas enfermedades, aunque pueden ocurrir ocasionalmente en pacientes con deficiencias de inmunoglobulinas (26-27).

El suero de pacientes con CUCI puede tener anticuerpos que reaccionan in vitro con antígenos presentes en las células epiteliales colónicas productoras de moco, con tejidos colónicos fetales y células epiteliales de colon de ratas. La frecuencia de dichos anticuerpos oscila entre el 15% por inmunofluorescencia indirecta al 90% por hemaglutinación (28). Los pacientes con CUCI tienen títulos elevados de anticuerpos de hemaglutinación contra los lipopolisacáridos de *E. coli* O 14 (28) lo que sugiere la posibilidad que exista estimulación cruzada del sistema linfóide intestinal por los antígenos bacterianos y esto induzca la producción de anticuerpos anti colon. Se ha encontrado aumento en los títulos de anticuerpos anticolon en familiares de primer grado sanos de pacientes con CUCI lo que sugiere un probable origen genético (28).

Existen informes de la presencia de complejos antígeno-anticuerpos circulantes en algunos pacientes con CUCI o enfermedad de Crohn (29-30) aunque estos hallazgos han sido puestos en duda (31). Se han asociado a la presencia de complicaciones sistémicas, pero su demostración no correlaciona con el tipo de enfermedad inflamatoria, localización, severidad o tipo de manifestación extraintestinal de la enfermedad. La presencia de complejos inmunes en el curso de un evento inmunológico puede considerarse como "normal en el proceso de homeostasis". Sin embargo, los complejos inmunes derivados del intestino pueden contribuir a la inflamación intestinal

en las enfermedades inflamatorias del intestino por activación del sistema del complemento o iniciando la actividad linfocitotóxica contra las células intestinales. Se han demostrado dichos complejos en la membrana basal de las células epiteliales colónicas.

Las pruebas cutáneas contra antígenos bacterianos y de hongos son normales en la CUCI y normales o disminuidos en la enfermedad de Crohn (28). Los linfocitos circulantes de la mayoría de los pacientes con CUCI responden normalmente in vitro a varios mitógenos (32). Cuando se encuentra disminución de la inmunidad celular en CUCI esta regresa a lo normal después de la proctocolectomía.

Los linfocitos circulantes de pacientes con CUCI o enfermedad de Crohn son citotóxicos in vitro para células epiteliales colónicas autólogas. Esta citotoxicidad solo es demostrable en pacientes con enfermedad inflamatoria del intestino y es específica para células epiteliales colónicas y no para células gástricas, de intestino delgado y otros órganos (28). La importancia de esta citotoxicidad en la patogenia de las enfermedades inflamatorias del intestino aún no es clara. El grado de citotoxicidad es similar en todos los pacientes independientemente de la extensión o severidad de la enfermedad.

Las células mononucleares periféricas de estos pacientes producen cantidades aumentadas de IgG, IgM e IgA en cambio las células mononucleares intestinales muestran una disminución espontánea en la producción de anticuerpos (33). Este hallazgo sugiere la posibilidad de la existencia de un defecto primario de la inmunidad a nivel local que disminuya la resistencia de la barrera mucosa y facilite la inflamación local y aурente la respuesta inmune sistémica.

Con los conocimientos que se tienen hasta el momento no es posible establecer que un trastorno de la homeostasis inmune sea la causa de la CUCI.

Las alteraciones inmunes observadas en estos pacientes parecen representar mas consecuencias de la enfermedad que su causa. Probablemente la hipótesis correcta sea aquella que relacione los diversos factores que pueden favorecer al desarrollo de estos padecimientos (influencias genéticas e inmunes, factores externos y respuesta del huesped) y no aquella que trate de establecer uno de estos factores como el causal.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron en forma retrospectiva los expedientes clínicos de los pacientes admitidos a los diferentes servicios del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán en el período comprendido entre Junio de 1977 a Junio de 1982. De dichos expedientes se seleccionaron los de los pacientes que padecían Colitis ulcerosa crónica inespecífica. Además, revisamos los archivos de la consulta externa de proctología y gastroenterología lográndose recolectar otros casos cuyo diagnóstico se había realizado previamente a las fechas antes mencionadas y que continuaban siendo atendidos en estos servicios.

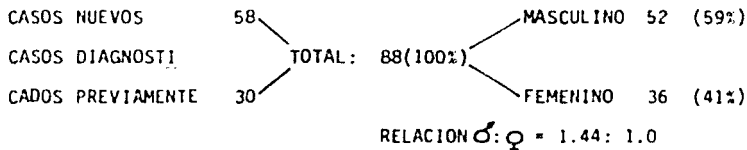
Analizamos la frecuencia del padecimiento en relación al número total de admisiones, la distribución por sexo y edad, ocupación, nivel socioeconómico y medio ambiente del cual provenía el paciente, raza, personalidad y antecedentes heredo familiares en relación a CUCI. Se registraron cuales fueron los síntomas principales, el intervalo de tiempo desde la presentación de las primeras manifestaciones al diagnóstico clínico, la forma de inicio, severidad clínica y tiempo de seguimiento. Revisamos los diversos estudios de utilidad en el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes, la extensión de la enfermedad y la presencia de complicaciones locales y sistémicas. También analizamos los diferentes tipos de tratamiento utilizados, las indicaciones de manejo quirúrgico y la evolución posterior a este, la mortalidad general y operatoria. Finalmente tratamos de establecer algunos factores que pueden ser de utilidad en la ela-

boración de un índice que actividad clínica y algunos otros que pueden - guardar importancia en el establecimiento del pronóstico de la enfermedad.

RESULTADOS

En el intervalo de tiempo durante el cual se efectuó el estudio fueron - admitidos un total de 22 150 pacientes. De estas admisiones 58 casos co rrespondieron a CUCI lo que nos da una incidencia anual de 2.6 casos por cada 1000 admisiones. Además de estos 58 pacientes, incluimos en el estudio otros 30 casos los cuales habían sido admitidos y diagnosticados - previamente pero continuaban siendo controlados periódicamente en las - consultas de Gastroenterología y Proctología del Instituto. Reuniendo - los dos grupos tenemos un total de 88 pacientes. Del total de pacientes 52 eran del sexo masculino (59%) y 36 del sexo femenino (41%) lo que nos da una relación masculino: femenino de 1.44 a 1 (Diagrama No. 1).

DIAGRAMA No. 1.



La edad de inicio del padecimiento se encuentra detallada en la Tabla No. 2 y la figura No. 1. Se puede apreciar claramente que el pico máximo de presentación ocurre entre la segunda y tercera décadas de la vida y esto es similar para ambos sexos. La incidencia vuelve a aumentar hacia la - sexta década pero este pico es menor. Cabe mencionar que en esta Institu ción la mayor parte de los ingresos corresponden a sujetos mayores de 15 años y esto podría alterar en cierta forma nuestra gráfica de distribu- ción por edades.

La mayor parte de nuestros pacientes provengan de un medio urbano (84.1%) mientras que solo el 15.9% eran de medio rural. Sesenta y siete pacientes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(76.1%) provenían de nivel socio-económico medio o bajo y 21 (23.9%) de nivel alto (Tabla No. 3). El tipo de labores que desempeñaban nuestros pacientes era variable y se encuentran detalladas en la Tabla No. 4.

El grupo racial de nuestros pacientes no estaba especificado en la mayoría de los expedientes. Este dato solo se pudo obtener en nueve casos, - seis de los cuales eran mestizos y los restantes de raza blanca.

Las alteraciones psicológicas encontradas fueron ansiedad en 24 casos - (27.3%), depresión en 8 (9.1%), la combinación de ansiedad y depresión en 3 (3.4%), personalidad obsesivo compulsiva en 13 (14.8%), personalidad esquizoide en 3 (3.4%) y los 37 restantes (42%) no mostraban alteraciones.

Se hizo énfasis en la historia familiar de CUCI obteniéndose este dato positivo en dos casos (madre e hijo con colitis ulcerosa crónica, ambos atendidos en este centro). Este dato representa un 2.3% de incidencia familiar del padecimiento.

CUADRO CLINICO

Los síntomas que presentaron nuestros pacientes y su frecuencia se encuentran enumerados en la Tabla No. 5. La diarrea constituyó el síntoma principal en gran número de casos y se presentó en 98.9% de los pacientes. - Las heces eran líquidas o semilíquidas y en un alto porcentaje estaban acompañadas de sangre o mucosidad. Se presentó como único síntoma en un paciente (1.1%). Su intensidad fue variable presentando los pacientes entre 3 a 20 evacuaciones al día.

La presencia de sangre en las evacuaciones fue el segundo síntoma en frecuencia y lo encontramos en el 86.4% de los casos. Generalmente iba asociada a las evacuaciones diarreicas pero en 1 caso (1.1%) fue la única ma

nifestación clínica al momento del diagnóstico. La pérdida sanguínea fue variable pero condicionó anemia de diverso grado en el 50% de los casos.

Las evacuaciones se acompañaron de moco en el 76.1% de los casos. El 65.9% de los pacientes presentaron dolor abdominal, este era de tipo cólico, de localización en hemiabdomen inferior, frecuentemente precedía a las evacuaciones y mejoraba al defecar. Otros síntomas de importancia fueron tenesmo o pujo rectal los que encontramos en el 63.6%.

La pérdida de peso y fiebres persistentes fueron síntomas vistos con menor frecuencia (37.5% y 32.9% respectivamente) pero su importancia estaba en su relación con la severidad del padecimiento ya que usualmente los encontramos asociados a casos graves. Otros síntomas encontrados fueron anorexia, cefaleas y malestar general.

La enfermedad se inició en forma aguda y abrupta en el 11.4% de los casos mientras que en el 88.6% restantes su inicio fue gradual y de curso prolongado. El intervalo de tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas al momento del diagnóstico fue de 26.4 meses en promedio con un rango de 0.5 a 312 meses.

La severidad del padecimiento fue evaluada al inicio de la enfermedad y a través de su evolución. Se establecieron tres grados de severidad de acuerdo al número de evacuaciones y grado de afección del estado general. Se considera como un caso leve aquel que tiene menos de cuatro evacuaciones al día, no se asocia a anemia, fiebre, pérdida de peso ni hipalbuminemia. Caso severo es aquel que tiene más de seis evacuaciones al día acompañadas de una cantidad considerable de sangre, se asocia a anemia, fiebres, taquicardia, pérdida de peso o hipalbuminemia. Casos moderados son aquellos que encontramos con características intermedias entre leves y severos (34). Utilizando esta clasificación "arbitraria" encontramos que 24 pacientes (27.3%) tenían un padecimiento leve al inicio de la en-

fermedad, en 22 (25%) el padecimiento era moderado y en 40 (45.4%) era se vero.

Los métodos de diagnóstico utilizados se presentan en la Tabla No. 6. - Como pueden apreciar en dicha Tabla la rectosigmoidoscopia se llevó a cabo en todos los pacientes y fué el estudio diagnóstico utilizado de prime ra intención. Los hallazgos endoscópicos en fases tempranas del padecimiento fueron edema e hiperemia de la mucosa y pérdida del patrón vascular normal. En fases mas avanzadas la mucosa toma un aspecto granular, - se torna friable. Finalmente aparecen úlceras discretas, hay hemorragia espontánea y formaciones pseudopolipoides. Podemos en un momento dado en con trar combinaciones de los hallazgos antes descritos.

El colon por enema fué realizado en 84 pacientes (95.4%). Los hallazgos radiológicos se presentan en la Tabla No. 7.

Los hallazgos que con mayor frecuencia observamos fueron la presencia de espiculaciones finas (borde aserrado), pérdida de las austraciones, dismi nución de calibre y acortamiento del colon. Encontramos pseudopólipos en el 23.8% de los casos y estenosis franca en el 7.1%. En ningún caso observamos fístulas, hallazgo que es extraordinario en la CUCI y muy común en la enfermedad de Crohn. En 22 casos el colon por enema fue considerado normal y en 21 de dichos casos la afección estaba limitada al recto y sigmoides lo cual explica el porque de la falla. En la Tabla No. 8 se - analiza la sensibilidad del colon por enema y su relación con la extensión de la enfermedad.

La biopsia rectal se hizo en 70 pacientes (79.5%). Los hallazgos descritos desde el punto de vista histológico son la presencia de microabscesos a nivel de las criptas de las glándulas mucosas, ulceraciones confinadas generalmente a la mucosa y rodeadas de infiltrado inflamatorio intenso - inespecífico y disminución en el número de células calciformes. La mucosa

sa muestra cambios regenerativos variables y pueden verse cambios de metaplasia y displasia. Las áreas ulceradas pueden ser confluentes dejando extensas porciones de colon desnudas de mucosa. Pueden quedar islotes de mucosa con cambios inflamatorios los que dan origen a los pseudopólipos. La mucosa que recubre los pseudopólipos muestra cambios regenerativos diversos, inflamación crónica y puede mostrar cambios de metaplasia y displasia (35). En nuestro estudio la biopsia rectal mostró cambios compatibles o diagnósticos de CUCI en 60 pacientes (85.7%). En 10 pacientes (14.3%) los hallazgos histológicos fueron totalmente inespecíficos y no pudieron considerarse compatibles con el diagnóstico clínico. En 18 pacientes y por diversos motivos no se realizó biopsia. En la Tabla No. 9 resumimos el grado de correlación que hubo entre el diagnóstico clínico-endoscópico y la histología.

Se efectuó colonoscopia en 24 pacientes (27.3%). Se indicó el estudio con el fin de evaluar áreas estenóticas, valorar la extensión del padecimiento en los casos que el colon por enema o la rectosigmoidoscopia no fueron concluyentes, para descartar neoplasia en los casos de evolución prolongada y con el fin de corroborar el diagnóstico en casos dudosos. Los hallazgos fueron similares a los descritos cuando nos referimos a la rectosigmoidoscopia y no se presentaron complicaciones atribuibles al procedimiento. Se trató de hacer una correlación entre el grado de actividad clínica y la actividad desde el punto de vista endoscópico (rectosigmoidoscopia) encontrándose que hubo concordancia en el 50% de los casos. En los casos restantes existía mayor actividad desde el punto de vista clínico que desde el punto de vista endoscópico o viceversa.

La extensión del padecimiento se determinó mediante estudios radiológicos, endoscópicos o cuando fue posible con el estudio anatómico-patológico. Los hallazgos encontrados se analizan en la Tabla No. 10 y la Figura No. 2.

Como podemos ver el 19.3% de los casos correspondieron a proctitis ulcerosa crónica inespecífica, la afección se localizó a uno o varios segmentos del colon izquierdo en 59.1% y afectó el colon derecho en el 38.6%. En dos casos no se completaron los estudios por lo que fue imposible determinar la extensión del padecimiento. No encontramos casos de afección segmentaria del colon (sin afección rectal) la cual ha sido descrita en muy raras ocasiones por otros autores y que representa un mínimo porcentaje de los casos de CUCI y que nos obliga a hacer el diagnóstico diferencial con la enfermedad de Crohn.

Al relacionar la extensión del padecimiento con la severidad clínica inicial nos percatamos que entre mas extenso es el padecimiento un mayor porcentaje de casos se presentan con actividad clínica severa y este hecho alcanza significancia estadística cuando la afección llega hasta el colon derecho. (Tabla No. 11).

Las complicaciones asociadas a la CUCI las dividimos en locales y sistémicas, las últimas a su vez las separamos de acuerdo al órgano o sistema afectado (Tabla No. 12 y 13).

La más frecuente de las complicaciones locales fue la formación de lesiones pseudopolipoides. Le sigue en orden de frecuencia la presencia de hemorroides aunque es importante mencionar que dicha frecuencia no difiere en forma significativa de la encontrada en la población general. Estenosis a nivel del colon se presentaron en seis casos y todas fueron de tipo benigno. Fisuras anales, abscesos perianales e isquiorectales y prolapso rectal fueron complicaciones vistas con menor frecuencia y fueron controlables con tratamiento médico o quirúrgico local. Tres pacientes desarrollaron megacolon tóxico y fueron manejados médicamente en forma inicial con buena respuesta en dos y el tercero requirió cirugía de urgencias falleciendo posteriormente por complicaciones abdominales secundarias a esta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Un paciente desarrollo fistulas perianales secundarias a absceso perirectal. Finalmente un paciente desarrollo un adenocarcinoma de sigmoides 11 años después de diagnosticársele CUCI con afección general. Fué tratado quirúrgicamente con buena evolución de su neoplasia hasta el momento actual. Algunos pacientes desarrollaron más de una complicación local durante la evolución de su padecimiento.

De las complicaciones sistémicas las hematológicas fueron las más frecuentes presentándose en el 59.1% de los pacientes y de estas la anemia fué la principal. El grado de anemia fué leve en 12 pacientes (13.6%), moderada en 23 (26.2%) y severa (Hb < 8g/dl) en 9 (10.2%). La anemia generalmente era secundaria al sangrado rectal y desde el punto de vista de clasificación fue de tipo normocítica normocrómica en 21 casos (47.7%), microcítica hipocrómica en 22 (50%) y macrocítica hiperocrómica en 1 (2.3%). En este último caso la anemia fue secundaria a deficiencia de folatos y vitamina B₁₂ en un paciente con desnutrición severa.

Otras complicaciones hematológicas fueron la presencia de trombocitosis - en cinco pacientes, el desarrollo de tromboflebitis de miembros inferiores en dos pacientes uno de los cuales se complicó con tromboembolia pulmonar que requirió manejo con anticoagulantes.

La estomatitis aftosa fue la complicación mucocutánea vista con mayor frecuencia y se presentó en el 9.1% de los pacientes. Le siguieron en frecuencia el eritema nodoso y vasculitis cutáneas.

Quince pacientes (17.0%) presentaron alguna manifestación articular de importancia. 13 (14.8%) desarrollaron artritis de grandes articulaciones, un paciente presentó sacroileitis y la tipificación de antígenos de histocompatibilidad demostró que era HLA-B₂₇ positivo. Otro paciente tenía cambios clínicos y radiográficos típicos de espondilitis anquilosante.

Entre las complicaciones hepáticas observadas pudimos apreciar que la co-

langitis esclerosante fué la más frecuente (2.3%). Le siguen en orden de frecuencia la pericolangitis (1.1%) y la fibrosis portal (1.1%). Dos pacientes más presentaban alteraciones persistentes en las pruebas de función hepática pero al momento de finalizar el estudio no se había aclarado que tipo de hepatopatía padecían.

Un paciente desarrolló glomerulonefritis proliferativa intra y extracapilar que requirió manejo con esteroides a altas dosis para su control. Otras complicaciones observadas fueron desnutrición de grado variable e hipoalbuminemia.

Las alteraciones encontradas en los exámenes de laboratorio se encuentran detalladas en la Tabla No. 14.

La anemia se presentó en el 50% de los pacientes como habíamos mencionado previamente. Observamos leucocitosis con neutrofilia en el 27.3% de los pacientes y aumento de la sedimentación globular en 20/27 (74.1%). Estas alteraciones las apreciamos en pacientes con actividad clínica severa y pudieran ser útiles en la elaboración de un índice de actividad como veremos posteriormente.

La presencia de sangre en el excremento la observamos en el 87.8% de los casos y esto demuestra la tendencia hemorrágica de la enfermedad. El 7.3% de los pacientes presentan alguna parasitosis intestinal concomitante y de estas la amibiasis es la más frecuente y debe tenerse en mente. En el 5.8% de nuestros enfermos se cultivaron gérmenes del género *Shigella* complicando en algún momento la evolución del padecimiento.

Las alteraciones electrolíticas encontradas con mayor frecuencia fueron la hipokalemia e hiponatremia. La frecuencia de estas anomalías va a depender del grado de actividad al momento de realizar el estudio.

De las pruebas de función hepática la que con mayor frecuencia encontramos alterada fue la fosfatasa alcalina y dicha alteración coincidía con elevación de las transaminasas en la mitad de los casos. En siete de los pacientes con elevación de la fosfatasa alcalina existía alguna hepatopatía demostrada.

De las pruebas inmunológicas, el factor reumatoide fue positivo en 1 de 23 pacientes. Dicho paciente padecía de artritis reumatoide y CUCI simultáneamente.

En la Tabla No. 15 enumeramos los padecimientos que encontramos asociados a nuestros casos de CUCI. Las cinco primeras enfermedades enumeradas corresponden a entidades con un fondo inmunológico y su asociación con la CUCI nos inclina a pensar que el origen de esta entidad también este relacionado a alteraciones en el sistema inmune. Los restantes padecimientos son de etiología variable y su presentación en asociación a la CUCI es probablemente coincidencia o representa una complicación del tratamiento con esteroides.

El manejo inicial de nuestros pacientes fue de tipo médico y los medicamentos utilizados fueron la salicilazo sulfapiridina (azulfidina), - - ACTH, corticosteroides e inmuno-supresores del tipo de la azathioprina. En 39 pacientes (44.3%) el único medicamento utilizado fue la azulfidina y esto probablemente se deba al alto porcentaje de casos con afección - limitada al recto y sigmoides. En los restantes casos (55.7%) se utilizaron drogas esteroideas en alguna de sus presentaciones ya fueran solas o en combinación con otros medicamentos. En solo siete casos (7.9%) - hubo necesidad de recurrir a drogas inmunosupresoras.

La evolución clínica después del tratamiento médico se detalla en la Ta-

bla No. 16. El 55.7% presentaron mejoría con este tipo de manejo, 10.2% continuaron en iguales condiciones, 3.4% mostraron deterioro. 15.9% requirieron cirugía y las indicaciones de este tipo de tratamiento se detallan mas adelante. Dos pacientes fallecieron sin haber sido operados (2.3%) y los 11 restantes no fueron valorables por la irregularidad de su asistencia o por haber abandonado el hospital. En las Tablas No. 17 y 18 analizamos la relación existente entre la extensión de la enfermedad y la presencia de complicaciones sistémicas con la evolución posterior del padecimiento. Nuevamente recalcamos que entre mas extensa sea la afección colónica mayor es la actividad clínica y como podemos ver en la Tabla No. 17 la respuesta al tratamiento es menor cuando el padecimiento abarca hasta el colon derecho. El 35.3% de los pacientes con enfermedad extensa (hasta colon derecho) requirieron tratamiento quirúrgico y los casos de muerte ocurrieron en este mismo grupo. La presencia de complicaciones sistémicas no parece influir en forma importante en la respuesta al tratamiento como podemos apreciar en la Tabla No. 18. A pesar de que un mayor porcentaje de pacientes del grupo con complicaciones sistémicas requirió cirugía, la diferencia en relación con el grupo sin complicaciones no alcanzó significancia desde el punto de vista estadístico. Si relacionamos la actividad clínica inicial con la evolución posterior vemos que no existe diferencia importante entre los tres grupos (Tabla No. 19). Cabe mencionar que la presencia de complicaciones sistémicas o de actividad clínica severa al inicio del padecimiento no nos permiten establecer un pronóstico adecuado en cuanto a la evolución posterior del paciente y que para tal fin sería de mayor utilidad basarse en la extensión de la enfermedad.

Catorce (15.9%) de nuestros pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente y las indicaciones para dicho tratamiento se especifican en la Tabla No. 20. Doce enfermos fueron sometidos a cirugía debido a la extensión del padecimiento y su evolución prolongada, a lo cual se le agregó la presencia de estenosis en dos y falla al manejo médico en siete, de estos últimos, dos eran sujetos muy jóvenes. Un paciente desarrolló megacolon tóxico que no respondió al manejo médico intensivo y fue operado de urgencias. El otro enfermo

desarrolló un cáncer de sigmoides en una colitis generalizada de larga evolución realizándosele una resección colónica parcial. Dicho paciente ha evolucionado con actividad leve en el remanente colónico pero sin evidencias de actividad tumoral local o sistémica.

En la Tabla No. 21 enumeramos los tipos de cirugía realizadas y la evolución posterior de los enfermos. De los siete pacientes sometidos a proctocolectomía total con ileostomía cuatro evolucionaron en forma excelente y no desarrollaron problemas posteriores. Un paciente mejoró del problema intestinal pero persistió con actividad progresiva de la hepatopatía que presenta ba como complicación de la CUCI. Dos fallecieron después de la cirugía por problemas infecciosos locales y sistémicos. Uno de ellos fue operado en forma urgente por megacolon tóxico y las condiciones clínicas antes de la cirugía eran precarias mientras que el otro fue intervenido en forma electiva. A cinco pacientes se les realizó colectomía parcial con ileo-recto anastomosis, dos de ellos evolucionaron en forma excelente sin actividad en el remanente de colon mientras que los tres restantes presentaban actividad de grado variable y requirieron manejo médico posterior. Uno de estos tres pacientes permanecía con actividad intensa a pesar del tratamiento médico y se le extirpó el remanente de colon en un segundo tiempo evolucionando hacia la curación de la colitis aunque persiste con actividad de su hepatopatía. A dos sujetos se les efectuó colectomía parcial pero en estos casos con colo-colo anastomosis, persistiendo ambos con actividad tolerable de la colitis después del manejo médico pero requiriendo vigilancia periódica posterior mediante colonoscopia ya que la indicación quirúrgica en uno fue la presencia de una neoplasia maligna de sigmoides y en el otro la presencia de una estenosis benigna en una colitis universal de larga evolución.

En la Tabla No. 22 se analizan las complicaciones post-operatorias observadas. 57% desarrollaron alguna complicación post-operatoria la mayoría de tipo infecciosa. Dos (14.3%) fallecieron por problemas infecciosos graves y dentro del período post-operatorio temprano.

De los 34 pacientes que presentaban complicaciones sistémicas de tipo cutáneas, articulares, hepáticas o renales, en 28 dicha complicación mejoró o desapareció, persistió de igual magnitud en 3 (2 con hepatopatía y uno con artritis de grandes articulaciones) y empeoró en 3 (todos con hepatopatía - uno de los cuales falleció en coma hepático). Como podemos ver la complicación sistémica que menos se modificó a pesar del tratamiento médico-quirúrgico fue la hepatopatía (5 de 6 pacientes) y de estas la colangitis esclerosante tuvo en carácter progresivo en los dos enfermos que la presentaban - uno de los cuales desarrolló cirrosis biliar secundaria y falleció en coma hepático.

Las complicaciones sistémicas más frecuentes fueron las hematológicas y de éstas la anemia que afectó al 50% de los enfermos. Dicha complicación se encontraba íntimamente relacionada con el grado de actividad de la CUCI y mejoraba al disminuir la actividad de dicha entidad, y con el uso de hierro y transfusiones en los casos que los ameritaban. La hipalbuminemia y desnutrición guardaban una relación similar a la de la anemia.

En la Tabla No. 23 analizamos la mortalidad de nuestra serie de pacientes con CUCI y sus causas. El 3.4% de los enfermos fallecieron por factores relacionados al padecimiento de base o sus complicaciones, de estos - 2 (2.3%) murieron en el post-operatorio por problemas sépticos y 1 (1.1%) falleció en insuficiencia hepática por cirrosis biliar secundaria a colangitis esclerosante. Otros dos pacientes fallecieron por problemas independientes a la CUCI y se detallan en dicha Tabla. En resumen, 5 de los 88 - pacientes fallecieron lo que nos da una mortalidad general de 5.6% y de - estos 3 (3.4%) fallecieron por la CUCI y sus complicaciones. Dos de los - 14 pacientes operados fallecieron en el post-operatorio inmediato lo que - nos da una mortalidad operatoria del 14.3%.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

En el presente estudio demostramos un aumento notable de la incidencia - -

anual de CUCI en esta Institución el cual llegó a ser el doble de lo reportado por De Esesarte y colaboradores (2-4) en la década de los sesentas. - Esta cifra se encuentra aún por debajo de lo reportado en la literatura sajona. Nuestros resultados no pueden ser extrapolados a la población general del área o país ya que nuestro hospital es un centro de referencias para pacientes con padecimientos del aparato digestivo, además, el número de enfermos menores de 15 años vistos en esta Institución es mínimo y como es del conocimiento de todos este es el grupo de población mas numeroso del país, el cual quedaría fuera de nuestro análisis. Por estas razones proponemos que se realice un estudio epidemiológico de la población en general de diversas áreas que se consideren representativas para poder así conocer en una forma mas precisa la incidencia y prevalencia real de esta enfermedad en el país.

En lo que se refiere al sexo, hubo preponderancia de los pacientes masculinos (relación de 1.44 a 1.0). Esto difiere de lo descrito en poblaciones de origen inglés en que existe un franco predominio de este padecimiento - en las mujeres (36). En otros países en los que existe mayor mezcla racial disminuye la preponderancia de esta enfermedad en el sexo femenino (37) y probablemente esto explique los resultados encontrados en este estudio.

La mayor parte de nuestros pacientes presentaron sus síntomas iniciales entre la segunda y tercera décadas de la vida. En la sexta década y específicamente entre los 55 y 60 años, encontramos un segundo pico de presentación pero este es de menor importancia que el anterior. Estos resultados concuerdan con los reportados por Rogers, Clark y Kirsner (38) y los comparados en las figuras 3-1 y 3-2.

En nuestra serie la mayoría de los pacientes provenían de un medio considerado urbano. Esto concuerda con lo reportado por Acheson y Neffgen en - 1944 (39) pero en la actualidad varios autores (40, 41) han demostrado un aumento de estas enfermedades en individuos de medio rural.

Las grandes series publicadas en los Estados Unidos de Norteamérica demuestran que la mayor parte de los enfermos con CUCI pertenecen a un nivel socio-económico y educacional altos (38) lo cual difiere de nuestro trabajo - en que solo el 23.9% de los pacientes pertenecían a este estrato socio-económico, el 52.2% eran de nivel socio-económico medio y el 23.9% restantes - de nivel bajo.

En lo que se refiere al cuadro clínico, los síntomas principales fueron la presencia de evacuaciones diarreas (98.9%), sangrado rectal (86.4%) y dolor abdominal de grado variable (65.9%). Otras manifestaciones de importancia fueron tenesmo o pujo rectal (63.6%), pérdida de peso (37.5%) y fiebres en el 32.9%. En la mayoría de los casos los síntomas aparecieron en forma gradual y solo en el 11.4% de los pacientes se iniciaron en forma abrupta. Estos hallazgos son similares a los reportados por otros grupos (42, 43). Cabe mencionar que la fiebre se encontró solo en la tercera parte de los - enfermos pero guardaba íntima relación con la severidad del padecimiento.

Los estudios diagnósticos de mayor utilidad fueron la rectosigmoidoscopia - con toma de biopsias, el colon por enema y en algunos casos especiales la - colonoscopia. El porcentaje de pacientes que fueron sometidos a estos estudios se detalla en la Tabla No. 6. El procedimiento diagnóstico inicial - fue la rectosigmoidoscopia la cual se efectuó en el 100% de los casos y además sirvió como estudio para valorar la evolución endoscópica de los pacientes. El colon por enema se efectuó en el 95.4% de los enfermos y nos permitió consolidar el diagnóstico y determinar la extensión del padecimiento - así como de alguna de sus complicaciones en el 73.8%. En los casos en que el estudio fue negativo la extensión del padecimiento se trató de determinar por estudios endoscópicos comprobándose que la lesión estaba confinada a las porciones distales del intestino (recto o recto y sigmoides) o se encontraba en fases tempranas. Esto explica el por qué de la falla del estudio radiológico.

La biopsia rectal se llevó a cabo en el 79.5% de los pacientes. Fue compa-

tible con el diagnóstico clínico o totalmente diagnóstica en el 85.7%. En el 14.3% restantes el diagnóstico se estableció desde el punto de vista clínico, endoscópico, radiológico y valorando la respuesta al tratamiento "específico". Cuando menos estos pacientes fueron estudiados tres veces desde el punto de vista endoscópico y por diversos observadores quienes concordaron en el diagnóstico.

Se realizaron diversos estudios de laboratorio que incluyen citología hemática, exámenes coproparasitológicos, coprocultivos, química sanguínea y estudios inmunológicos en algunos sujetos. Estos exámenes nos permitían descartar padecimientos infecciosos que pueden simular CUCI, infecciones bacterianas o parasitarias concomitantes y valorar algunas de las manifestaciones sistémicas de la enfermedad. La presencia de anemia, velocidad de eritrosedimentación elevada e hipoalbuminemia las utilizamos para clasificar en forma arbitraria la severidad y, además, para tratar de establecer un índice de severidad clínica que detallaremos a continuación. Los parámetros tomados en cuenta para la realización de este índice fueron la presencia de fiebres persistentes, disminución de los niveles séricos de albúmina, anemia, leucocitosis, la presencia de desnutrición, el número de evacuaciones y la sedimentación globular. A cada parámetro se le asignó un puntaje de acuerdo a su valor predictivo positivo y se detallan en las Tablas 24 y 25. De esta forma a la presencia de desnutrición se le asignan tres puntos; a la de fiebres, albúminas séricas menores de 3.5 g/dl y hemoglobina menor de 12.5 g/dl dos puntos. Si existe leucocitosis y sedimentación globular elevadas se le asigna un punto. De acuerdo al número de evacuaciones diarias se asignarán 1, 2 ó 3 puntos (Ver Tabla No. 24). Una vez asignada la puntuación se realiza la suma de los puntajes. Si el paciente tiene entre uno y tres puntos se considera que la actividad clínica es leve, entre cuatro y siete puntos moderada y entre ocho y catorce severa (Tabla No. 25). Para facilitar el aprendizaje de este índice colocamos los parámetros de tal forma que con sus letras iniciales formamos la palabra "FALADES" la cual nos sirve de nemotécnica. Para memorizar los puntajes recordamos los números como si se tratara de un número telefónico

(22 - 12 - 31) como podemos ver en la Tabla 25. Sólo quedaría por fuera la puntuación dada por el número de evacuaciones que sería 1, 2 ó 3 respectivamente. Con la elaboración de este índice pretendemos que la actividad sea evaluada uniformemente y de una manera más objetiva que como se ha hecho hasta el momento.

A continuación damos algunos ejemplos clínicos para facilitar la comprensión de este índice.

Ejemplo 1: Paciente masculino de 25 años de edad a quien se le diagnóstico CUCI hace seis meses. Al momento de la evaluación presentaba cinco evacuaciones mucosanguinolentas diarias, su estado nutricional se encontraba dentro de lo normal, no había historia de fiebres. Sus exámenes de laboratorio mostraban leucocitos de 12,000 x mm³, sedimentación globular de 20 mm/h, hemoglobina de 13 g/dl y albúmina sérica de 3.2 g/dl. - Al aplicar nuestro índice de actividad encontramos:

	PUNTOS
F (FIEBRES)	0
A (ALBUMINA)	2
L (LEUCOCITOSIS)	1
A (ANEMIA)	0
D (DESNUTRICION)	0
E (EVACUACIONES)	2
S (SEDIMENTACION GLOBULAR)	1
	<hr/>
TOTAL -	6

De acuerdo al puntaje obtenido el paciente presentaba una actividad moderada de su colitis al momento de ser valorado.

Ejemplo 2: Mujer con colitis ulcerosa universal de cinco años de evolución. Acude por presentar desde hace 15 días ocho evacuaciones diarias con moderada cantidad de sangre, su estado nutricional es pobre y presen

ta elevaciones térmicas de hasta 39°C diariamente. Sus exámenes generales muestran hemoglobina de 8 g/dl, leucocitos de 20,000 x mm³, sedimentación globular corregida de 30 mm/h y albumina de 2.5 g/dl. Su índice de actividad nos da el siguiente resultado.

PUNTOS		
F	-	2
A	-	2
L	-	1
A	-	2
D	-	3
E	-	3
S	-	1
<hr style="width: 10%; margin: 0 auto;"/>		
TOTAL 14		

En esta paciente nuestro índice comprueba la impresión clínica de actividad severa.

Ejemplo 3: Paciente masculino de 15 años de edad a quién se le demostró - hace seis meses padecer de CUCI que afectaba el hemicolon izquierdo. Se - trató inicialmente con prednisona y en la actualidad recibe 3 gramos diarios de azulfidina como único tratamiento. Refiere tener 5 evacuaciones - pastosas al día con escasa cantidad de moco pero sin sangre. Niega tener fiebres en los últimos dos meses y su estado nutricional es adecuado. Sus exámenes de laboratorio son normales excepto la sedimentación globular que fue de 18 mm/h. Al aplicar el índice de actividad encontramos:

PUNTOS		
F	-	0
A	-	0
L	-	0
A	-	0
D	-	0

		PUNTOS
E	-	2
S	-	1
		<hr style="width: 10%; margin: 0 auto;"/>
TOTAL		3

De acuerdo con los resultados la actividad clínica en nuestro paciente es leve y el manejo utilizado ha logrado controlar en forma satisfactoria el padecimiento.

Otro aspecto importante de recalcar es que la actividad clínica no necesariamente concuerda con la actividad desde el punto de vista endoscópico - (concordancia en solo el 50%) y que es preferible valorar ambos parámetros antes de determinar un cambio en la terapéutica. Considero que utilizando este índice de actividad clínica en forma periódica y realizando valoraciones endoscópicas simultáneas podemos tener una idea mas clara de la evolución de nuestros enfermos así como de la respuesta al tratamiento instituido.

La extensión de la enfermedad al momento de la valoración inicial se detalla en la Tabla No. 10 y la figura No. 2. En el 35.2% el padecimiento afectaba solo el recto o el recto y sigmoides, afectaba el colon izquierdo en el 23.9%, todo el transversal y el colon izquierdo en el 5.7% y la afección abarcaba todo el colon en el 32.9%. Si comparamos estos resultados con los de Edwards y Truelove (43) encontramos que un mayor porcentaje de nuestros enfermos tienen solo afección distal (35.2% vs 25%). También hay que mencionar que el porcentaje de pacientes con CUCI generalizada es mayor que en esta serie (32.9% vs 25%) y que el número de pacientes con extensiones intermedias es significativamente menor (29.6% vs 50%). Este hecho tiene importancia ya que entre mas extenso es el padecimiento los síntomas de presentación tienden a ser mas severos como se detalla en la Tabla No. 11, en la que se menciona que el 73.5% de los pacientes con afección colónica generalizada presentaban actividad clínica seve-

ra al momento de la valoración inicial y que solo el 23.5% de los sujetos con lesión distal presentaban este grado de actividad ($p < 0.01$). La extensión al momento de la valoración inicial puede servirnos como factor pronóstico ya que aquellos enfermos que tienen enfermedad mas extensa presentan la mayor mortalidad y requieren ser intervenidos quirúrgicamente con mayor frecuencia (Ver Tabla No. 17).

El 58% de nuestros enfermos presentaron alguna complicación local de las descritas en asociación con la CUCI. De estas, la pseudopoliposis fue la mas frecuente. Los pseudopólipos son lesiones esencialmente mucosas y se consideran una complicación específica de la CUCI y en menor frecuencia de la enfermedad de Crohn. Pueden ocurrir como lesiones aisladas o confluentes y se observan con mayor frecuencia en los casos severos. Actualmente se considera que estas lesiones no son pre-cancerosas aunque algunos autores han tratado de demostrar su transición a adenomas y posteriormente a lesiones malignas (44). El hecho de encontrar pseudopólipos no indica que se efectuen cambios terapéuticos y no es una indicación de colectomía. Cuando estas lesiones alcanzan tamaño gigante pueden simular neoplasias y en estos casos puede ser necesaria la cirugía o la extirpación transendoscópica.

Otras complicaciones frecuentes fueron las ano-rectales y de estas las hemorroides, fisuras, abscesos, prolapso rectal y fistulas perianales fueron las mas importantes en orden de frecuencia. Las hemorroides las observamos en el 28.4% de los pacientes y, como ya se mencionó en los resultados, esta cifra no difiere de la frecuencia encontrada en la población general. Este es un padecimiento sumamente frecuente y probablemente no debe ser considerado como una complicación de la CUCI. Las fisuras anales las observamos en el 5.7% y generalmente coincidían con los periodos de gran actividad de la enfermedad. Las otras patologías ano-rectales fueron encontradas en un porcentaje menor.

Tres enfermos desarrollaron megacolon tóxico (3.4%) y uno de ellos requi-

rió manejo quirúrgico falleciendo posteriormente por abscesos abdominales y septicemia. Todos estos enfermos presentaban colitis universal severa. Un enfermo (1.1%) desarrolló un carcinoma de sigmoides 11 años después de diagnosticársele CUCI con afección general la cual estaba inactiva al momento de diagnosticársele el cáncer.

Como se mencionó en los resultados, las complicaciones sistémicas de la enfermedad se agruparon de acuerdo al órgano o sistema afectados y se detallan en la Tabla No. 13. Aproximadamente el 84.1% de los pacientes presentaron alguna de las complicaciones generales descritas en asociación a la CUCI y de estas las hematológicas y específicamente la anemia fue la principal. El grado de anemia fue variable y guardaba estrecha relación con la intensidad del sangrado intestinal y el estado nutricional.

Dos enfermos presentaron tromboflebitis de miembros inferiores y uno de ellos desarrolló embolia pulmonar. Este tipo de complicaciones han sido descritas por otros autores (45) tanto en asociación a la CUCI como a la enfermedad de Crohn y su frecuencia es significativamente mayor que en la población general (53).

Las complicaciones articulares observadas con mayor frecuencia en las enfermedades inflamatorias intestinales son la artritis perisférica y la sacroileitis en asociación o no con espondilitis anquilosante (46 - 50). Recientemente existen evidencias que sugieren que la única complicación verdadera de las enfermedades inflamatorias intestinales es la artritis perisférica y los problemas inflamatorios de la columna son enfermedades asociadas que ocurren frecuentemente en los mismos pacientes (51). La incidencia promedio de artritis es de aproximadamente el 9-10% (45, 47, 49) y es 20 veces mayor que la de la población en general. La afección es aguda, transitoria, con afección generalmente noarticular pero puede ser poliarticular y simétrica. Afecta predominantemente las articulaciones grandes de la extremidades inferiores, es

pecialmente las rodillas, pero puede afectar cualquier articulación. El cuadro inflamatorio frecuentemente coincide con períodos de intensa actividad del padecimiento de base pero puede ocurrir en cualquier momento durante la evolución de la enfermedad. Hay afección predominante de tejidos blandos y no deja deformidad a diferencia de otros padecimientos articulares (Ej: artritis reumatoide).

En nuestra serie 13 pacientes (14.8%) presentaron artritis en algún período durante la evolución de la enfermedad. Las características del proceso inflamatorio fueron similares a las ya descritas. Es importante mencionar que un paciente padecía artritis reumatoide concomitante a la CUCI y no fue incluido en este grupo. Un enfermo (1.1%) presentaba sacroileitis con antígeno de histocompatibilidad HLA-B₂₇ positivo y otro espondilitis anquilosante. En este último enfermo no se habían realizado aún estudios de antígenos de histocompatibilidad. La incidencia de espondilitis anquilosante en CUCI y enfermedad de Crohn oscila entre el 1.6 al 12.6% (45, 47, 49) - mientras que la incidencia de enfermedades inflamatorias del intestino en sujetos con espondilitis anquilosante es del 17.5% (52). En años recientes diversos estudios han demostrado que los enfermos con padecimientos inflamatorios intestinales y espondilitis anquilosante poseen un alto porcentaje de positividad para el antígeno de histocompatibilidad HLA-B₂₇ - (50-90%) mientras que en los pacientes que solo tienen afección intestinal este antígeno se encuentra en el 6 a 9% (54-56), frecuencia similar a la de la población general.

Las complicaciones dermatológicas ocuparon el tercer lugar entre las complicaciones sistémicas de la CUCI presentándose en el 13.6% de los pacientes. De éstas, la estomatitis aftosa fue la más frecuente (9.1%) y le siguieron el eritema nodoso y las vasculitis cutáneas. Uno de los enfermos con vasculitis cutánea presentaba además glomerulonefritis proliferativa - intra y extracapilar, padecimiento que rara vez se ve asociado a las enfermedades inflamatorias del intestino. En el grupo de pacientes estudiados

no encontramos casos de pioderma gangrenoso, entidad que también ha sido descrita en asociación a la CUCI.

Seis sujetos presentaban alteraciones hepáticas las cuales se detallan - en la Tabla No. 13. En cuatro de estos seis enfermos el estudio había sido completo y se encontró que dos padecían colangitis esclerosante, - uno pericolangitis y en el último la biopsia hepática por punción reveló fibrosis portal. En dos aún no se había determinado con claridad que tipo de hepatopatía padecían. Cabe mencionar que existían otros tres enfermos con padecimientos hepáticos cuya etiología no guarda relación con la CUCI y sus patologías se detallan en la Tabla No. 25. Uno de estos - pacientes presentó un absceso hepático amibiano que se resolvió con tratamiento médico, otro presentaba cirrosis secundaria a alcoholismo y el último era portador de una cirrosis biliar primaria, padecimiento que se ha descrito ocasionalmente con la CUCI pero que no podemos considerarlo como una complicación hepática de ésta.

De las pruebas de función hepática la que se alteró con mayor frecuencia fue la fosfatasa alcalina y en segundo lugar las transaminasas. El 50% de los pacientes con alteración de la fosfatasa alcalina tenían un padecimiento hepático bien definido. La alteración de dicha enzima ha sido descrita (57) como una de las pruebas de mayor importancia en la detección de complicaciones hepáticas tales como la pericolangitis y la colangitis esclerosante. Otras enzimas que nos dan una información similar - son la gama glutamil transpeptidasa y la 5 - nucleotidasa (58).

La esteatosis hepática y la pericolangitis son las complicaciones descritas con mayor frecuencia en los padecimientos inflamatorios del intestino (59 - 63). Los trabajos iniciales mostraban una incidencia de infiltración grasa que oscilaba entre el 40 - 50% pero estas biopsias eran obtenidas durante el acto quirúrgico y en pacientes con estados nutricionales precarios. Este hecho también guarda importancia cuando nos referimos a la incidencia de fibrosis portal ya que es sabido que cuando se

realizan biopsias subcapsulares puede diagnosticarse erroneamente este padecimiento. La frecuencia de esteatosis varfa entre el 20 al 45% pero los casos con infiltración severa estan alrededor del 10% (60, 62). En nuestra serie hubo pocos casos estudiados con biopsia y no encontramos esta patología.

Uno de nuestros enfermos desarrolló pericolangitis la cual se demostró por biopsia. Esta lesión es la segunda en frecuencia y ha recibido múltiples nombres (triaditis portal, hepatitis interlobular, hepatitis colangítica - intrahepática). Se ha encontrado hasta en el 30% de los enfermos con CUCI (60). Su etiología es desconocida pero se postula que puede deberse a la presencia de sustancias tóxicas en la sangre portal (bacterias, ácidos biliares) las cuales desencadenan y perpetuan el problema (64, 65).

Dos pacientes presentaron colangitis esclerosante (2.3%) la cual fue progresiva en ambos pacientes desarrollando uno de ellos cirrosis biliar secundaria y muerte por coma hepático. Esta complicación es considerada poco común y puede haber lesión de las vías biliares intra o extrahepáticas (66). Su evolución es progresiva y su respuesta al tratamiento es pobre - como ocurrió en nuestros pacientes.

En la Tabla No. 15 se enumeran las enfermedades que presentaban los pacientes concomitantemente con la CUCI. Como ya se mencionó, las cinco - primeras entidades enumeradas poseen un fondo inmunológico lo que habla a favor de la probable etiología autoinmune de la CUCI. Los padecimientos encontrados en nuestros pacientes son similares a los descritos en otras series. Las otras enfermedades descritos en la Tabla No. 15 poseen una etiología bien definida y su asociación con la CUCI puede ser casual o estar favorecida por el tratamiento con esteroides (Ej: Tuberculosis renal).

El manejo inicial de todos los pacientes fue médico utilizando las diversas drogas consideradas convencionales para el tratamiento de estas enfer-

medades. Dichas drogas fueron utilizadas solas o en combinación dependiendo de las necesidades del caso en particular. La evolución clínica después de este tipo de manejo se detalla en la Tabla No. 16. Mas de la mitad de los pacientes tuvieron una respuesta favorable, 10.2% continuaron en iguales condiciones y 3.4% presentaron deterioro clínico a pesar del manejo médico. Catorce pacientes (15.9%) requirieron cirugía por los motivos que analizaremos posteriormente. El 2.3% de los enfermos fallecieron habiendo recibido solo tratamiento de tipo médico. Con estos resultados podemos concluir que el tratamiento médico logra la remisión de los síntomas en aproximadamente el 60% de los casos, que un bajo porcentaje de pacientes presentan deterioro o fallecen y que si esta modalidad terapéutica falla se puede recurrir a la cirugía la cual tiene sus indicaciones precisas y una morbilidad y mortalidad bien conocidas. Por las razones antes expuestas debemos tratar la CUCI inicialmente en forma médica siempre y cuando no exista una indicación absoluta de cirugía.

En las Tablas Nos. 17 y 18 se analiza la relación existente entre la extensión del padecimiento y la presencia de complicaciones sistémicas con la evolución clínica. De dicho análisis se advierte que entre mas extensa sea la enfermedad la respuesta al tratamiento es menor y que este grupo de enfermos requerirá cirugía con mas frecuencia y la morbi-mortalidad es significativamente mayor. Este hecho guarda suma importancia ya que nos permite hacer predicciones de tipo pronóstico con mayor grado de certeza. La presencia o no de complicaciones sistémicas no modifica en forma importante la evolución del padecimiento, y no es un parámetro útil al hablar del pronóstico de la enfermedad. De las complicaciones sistémicas, las hepáticas son las que guardan el peor pronóstico y su curso tiende a ser progresivo. Esto es especialmente cierto al hablar de la colangitis esclerosante, entidad que continúa su evolución natural a pesar de que se realice proctocolectomía.

El 15.9% de los pacientes requirieron ser operados. Las indicaciones se detallan en la Tabla No. 20 y son similares a las descritas en otros auto-

res (67). De los 14 pacientes operados trece fueron intervenidos en forma electiva y uno en forma urgente. La indicación de cirugía en este último fue el desarrollo de un megacolon tóxico que no respondió al manejo médico inicial. En doce de los catorce enfermos operados se decidió realizar este tipo de tratamiento por presentar una enfermedad extensa y de evolución prolongada a la cual podía haberse añadido una complicación local de importancia tal como lo es la presencia de estenosis colónica. - El último de los pacientes fue operado por presentar un carcinoma de sigmoides como complicación de la CUCI.

Las cirugías efectuadas fueron básicamente de dos tipos: proctocolectomía total con ileostomía y resecciones colónicas parciales con anastomosis colo-colónicas o ileo-rectales. La evolución después de resecciones totales fue excelente en 4 de 7 enfermos, dos pacientes fallecieron por problemas sépticos post-quirúrgicos pero ambos fueron operados en condiciones clínicas graves. De los siete sujetos sometidos a resecciones parciales cinco continuaron con algún grado de actividad de la colitis y en dos pacientes hubo remisión casi completa de los síntomas. Dado que un alto porcentaje de los pacientes sometidos a resecciones parciales continúan con síntomas, consideramos que este tipo de tratamiento debe reservarse para aquellos enfermos con afección segmentaria o con mínima lesión rectal. En nuestra institución existe poca experiencia con las resecciones extensas y anastomosis ileo-anal por lo que este tipo de cirugía no ha sido aplicada a los casos de CUCI que han sido operados y, además, la experiencia mundial con este tipo de cirugías en las enfermedades inflamatorias del intestino es limitada y no muy alagadora. En resumen, el tipo y la extensión de la cirugía ha de realizarse individualizarse en cada caso y tomando en cuenta la edad, distribución y extensión la enfermedad y los trastornos psicológicos que podrían originar la presencia de una ileostomía permanente y las alteraciones en la función sexual en individuos jóvenes con resecciones abdomino-perineales.

Las complicaciones post-operatorias se detallan en la Tabla No. 22. Las

mas frecuentes fueron las infecciones locales y sistémicas, y la formación de fistulas. Un paciente desarrolló sangrado digestivo bajo impant después de una resección parcial de colon y finalmente un paciente presentó una dermatitis severa en el área de la ileostomía. Dos de los catorce pacientes operados fallecieron lo que nos da una mortalidad operatoria del 14.3%. Ambos murieron por problemas infecciosos locales y sistémicos pero cabe mencionar que sus condiciones generales antes de la cirugía no eran óptimas y en un caso la intervención fue de urgencia por presentar el paciente megacolon tóxico.

La mortalidad general fue de 5.6% (Ver Tabla No. 23). De estas cinco muertes tres fueron atribuibles a la CUCI o alguna de sus complicaciones mientras que las dos restantes fueron por otras causas (cirrosis por alcoholismo y enteritis por Salmonella). Las muertes después de cirugía ocuparon el primer lugar entre las causas de defunción y comprendían el 40% de la mortalidad general. Los dos pacientes que fallecieron en el período post-operatorio habían sido tratados médicamente en forma inicial y por falta de respuesta a dicho tratamiento fueron llevados a cirugía lo que nos habla de que se trataba de casos muy severos de CUCI y quizás esto explique en parte la tasa de mortalidad en este grupo.

TABLA No. 1.

INCIDENCIA ANUAL DE CUCI EN DIVERSAS
AREAS DEL MUNDO

AREA	FECHA DEL ESTUDIO	INCIDENCIA (X100,000 HAB)	REFERENCIA
TEL-AVIV, ISRAEL	1961 - 1971	3.66	Gilat, et al (5)
E.U.A. (BLANCOS)	1973	3.52	Garland, et al (6)
COPENHAGEN, DINAMARCA	1961 - 1967	6.8	Bonnevie, et al (7)

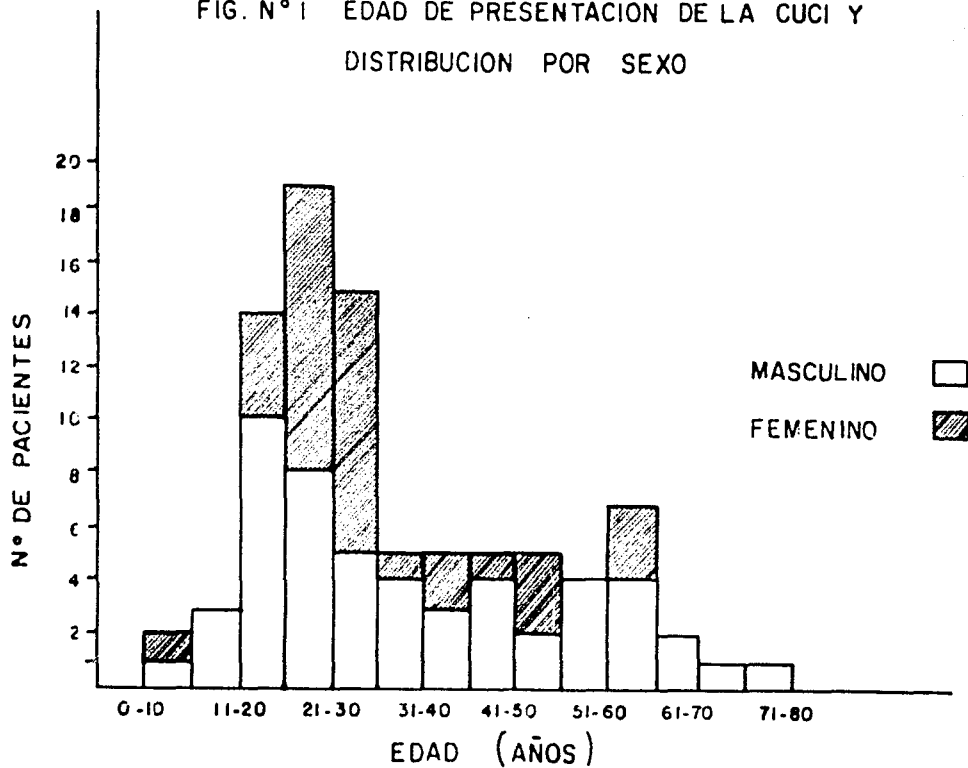
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No. 2.

EDAD DE INICIO DE LA CUCI

EDAD (AÑOS)	MASCULINO	FEMENINO
6-10	1	1
11-15	3	0
16-20	10	4
21-25	8	11
26-30	5	10
31-35	4	1
36-40	3	2
41-45	4	1
46-50	2	3
51-55	4	0
56-60	4	3
61-65	2	0
66-70	0	0
71-75	1	0
76-80	1	0
TOTAL	52	36

FIG. N° 1 EDAD DE PRESENTACION DE LA CUCI Y
DISTRIBUCION POR SEXO



TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

TABLA No. 3

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES CON CUCI
DE ACUERDO A SU NIVEL SOCIO-ECONOMICO

NIVEL	No. DE PACIENTES	%
BAJO	21	23.9
MEDIO	46	52.2
ALTO	21	23.9
TOTAL	88	100.0

TABLA No. 4.

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES CON CUCI
DE ACUERDO A LA OCUPACION

TIPO DE TRABAJO	No. DE PACIENTES	%
DESOCUPADO	1	1.2
TRABAJADOR MANUAL	14	15.9
AMA DE CASA	24	27.3
PROFESIONAL	31	35.2
ESTUDIANTE	18	20.4
TOTAL	- 88	100.0

TABLA No. 5.

CUCI. SINTOMATOLOGIA

SINTOMA	No. DE CASOS	% DEL TOTAL
- DIARREA	87	98.9
- RECTORRAGIA O HEMATOQUEZIA	76	86.4
- MUCOSIDAD EN LAS EVACUACIONES	67	76.1
- DOLOR ABDOMINAL	58	65.9
- TENESMO O PUJO	56	63.6
- PERDIDA DE PESO	33	37.5
- FIEBRE	29	32.9
- ANOREXIA	18	20.5

TABLA No. 6.

METODOS DIAGNOSTICOS UTILIZADOS

ESTUDIO	No. DE PACIENTES	
RECTOSIGMOIDOSCOPIA	88	100
COLON POR ENEMA	84	95.4
BIOPSIA RECTAL	70	79.5
COLONOSCOPIA	24	27.3
RADIOGRAFIA SIMPLE DEL ABDOMEN	21	23.9

TABLA No. 7.

HALLAZGOS RADIOLOGICOS EN 84 CASOS DE CUCI EVALUADOS
 MEDIANTE COLON POR ENEMA

TIPO DE ALTERACION	No. DE PACIENTES	%
BORDE ASERRADO (ULCERAS)	48	57.1
PERDIDA DE LAS AUSTRAS	41	48.8
DISMINUCION DE CALIBRE	31	36.9
ACORTAMIENTO DEL COLON	26	30.9
NORMAL	22	26.2
PSEUDOPOLIPOS	20	23.8
ESTENOSIS FRANCA	6	7.1
FISTULAS	0	0

TABLA No. 8.

SENSIBILIDAD DIAGNOSTICA DEL COLON POR ENEMA Y SU
RELACION CON LA EXTENSION DEL PADECIMIENTO

ESTUDIOS REALIZADOS	ESTUDIOS POSITIVOS	ESTUDIOS NEGATIVOS
84	62	22

EXTENSION DEL PADECIMIENTO	FALSOS NEGATIVOS
RECTO	13
RECTO + SIGMOIDES	8
HASTA COLON DESCENDENTE	1
	<hr/>
	22 (26.2%)

$$\text{SENSIBILIDAD} = \frac{62}{84} \times 100 = 73.8\%$$

TABLA No. 9.

CUCI. CORRELACION CLINICO-ENDOSCOPICA E HISTOLOGICA

GRADO DE CORRELACION	No. DE PACIENTES	%
COMPATIBLE O DIAGNOSTICA	60	85.7
NO HUBO CORRELACION	10	14.3
TOTAL	<hr/> 70	<hr/> 100

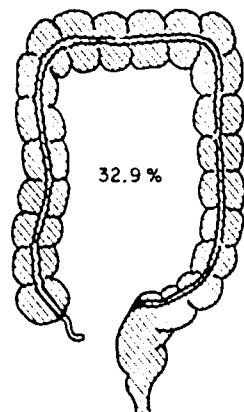
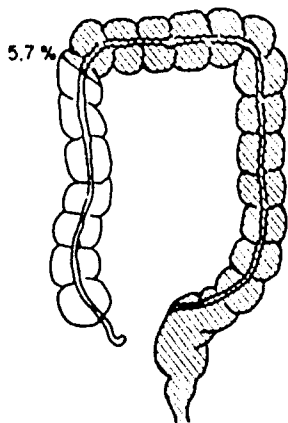
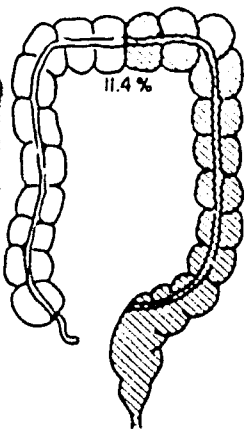
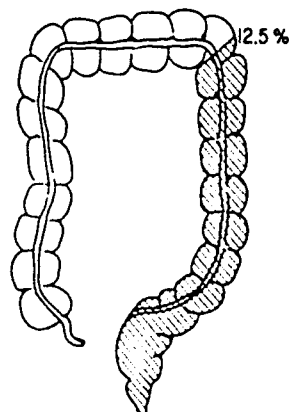
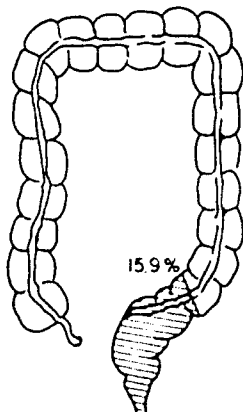
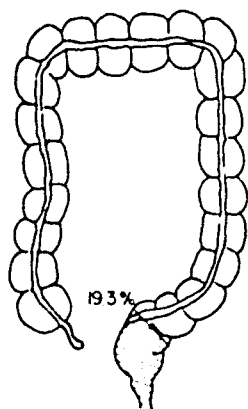
* EN 18 PACIENTES NO SE EFECTUO BIOPSIA

TABLA No. 10.

EXTENSION DEL PADECIMIENTO EN 88 CASOS DE
COLITIS ULCEROSA CRONICA INESPECIFICA

SEGMENTOS AFECTADOS	No. DE PACIENTE	%
RECTO	17	19.3
RECTO Y SIGMOIDES	14	15.9
HASTA EL ANGULO ESPLENICO	11	12.5
HASTA LA MITAD IZ- QUIERDA DEL TRANSVERSO	10	11.4
HASTA EL ANGULO HEPATICO	5	5.7
TODO EL COLON	29	32.9
NO EVALUADOS	2	2.3
TOTAL	<hr/> 88	<hr/> 100.0

FIG No 2.- EXTENSION DE LA ENFERMEDAD EN 88 CASOS DE CUCI



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No. 11.

RELACION ENTRE LA EXTENSION DEL PADECIMIENTO Y LA
SEVERIDAD CLINICA INICIAL

<u>SEGMENTOS AFECTADOS</u>	<u>SEVERIDAD CLINICA</u>		
	<u>LEVE</u>	<u>MODERADA</u>	<u>SEVERA</u>
1.- RECTO (17)	7(41.2%)	6(35.3%)	4(23.5%)
2.- MITAD IZQUIERDA DEL COLON (35)	11(31.4%)	13(37.2%)	11(31.4%)
3.- AFECION GENERALIZADA O HASTA ANGULO HEPATICO (34)	6(17.7%)	3(8.8%)	25(73.5%)
4.- NO EVALUABLES - 2			<u>p<0.01</u>

TABLA No. 12.

COMPLICACIONES LOCALES ASOCIADAS A CUCI

TIPO DE COMPLICACION	No. DE CASOS	%	N= 88
- SIN COMPLICACIONES	37	42	
- COMPLICADOS	51	58	
- PSEUDOPOLIPOS	26	29.5	
- HEMORROIDES	22	28.4	
- ESTENOSIS	6	6.8	
- FISURAS ANALES	5	5.7	
- ABSCESOS PERIANALES			
O ISQUIORECTALES	4	4.5	
- PROLAPSO RECTAL	4	4.5	
- MEGACOLON TOXICO	3	3.4	
- FISTULAS PERIANALES	1	1.1	
- CANCER	1	1.1	

TABLA No. 13.

COMPLICACIONES SISTEMICAS ASOCIADAS A CUCI

TIPO DE COMPLICACION	No. DE CASOS	%	N=88
1. SIN COMPLICACIONES	14	15.9	
2. DERMATOLOGICAS	12	13.6	
- ESTOMATITIS AFTOSA	8	9.1	
- ERITEMA NODOSO	2	2.3	
- VASCULITIS CUTANEA	2	2.3	
3. HEMATOLOGICAS	52	59.1	
- ANEMIA	44	50.0	
- TROMBOFLEBITIS	2	2.3	
- TROMBOCITOSIS	5	5.7	
- TROMBOEMBOLIA PULMONAR	1	1.1	

TABLA No. 13.

COMPLICACIONES SISTEMICAS ASOCIADAS A CUCI

TIPO DE COMPLICACION	No. DE CASOS	%	N=88
4. ARTICULARES	15	17.0	
- ARTRITIS DE GRANDES ARTICULACIONES	13	14.8	
- SACROILEITIS HLA-B ₂₇ (+)	1	1.1	
- ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (NO SE DETERMINO - HLA-B ₂₇)	1	1.1	
5. HEPATICAS	6	6.8	
- PERICOLANGITIS	1	1.1	
- FIBROSIS PORTAL	1	1.1	
- COLANGITIS ESCLEROSANTE	2	2.3	
- POR ACLARAR	2	2.3	

TABLA No. 13.

COMPLICACIONES SISTEMICAS ASOCIADAS A CUCI

TIPO DE COMPLICACION	No. DE CASOS	%	N=88
6. RENALES	1	1.1	
- GLOMERULONEFRITIS PROLIFERATIVA INTRA Y EXTRACAPIALR	1	1.1	
7. OTRAS	35	37.5	
- HIPOALBUMINEMIA	24	27.3	
- DESNUTRICION	9	10.2	

TABLA No. 14.

ANOMALIAS ENCONTRADAS EN LOS EXAMENES DE LABORATORIO
EN PACIENTES CON CUCI

LABORATORIO	No. DE PACIENTES	%
1. CITOLOGIA HEMATICA		
- ANEMIA	44/88	50
- TROMBOCITOSIS	5/88	5.7
- LEUCOCITOSIS CON NEUTROFILIA	24/88	27.3
- AUMENTO EN LA VELO- CIDAD DE SEDIMENTA- CION GLOBULAR	20/27	74.1

TABLA No. 14.

ANOMALIAS ENCONTRADAS EN LOS EXAMENES DE LABORATORIO
EN PACIENTES CON CUCI

LABORATORIO	No. DE PACIENTES	%
2. EXAMEN DE HECES		
- SANGRE OCULTA (+)	72/82	87.8
- PARASITOS PRESENTES.	6/82	7.3
- ENTAMOEBIA HYSTOLITICA.	4/82	4.9
- TRICHURIS TRICHURA	1/82	1.2
- TRICHURIS TRICHURA + GIARDIA LAMBDIA	1/82	1.2
- COPROCULTIVOS (+)*	3/52	5.8

TABLA No. 14.

ANOMALIAS ENCONTRADAS EN LOS EXAMENES DE LABORATORIO
EN PACIENTES CON CUCI

LABORATORIO	No. DE PACIENTES	%
3. QUIMICA SANGUINEA Y PRUEBAS DE FUNCION HEPÁTICA.		
- HIPONATREMIA	3/52	5.8
- HIPOALEMIA	4/52	7.7
- HIPOALBUMINEMIA	24/88	27.3
- ELEVACION DE FOSFA- TASA ALCALINA **	15/80	18.7
- ELEVACION DE TRANSA- MINASAS **	7/80	8.7

TABLA No. 14.

ANOMALIAS ENCONTRADAS EN LOS EXAMENES DE LABORATORIO
EN PACIENTES CON CUCI

LABORATORIO	No. DE PACIENTES	%
4. PRUEBAS INMUNOLOGICAS		
- FACTOR REUMATOIDE (+)***	1/23	4.3
- ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (+)	0/22	0
- ANTIGENO DE SUPERFICIE - DEL VIRUS B	0/22	0
- ANTICUERPOS ANTIMITOCONDRIALES	0/4	0

* SE CULTIVO SHIGELLA GRUPO A, B Y FLEXNERI.

** SIETE DE LOS 15 PACIENTES CON ELEVACION DE FOSFATASA AL CALINA TENIAN HEPATOPATIA Y DE ESTOS SIETE PACIENTES CUATRO PRESENTABAN ELEVACION DE TRASAMINASAS.

*** PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE.

TABLA No. 15.

CUCI Y OTRAS ENFERMEDADES

PADECIMIENTO	No. DE CASOS	%
- LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	1	1.1
- DERMATOMIOSITIS	1	1.1
- ARTRITIS REUMATOIDEA	1	1.1
- MIASTENIA GRAVIS	1	1.1
- CIRROSIS BILIAR PRIMARIA	1	1.1
- CIRROSIS POR ALCOHOLISMO	1	1.1
- ABSCESO HEPATICO AMIBIANO	1	1.1
- TUBERCULOSIS RENAL	1	1.1
- CARDIOPATIA REUMATICA	1	1.1
TOTAL	<hr/> 9	<hr/> 9.9

TABLA No. 16.

EVOLUCION CLINICA DESPUES DE TRATAMIENTO MEDICO

	No. DE PACIENTES	%
MEJORIA	49	55.7
IGUAL	9	10.2
DETERIORO	3	3.4
REQUIRIERON CIRUGIA	14(3)	15.9
FALLECIERON SIN HABER SIDO OPERADOS	2	2.3
NO EVALUABLES	11	12.5
TOTAL	<hr/> 88	<hr/> 100

(*) DEFUNCIONES QUE SE PRESENTARON EN RELACION O DESPUES DE CIRUGIA.

TABLA No. 17.

RELACION ENTRE LA EXTENSION DEL PADECIMIENTO
Y LA EVOLUCION CLINICA

<u>EXTENSION</u>	<u>MEJOR</u>	<u>IGUAL</u>	<u>DETERIORO</u>	<u>CIRUGIA</u>	<u>FALLECIDOS</u>	<u>NO VALORABLE</u>
RECTO 17(100%)	13(76.5%)	3(17.6%)	0	0	0	1(5.9%)
HASTA COLON IZQUIERDO 35(100%)	23(65.7%)	3(8.6%)	3(8.6%)	2(5.7%)	0	4(11.4%)
HASTA COLON DERECHO O GENERAL 34(100%)	13(38.2%)	3(8.8%)	0	12(35.3%)	*5(2)-5.9%	4(11.8%)
NO CLASIFICADOS (2)						2
TOTAL 88(100%)	49(55.7%)	9(10.2%)	3(3.4%)	14(15.9%)	*5(2)-2.3%	11(12.5%)

- * TRES DE LOS CINCO PACIENTES QUE FALLECIERON HABIAN SIDO INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE,
() - PACIENTES QUE FALLECIERON Y NO HABIAN SIDO REGISTRADOS COMO CASOS QUIRURGICOS.

TABLA No. 18

RELACION ENTRE LA PRESENCIA DE COMPLICACIONES
SISTEMICAS Y LA EVOLUCION CLINICA

<u>COMPLICACIONES</u> <u>SISTEMICAS</u>	<u>MEJOR</u>	<u>IGUAL</u>	<u>DETERIORO</u>	<u>CIRUGIA</u>	<u>FALLECIDOS</u>	<u>NO VALORABLE</u>
SI (26)	13(50%)	3(11.5%)	1(3.8%)	7(26.9%)	2(1)*(3.8%)	1(3.8%)
NO (60)	36(60%)	6(10%)	2(3.3%)	7(11.7%)	3(1)*(1.7%)	8(13.3%)
NO CLASIFICADOS						
2						2
TOTAL (88)	49(55.7%)	9(10.2%)	3(3.4%)	14(15.9%)	5(2)-2.3%	11(12.5%)

* () MUERTES INDEPENDIENTES DE CIRUGIA Y NO REGISTRADAS EN ESE GRUPO.

88

TABLA No. 19.

RELACION ENTRE LA GRAVEDAD INICIAL DEL PADECIMIENTO
Y LA EVOLUCION CLINICA

<u>GRAVEDAD</u>	<u>MEJOR</u>	<u>IGUAL</u>	<u>DETERIORO</u>	<u>CIRUGIA</u>	<u>FALLECIDOS</u>	<u>NO VALORABLE</u>
LEVE (24)	6(25%)	6(25%)	2(8.3)	4(16.7%)		6(25%)
MODERADA (22)	17(77.3%)	2(9.1%)	1(4.5%)	-	(1) 4.5%	1(4.5%)
SEVERA (40)	26(65%)	1(2.5%)	-	10(25%)	4(1) 2.5%	2(5%)
NO CLASIFICADAS *(2)						*2
TOTAL (88)	49(55.7%)	9(10.2%)	3(3.4%)	14(15.9%)	5(2) 2.3%	11(12.5)

() MUERTES INDEPENDIENTES DE CIRUGIA Y NO REGISTRADAS EN ESTE GRUPO.

TABLA No. 20.

INDICACIONES DE CIRUGIA EN CUCI

<u>INDICACIONES</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
- MEGACOLON TOXICO*	1	1.15
- CANCER DE SIGMOIDES	1	1.15
- EXTENSION Y DURACION PROLONGADA DEL PADECIMIENTO	3	3.4
- EXTENSION Y DURACION PROLONGADA + ESTENOSIS	2	2.3
- FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO + EXTENSION Y DURACION PROLONGADA	4	4.5
- FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO + EXTENSION Y DURACION PROLONGADA + EDAD DEL PACIENTE	3	3.4
	<u>14</u>	<u>15.9</u>

*CIRUGIA REALIZADA EN FORMA URGENTE.

TABLA No. 21.

TIPOS DE CIRUGIA EN CUCI Y EVOLUCION POSTERIOR DE LOS ENFERMOS

CIRUGIA	No.	EVOLUCION	
- PROCTOCOLECTOMIA TOTAL CON ILEOSTOMIA	7	EXCELENTE	4
		PERSISTENCIA DE LA HEPATOPATIA	1
		*FALLECIERON	2
- COLECTOMIA PARCIAL CON ILEO-PROCTO ANASTOMOSIS	5	EXCELENTE	2
		ACTIVIDAD DE LA CO LITIS EN EL REMA- NENTE	3
		-LEVE	1
		-MODERADA	1
		-SEVERA**	1
- COLECTOMIA PARCIAL CON COLO-COLO ANASTOMOSIS	2	ACTIVIDAD DE LA CO LITIS EN EL REMA- NENTE COLONICO	2
		- LEVE	1
		- MODERADA	1

* CIRUGIA ELECTIVA EN UNO Y DE URGENCIA EN OTRO (MEGACOLON TOXICO)

** PROCTOCOLECTOMIA TOTAL EN UN 2º TIEMPO. PERSISTE CON ACTIVIDAD DE HEPATOPATIA.

TABLA No. 22.

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS EN ENFERMOS CON CUCI

	No. DE PACIENTES	
SANGRADO DIGESTIVO BAJO	1	7.1
INFECCION LOCAL	2	14.3
FISTULAS	1	7.1
INFECCION LOCAL Y SISTEMICA	2	14.3
INFECCION LOCAL, SISTEMICA Y FISTULAS	1	7.1
DERMATITIS SEVERA EN EL AREA DE LA ILEOSTOMIA	1	7.1
TOTAL -	<u>8/14</u>	<u>57.1%</u>

TABLA No. 23.

CUCI: MORTALIDAD Y SUS CAUSAS

<u>CAUSA DE LA MUERTE</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
A) CIRROSIS POR ALCOHOLISMO	1	1.1
B) ENTERITIS POR SALMONELLA SEIS MESES DESPUES DE CO LECTOMIA TOTAL	1	1.1
C) CUCI O SUS COMPLICACIONES	3	3.4
- COLANGITIS ESCLEROSANTE Y COMA HEPATICO	1	
- SEPSIS SECUNDARIA A CI- RUGIA	2	
	<hr/>	<hr/>
MORTALIDAD GENERAL	5/88	5.6%
MORTALIDAD OPERATORIA	2/14	14.3%

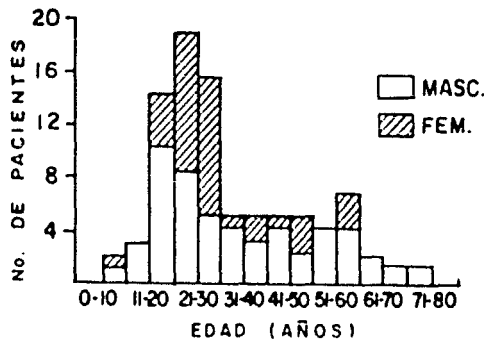


FIG. 3-1 EDAD DE PRESENTACION DE LA CUCI Y DISTRIBUCION POR SEXO (ORILLAC 1984).

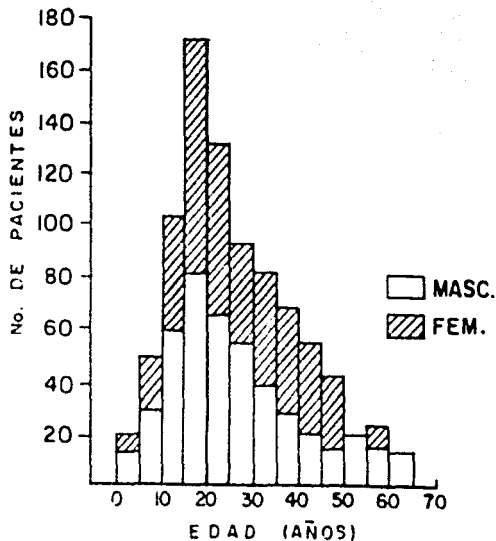


FIG. 3-2 EDAD DE INICIO DE LA CUCI EN 844 PACIENTES (ROGERS, CLARK Y KIRSNER³⁸).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No. 24.

INDICE DE SEVERIDAD (CUCI)

	<u>χ^2</u>	<u>VALOR PREDICTIVO (+)</u>	<u>P</u>	<u>PUNTOS</u>
1. FIEBRE	30.57	79%	0.0001	2
2. ALBUMINA < 3.5g/dl	15.65	80%	0.001	2
3. LEUCOCITOSIS ($>10,000 \times \text{mm}^3$)	5.99	65%	0.05	1
4. ANEMIA ($<12.5\text{g/dl}$)	12.85	73%	0.001	2
5. DESNUTRICION	9.13	88%	0.01	3

TABLA No. 24.

INDICE DE SEVERIDAD (CUCI)

	x^2	<u>VALOR PREDICTIVO (+)</u>	<u>P</u>	<u>PUNTOS</u>
6. EVACUACIONES				
- <4 al dfa				1
- 4-6 al dfa				2
- >6 al dfa				3
7. SEDIMENTACION GLOBULAR (>15 mm/h)	4.44	66%	0.05	1

<u>VALOR PREDICTIVO</u>	<u>PUNTAJE</u>
<u>POSITIVO</u>	
61 - 70	1
71 - 80	2
81 - 90	3

TABLA No. 25.

INDICE DE SEVERIDAD (CUCI)

	PUNTAJE
- FIEBRE	2
- ALBUMINA	2
- LEUCOCITOSIS	1
- ANEMIA	2
- DESNUTRICION	3
- EVACUACIONES	
< 4	1
4-6	2
> 6	3
- SEDIMENTACION	1
	<hr/>
	14
	<hr/>
	<u>PUNTAJE</u>
ACTIVIDAD LEVE	1-3
ACTIVIDAD MOD.	4-7
ACTIVIDAD SEVERA	8-14

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Wilks, S., and Moxon, W. Lectures on Pathological Anatomy. 2Nd -
edition. London, J. and A. Churchill, 1875.
- 2.- De Esesarte, G. Colitis ulcerosa crónica inespecifica. Rev. Mex.
Gastro. 25:301, 1960.
- 3.- De Esesarte, G., Hernández de la P.R., Deschamps J. y Domenge L.
Colitis ulcerosa crónica inespecifica . Rev. Invest. Clin. VIII:
37. 1956.
- 4.- De Esesarte, G., Elizondo, J. Colitis ulcerosa crónica inespecifica.
Revisión de 88 casos. Rev. Inv. Clin. Mex. XIX: 11, 1967.
- 5.- Gilat, T., Ribak, J., Benaroya, Y., et al. Ulcerative colitis in
the Jewish population of Tel-Aviv Jafo. Gastroenterology 66:335,
1974.
- 6.- Garland, C., LiLienfeld, A., Mendeloff, A., et al. Incidence rates
of ulcerative colitis and Crohn's disease in fifteen areas of the
United States. Gastroenterology 81:1115, 1981.
- 7.- Bonneure, O., Riis, P., Anthonisen P. An epidemiological study of -
ulcerative colitis in Copenhagen Country. Scand. J. Gastroenterol.
3:432, 1968.
- 8.- Farmer, R.G., Michener, W.M., Mortimer, E.A. Studies of family - -
history among patients with inflammatory bowel disease. Clin
Gastroenterol. 9:271, 1980.

- 9.- Van Den Berg-Loonen, E.M., Dekker-Saeyns, B.J., Meuwissen, S.G.M. et al. Histocompatibility antigens and other genetic markers in ankylosing spondylitis and inflammatory bowel diseases. *J. Immunogenet.* 4:167, 1977.
- 10.- Delpre, G., Kadish, N., Gazit, E., et al. HLA antigens in ulcerative colitis and Crohn's disease in Israel. *Gastroenterology* 78:1452, 1980.
- 11.- Asakura, H., Tsuchiya, M., Aiso, S. et al. Association of the human lymphocyte - DR2 antigen with Japanese ulcerative colitis. *Gastroenterology* 82:413, 1982.
- 12.- Nahir, M., Gideoni, D., Eidelman, S., Barzilai, A. HLA antigens - in ulcerative colitis. *Lancet* 2:573, 1976.
- 13.- Smolen, J.S., Gangl, A., Polterauer, P. et al. HLA antigens in - inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 82:34, 1982.
- 14.- Mayer, M., Greenstein, A.J. Acute Yersinia ileitis: A distinct entity. *Am J Gastroenterol.* 65:548, 1976.
- 15.- Drake, A.A., Gichrist, M.J.R., Washington, J.A. et al. Diarrhea - due to *Campylobacter fetus* ss. *Jejuni*: A clinical review of 63 cases. *May Clin Proc* 56:414, 1981.
- 16.- Blaser, M.J., Reller, L.B. *Campylobacter* enteritis. *N Engl J Med* 305:1444, 1981.
- 17.- Morris, J.G. Jr., Wilson, R., Davis, B.R. et al. Non O group I - *Vibrio cholerae* gastroenteritis in the United States: clinical,

epidemiologic, and laboratory characteristics of sporadic cases. Ann. Intern. Med. 94:656, 1981.

- 18.- Victor, R.G., Kirsner, J.G., Palmer, W.L. Failure to induce - - ulcerative colitis experimentally with filtrate of feces and - - rectal mucosa: a preliminary report. Gastroenterology 14:398, 1950.
- 19.- Sartor, R.B., Schwab, J.H., Powell, D.W., Cromartie, W.J. - - Granulomatous enterocolitis induced by bacterial cell wall frag- - ments. Gastroenterology 80:1271, 1981. Abstract.
- 20.- Dickinson, R.J., Varian, S.A., Axon, A.T.R., Cooke, E.M. Increased incidence of faecal coliforms with in vitro adhesive and invasive properties in patients with ulcerative colitis. Gut 21:787, 1980.
- 21.- Shephero, R.S., Butler, Dig., Cutz, E. et al. The mucosal - - lesions in viral enteritis: extend and dynamics of the epithelial response to virus invasion in transmissible gastroenteritis of - - piglets. Gastroenterology 76:770, 1979.
- 22.- Greenberg, H.B., Gebhard, R.L., McClain, C.J. et al. Antibodies to viral gastroenteritis viruses in Crohn's disease. Gastroenterology 76:349, 1979.
- 23.- Hayberry. J.F., Newcombe, R.G. Are nurses at an increased risk of developing inflammatory bowel disease? Digestion 22:150, 1981.
- 24.- Jones, D.G., Kerr, G.D., Parker, J.H., Wilson, R.S.E. Dietary - Allergy and specific IgE in ulcerative colitis. J.R. Soc. Med. 74:292, 1981.

- 25.- Binder, V., Elsborg, L., Greibe, J. et al. Disodium chromoglycate in the treatment of ulcerative colitis and Crohn's disease. *Gut* 22:55, 1981.
- 26.- Struss, R.G., Ghishan, F., Mitros, F., et al. Rectosigmoidal - colitis in common variable immunodeficiency disease. *Dig Dis Sci* 25:798, 1980.
- 27.- Engstrom J.F., Arvanitakis, C., Sagawa, A., Abdou, N.I. Secretory immunoglobulin deficiency in a family with inflammatory bowel - disease. *Gastroenterology* 74:747, 1978.
- 28.- Bartnik, W., Shorter, R.G. Inflammatory bowel disease: immunologic developments. In: Berk, J.E. ed. *Developments in digestive - diseases*. Vol. 3, Philadelphia: Lea and Febiger p. 109, 1980.
- 29.- Hodgson, H.J.F., Potter, B.J., Jewell, D.P. Immune complexes in - ulcerative colitis and Crohn's disease. *Clin. Exp. Immunol.* 29:187, 1977.
- 30.- Kemler, B.J., Alpert, E. Inflammatory bowel disease associated - circulating immune complexes. *Gut* 21:195, 1980.
- 31.- Soltis, R.D., Hasz, D., Morris, M.J., Wilson, I.D. Evidence against the presence of circulating immune complexes in chronic inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 76:1380, 1979.
- 32.- Kraft, S.C., Inflammatory bowel disease. In: Asquith, P., ed. - *Immunology of the gastrointestinal tract*. Philadelphia: Churchill Livingstone, p.95, 1979.

- 33.- Mac Dermott, R.P., Nash, G.S., Bertovich, M.J., et al. Alterations of IgM, IgG, and IgA synthesis and secretion by peripheral blood and intestinal mononuclear cells from patients with ulcerative colitis and Crohn's disease. *Gastroenterology* 81:844, 1981.
- 34.- Sleisenger, M.H., Fordtran, J.S. *Gastrointestinal Disease. Pathophysiology. Diagnosis. Management.* 2Nd Edition. W.B. Saunders Company. Philadelphia, 1978.
- 35.- Robbins, S.L. and Cotran, R.S. *Pathologic basis of disease.* 2Nd Edition. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1979.
- 36.- Goligher, J.C. et al: *Ulcerative colitis.* Williams and Wilkins, Baltimore, 1968.
- 37.- Mendeloff, A.I.: The epidemiology of Idiopathic Inflammatory bowel disease. In *Inflammatory Bowel disease.* Lea and Febiger, Philadelphia, 1980.
- 38.- Rogers, B.H.G., Clark, L.M., and Kirsner, J.B. The epidemiologic and demographic characteristic of inflammatory bowel disease: An analysis of a computerized file of 1400 patients. *J. Chronic Dis.*, 24:743, 1971.
- 39.- Acheson, E.D., and Nefzger, M.D.: *Ulcerative colitis in the United States Army in 1944.* *Gastroenterology*, 44:7, 1963.
- 40.- Monk, M., et al: An epidemiological study of ulcerative colitis and regional enteritis among adults in Baltimore. II. Social and demographic factors. *Gastroenterology*, 56:847, 1969.

- 41.- Kyle, J.: An epidemiological study of Crohn's Disease in Northeast Scotland. *Gastroenterology* 61:826, 1971.
- 42.- Wall, A.J., and Kirsner, J.B.: Ulcerative colitis and Crohn's - - disease of the colon: Symptoms, signs and laboratory aspects. In: *Inflammatory bowel disease* (Kirsner, J.B., and Shorter, R.G. Eds). Lea and Febiger, Philadelphia, 1975.
- 43.- Edwards, F.C., and Truelove, S.C.: The course and prognosis of - ulcerative colitis. *Gut* 4:299, 1963.
- 44.- Dawson, I.M.P., and Pryse-Davies, J.: The development of carcinoma of the large intestine in ulcerative colitis. *Br. J. Surg.*, 47:113, 1959.
- 45.- Greenstein, A.J., Janowitz, H.D., and Sachar, D.B.: The extra-intes tinal complications of Crohn's disease and ulcerative colitis: A - study of 700 patients. *Medicine*, 55:401, 1976.
- 46.- Bywaters, E.G.L., and Ansell, B.M.: Arthritis Associated with - - ulcerative colitis - a clinical and pathological study. *Ann. Rheum. Dis.* 17:169, 1958.
- 47.- Wright, V., and Watkinson, G.: The arthritis of ulcerative colitis. *Medicine*, 38:243, 1959.
- 48.- Acheson, E.D.: An association between ulcerative colitis, regional enteritis and ankylosing spondylitis. *Q.J. Med.*, 29:489, 1969.
- 49.- Jalan, K.N., et al.: Arthropathy, ankylosing spondylitis and - - clubbing of fingers in ulcerative colitis. *Gut*, 11:748, 1970.

50.- Palumbo, P.J., et al.: Musculoskeletal manifestations of inflammatory bowel disease-ulcerative and granulomatous colitis and ulcerative proctitis. *Mayo Clin. Proc.*, 48:411, 1973.

51.- Kern, F.,: Extraintestinal complications. In: *Inflammatory bowel disease* (Kirsner, J.B., and Shorter, R.G. Eds). Lea and Febiger, - Philadelphia, 1975.

52.- Jayson, M.I.V., Salmon, P.R., and Harrison, W.J.: Inflammatory - - bowel disease in ankylosing spondylitis. *Gut*, 11:506, 1970.

53.- Graef, V., et al.: Venous thrombosis occurring in nonspecific ulcerative colitis - a necropsy study. *Arch. Inter. Med.*, 117:377, 1966.

54.- Brewerton, D.A., et al: HL-A 27 and arthropaties associated with - ulcerative colitis and psoriasis. *Lancet*, 1:956, 1974.

55.- Mills, D.M., Arai, Y., and Gupta, R.C. : HL-A antigens and Sacroiliitis *JAMA*, 231:268, 1975.

56.- Mallas, E.G., et al.: Histocompatibility antigens in inflammatory - bowel disease. *Gut*, 17:906, 1976.

57.- Boden, R.W., et al.: The liver in Ulcerative colitis. The significance of the raised serum alkaline phosphatase levels. *Lancet*, 2:245, 1949.

58.- Vinnik, I.E., Kern, F., Jr., and Corley, W.B.: Serum 5 - Nucleotidase and pericholangitis in patients with chronic ulcerative colitis. *Gastroenterology*, 45:492, 1963.

59.- Vinnik, I.E., Kern, F., Jr.: Liver diseases in ulcerative colitis. *Arch. Intern. Med.*, 112:41, 1963.

- 60.- Dordal, E., Glagov, S., and Kirsner, J.B. : Hepatic lesions in - chronic inflammatory bowel disease: Clinical correlations with - liver biopsy diagnoses in 103 patients. Gastroenterology, 52:239, 1967.
- 61.- Eade, M.N.: Liver disease in ulcerative colitis, I. Analysis of operative liver biopsy in 138 consecutive patients having colectomy. Ann. Intern. Med., 72:475, 1970.
- 62.- Perret, A.D., et al.: The liver in ulcerative colitis. Q.J. Med. 40:211, 1971.
- 63.- Mistilis, S.P.: Pericholangitis and ulcerative colitis, I. Pathology, etiology and pathogenesis. Ann. Intern. Med., 63:1, 1965.
- 64.- Brooke, B.N., and Slaney, G.: Portal bacteremia in ulcerative - colitis. Lancet, 1:1206, 1958.
- 65.- Palmer, R.H.: Bile acids, liver injury and liver disease. Arch. - Intern. Med., 130:606, 1972.
- 66.- Thorpe, M.E.C., Scheuer, P.J., and Sherlock S.: Primary sclerosing cholangitis, the biliary tree, and ulcerative colitis. Gut, 8:435, 1967.
- 67.- Glotzer, D.J., and Silen, W. Indications for operation in inflammatory bowel disease. In Inflammatory bowel disease. Lea and Febiger. Philadelphia, p. 488, 1980.