

327486

112382



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

---

---

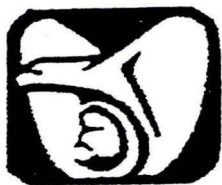
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
DEPARTAMENTO DE COLOPROCTOLOGIA

"CAMBIOS HISTOPATOLOGICOS DESPUES DE LA  
ADMINISTRACION DE MESALAZINA EN CUCI"

QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO DE  
**COLOPROCTOLOGO**  
P R E S E N T A :

**DR. ARISTIDES SUASTEGUI ZARATE**

ASESOR : DR. MARCO ANTONIO PULIDO MUÑOZ  
DR. FRANCISCO CUEVAS MONTES DE OCA  
DR. FIDEL RODRIGUEZ ROCHA  
DR. GUILLERMO GOMEZ CAMPOS



**IMSS**

MEXICO, D.F.

FEBRERO DEL 2004



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).

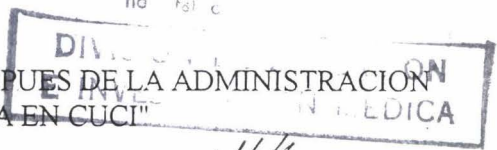
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



CAMBIOS HISTOPATOLOGICOS DESPUES DE LA ADMINISTRACION DE MESALAZINA EN CUCI



INVESTIGADOR PRINCIPAL DR MARCO ANTONIO PULIDO MUÑOZ

DR FRANCISCO CUEVAS MONTES DE OCA

DR FIDEL RODRIGUEZ ROCHA

DR GUILLERMO GOMEZ CAMPOS

DR ARISTIDES SUASTEGUI ZARATE

Número de registro de protocolo en la coordinación delegacional de Educación e Investigación Médica: 99-690-0169.

Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional La Raza calle seris y zaachila S/n col la raza delegación azcapotzalco. TEL 57 82 10 88, 57 24 59 00 Ext. 1606.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el resultado de mi trabajo recepcional.
FIRMA: Aristides Suastegui Zarate
FECHA: 19/10/04

## AGRADECIMIENTOS.

### A MIS PADRES.

porque en los momentos buenos y malos, siempre me demostraron su apoyo, guiándome para seguir por el camino correcto .

### A MIS MAESTROS.

Porque a través de sus conocimientos impartidos lograron que tenga las bases necesarias para ejercer mi profesión.

§

### A MIS COMPAÑEROS.

Por los ratos buenos y malos que compartimos y por los consejos que me otorgaron en los momentos difíciles.

## INDICE

RESUMEN	1
SUMMARY	2
INTRODUCCION	3
MATERIAL Y METODOS	7
RESULTADOS	8
CASO # 1	9
CASO # 2	10
Caso # 3	11
CASO # 4	12
Caso # 5	13
DISCUSIÓN	14
CONCLUSIÓN	15
BIBLIOGRAFÍA	16

## RESUMEN.

### "CAMBIOS HISTOPATOLOGICOS DESPUES DE LA ADMINISTRACION DE MESALAZINA EN CUCI"

#### OBJETIVO.

Describir los cambios histológicos con la administración tópica de mesalazina. Conocer los cambios histológicos de la mucosa rectal con la administración de mesalazina tópica.

DISEÑO. Casos y Controles.

#### RESULTADOS.

Fueron 5 pacientes 4 hombres con una edad media de 32 años, una paciente femenino de 41 años de edad, la valoración endoscópica inicial según Barón: 2 barón I, 2 barón II, y uno barón III. En 3 de los 5 pacientes el colon por enema con doble contraste con diagnostico radiológico de imagen tubular compatible con cuci, y en 2 normal. La valoración histológica según la clasificación de Truelove y Richard, tres en la clasificación 2, uno en la 3, y uno en la uno. La segunda biopsia de control posterior a la ingesta de mesalazina 4 pacientes en la clasificación I, y uno en la II. Un paciente que se aplico por vía tópica la mesalazina se observo que no presento cambios histológicos pero si hubo mejoría clínica, se observo cambios de regeneración de la mucosa rectal en los 4 pacientes que tomaron en forma combinada la mesalazina vía oral y tópica

#### CONCLUSIONES:

El resultado del estudio indica que el tratamiento con mesalazina combinado vía oral y tópica produce cambios histológicos tempranamente en la mucosa rectal.

PALABRA CLAVE cambios histopatologicos,mesalazina,cuci.

## SUMMARY

### “HISTOPATOLOGIC CHANGES LATER OF THE ADMINISTRACIÓN OF MESALAZINA IN CUCI”

#### OBJECTIVE:

To describe the histologic changes with the topical administration of topical mesalazina.

DESING: Case and Control.

#### RESULTS:

They were five patients; four men with average of 32 year-old age; a female patient with 41 year-old age. The endoscopic initial valuation: two Baron I, two Baron II and one Baron III; in three of the five patients the colon for enema with double contrast with radiological diagnosis of compatible tubular image with CUCI, and in two reported as normal.

The histologic valuation according to the classification of Truelove and Richard, 3 patients in the classification 2, one in the classification 3 and one in the classification I. In the second biopsy of control four patients inside the classification I and one in the classification II.

A patient to who was applied for way topical the mesalazina was observed that it didn't present histologic changes in comparison with the changes of regeneration of the mucosa rectal in the four patients that took in combined form the mesalazina by way oral and topical.

CONCLUSIONS: Results of this study indicate that treatment with mesalazina to combined by way oral and topical produces histologic changes earlier in the mucosa rectal.

WORDS KEY: Histopatologic changes, mesalazina, CUCI.



## "CAMBIOS HISTOPATOLÓGICOS DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN DE MESALAZINA EN CUCI"

### INTRODUCCIÓN

Colitis ulcerosa crónica. padecimiento inflamatorio crónico de origen desconocido que afecta sobre todo la mucosa del colon los datos anatomopatológicos característicos de la colitis ulcerosa se caracteriza por inflamación crónica de la mucosa, que casi siempre afecta una longitud variable del colon. Este proceso no afecta al intestino delgado ni la parte alta del tubo digestivo. Cuando la distribución solo incluye el recto y el colon sigmoide, puede aplicarse el término proctosigmoiditis ulcerosa, la enfermedad hasta el ángulo esplénico, incluso este último, se describe como colitis del lado izquierdo, en tanto la afección de todo el colon se denomina universal o pancolitis.

Independientemente de la extensión de la enfermedad, la diarrea sanguinolenta casi es un dato característico de la enfermedad, las molestias de presentación también pueden incluir tenesmo, secreción rectal mucosa, dolor abdominal tipo cólico, y fiebre de manera paradójica un pequeño número de enfermos puede tener estreñimiento, que tal vez refleja motilidad alterada. Esto por lo común se observa en sujetos con enfermedad principalmente distal (proctitis o proctosigmoiditis), los exámenes físicos pueden no revelar datos en pacientes con padecimiento leve, en tanto en aquellos con enfermedad grave puede mostrar taquicardia en reposo, fiebre, caquexia, palidez, distensión e hipersensibilidad abdominal con signos de irritación peritoneal o sin ellos.

Desde el punto de vista histológico el proceso inflamatorio se caracteriza por abundancia de neutrófilos y linfocitos con números variables de células plasmáticas y macrófagos dentro de la lámina propia con frecuencia se observa abscesos de criptas, la disminución de mucina en las células caliciformes es un dato característico aunque no patognomónico. Los segmentos de mucosa superficial pueden estar por completo destruidos o quedar sustituidos por exudado mucopurulento, la formación de pseudo pólipos. se observa en la forma grave.

#### VALORACIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICO.

En la colitis ulcerosa, se han usado con mayor frecuencia los criterios consagrados por el tiempo, establecidos por Truelove y Witts. la actividad de la enfermedad se clasifica en leve, moderada, y grave. (1).

#### VALORACIÓN ENDOSCÓPICA

La valoración endoscópica puede ser más específica. la pancolonoscopia en general se considera contraindicada durante episodios graves de colitis.

#### VALORACIÓN RADIOGRÁFICA.

La radiografía simple de abdomen ha asumido una función importante en la valoración de pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales severas.

## MÉTODOS DE VALORACIÓN CON RADIONUCLIDOS.

Como una alternativa para la valoración clínica en aquellos pacientes graves que no se pueden manejar con endoscopia los métodos con radionuclidos puede ofrecer algunas ventajas atractivas. la medición de la actividad de los radio marcadores en leucocitos fecales o mediante gamagrafia no conlleva penetración corporal.

### CRITERIOS DE TRUELOVE Y WITTS (1).

#### ENFERMEDAD LEVE                      ENFERMEDAD GRAVE

Diarrea	<4	>6
Hemorragia rectal	leve	grave
Taquicardia	no hay	presente
Fiebre	no hay	>38.8C
Hemoglobina	normal o >11.0g/dl.	8g/dl
Sedimentación eritrocitaria	>30 mm	30 mm
Albúmina.	Normal	3/dl.

La sulfasalazina ha sido el fármaco fundamental para tratar la colitis ulcerosa y la enfermedad de crohn, pero tiene limitación de su ineficacia en formas más graves de la enfermedad de crohn de intestino delgado, también sus efectos dependen de la dosis, y existe la posibilidad de que surjan fenómenos alérgicos. los dos hechos descubiertos en fecha reciente: 1) que la sulfasalazina es degradada por los azorreductores bacterianos en el colon y así se libera ácido 5 amino salicílico (5 ASA, mesalamina), del transportador sulfapiridinico. 2) que el ácido 5 aminosalicílico es el que ocasiona prácticamente todos los efectos terapéuticos en tanto que la sulfapiridina induce la mayor parte de los efectos adversos no se conoce el mecanismo específico de acción de la sulfasalazina ni del 5 ASA, pero los beneficios terapéuticos en conjunto se sobre añaden y muy probablemente dependen de múltiples efectos que incluirían la inhibición de inter leucina I, síntesis de inmunoglobulina por la mucosa, ciclooxigenasa sintetasa de tromboxano, lipooxigenasa, sintetasa del factor activador de plaquetas y la fagocitosis de especies de oxígeno reactivas. se cuenta con preparados ingeribles y tópicos (rectales) distintos, que evitan la absorción proximal de 5ASA. en el intestino delgado, para el transporte "orientado" y específico a segmentos intestinales afectados.

Las dosis mayores de mesalamina en comparación con las de sulfasalazina han despertado alguna preocupación sobre la posible nefrotoxicidad por el (amino salicílico).

los puntos finales terapéuticos en la colitis ulcerosa son más precisos que en caso de la enfermedad de crohn. Con el tratamiento se busca inducir una remisión. Los factores a considerar para emprender el tratamiento incluyen la extensión de la enfermedad, la gravedad de los síntomas y la respuesta previa al tratamiento.

La colitis distal permite la opción del tratamiento tópico en la enfermedad grave, respuesta previa y preferencia del individuo los pacientes con colitis ulcerosa leve pueden ser tratados con un amino salicilato ingerible a menudo lo hacen con la mesalamina tópica en la forma de supositorio, espuma o enema muchos de estos enfermos más tarde necesitan un "sostén" a

base del producto tópico quizás por la propensión que tienen al estreñimiento que impide la llegada de la mesalamina al recto después de ingerirla.

Las personas con colitis extensa leve o moderada necesitan tratamiento oral con un amino salicilato pero puede beneficiarse del tratamiento tópico para llevar al mínimo las molestias rectales(2).

El papel de la biopsia rectal es importante ya que nos permite establecer el diagnóstico el grado de severidad y la presencia de displasia.entre sus ventajas está el descubrimiento frecuente de reacción inflamatoria anormal en lo que puede parecer recto normal.el colon recto sigmoide es una localización común de la displasia epitelial en pacientes que tienen colitis ulcerosa de larga evolución.

Un estudio interesante en relación a la evolución clínica de la colitis ulcerativa e histología fue publicado por Riley et al. Estos autores reportan que en pacientes con colitis ulcerativa alcanzo una remisión del infiltrado celular, la inflamación crónica todavia esta presente en las biopsias obtenidas.Ademas 58% de los pacientes tuvieron remisión clínica, tuvieron irregularidades en la arquitectura de las criptas en estas biopsias, la presencia de una actividad inflamatoria aguda predispone a una recaída:este hallazgo fue en un 32% de los pacientes con colitis en remisión incluido un infiltrado celular agudo en 28%,abscesos de la cripta en 11% y depleción de mucina en 22%,al parecer por lo tanto estos pacientes con colitis ulcerativa demuestran que deben ser tratados hasta que endoscópicamente e histológicamente estén sanos(4).

El tratamiento tópico ácido 5 aminosalicilico (5 ASA.mesalazina),esta bien demostrado como tratamiento efectivo para colitis ulcerativa distal cuando es utilizado en enemas o supositorios, aunque los enemas alcanzan el Angulo esplénico y son potencialmente indicados para pacientes con enfermedad de colon sigmoides.Los supositorios tienen alcance para el colon sigmoides a una dosis de supositorios de mesalazina 500mg dos veces al dia represento la dosis optima en proctitis activa.El propósito de este estudio fue dirigido para comparar la eficacia y seguridad de mesalazina oral con supositorios de mesalazina en pacientes con proctitis ulcerativa activa.Los pacientes fueron evaluados después de 2 y 4 semanas la eficacia de la evolución incluyo una enfermedad activa con 4 variables representadas frecuencia de las evacuaciones, sangrado rectal,apariciencia de la mucosa y valoración medica de enfermedad grave,la valoración histológica fue valorada a 2 y 4 semanas de acuerdo a los criterios de Truelove y Richard.La valoración incluye exámenes de laboratorio no hubo diferencia significativa o efectos adversos en los exámenes de laboratorio o clínica.

Criterios de Truelove y Richard.

0.normal.

1-inflamación crónica infiltrado celular en la lamina propia.

2-daño leve de la cripta con infiltrado celular agudo, algunas criptas con absceso.

3-marcada destrucción criptica, criptas con absceso y ulceraciones.

Resultados de este estudio indican que el tratamiento con supositorios de mesalazina produce tempranamente mejores resultados que mesalazina vía oral en el tratamiento de proctitis ulcerativa(5).

La lesión de la mucosa en colitis ulcerativa activa es caracterizada por una intensa inflamación, infiltrado celular, abscesos cripticos, depleción de mucina y alteración

superficial, durante la fase de curación el epitelio continuamente es restaurado, el infiltrado y los abscesos se resuelven.

Al tiempo de la sigmoidoscopia, se realizó una toma de biopsia de la mucosa de la pared rectal anterior a 5 y 10 cm del margen anal las biopsias fueron fijadas en parafina y 5 microsecciones fueron fijadas con hematoxilina y eosina. 6 factores histológicos fueron valorados: depleción de mucina, integridad de la superficie epitelial, inflamación crónica, infiltrado celular e irregularidad de la arquitectura de las criptas(6). El tratamiento tópico de colitis ulcerativa fue sugerido hace aproximadamente 30 años por Truelove usando un derivado de esteroides en colitis ulcerativa distal.

Recientemente hay un interés renovado en el tratamiento tópico de colitis ulcerativa como resultados de un mayor conocimiento de la farmacología de la sulfasalazina y estudios controlados que sugieren que el ácido 5 amino salicílico (mesalazina) es el componente activo de la sulfasalazina y que la actividad terapéutica es muy marcada a una acción tópica de la mucosa inflamada.

La apariencia endoscópica colónica fue valorada por los médicos según los criterios de Barón:

0. mucosa normal.

1-leve, mucosa hiperémica, patrón vascular indeterminado.

2-moderada, friable sangrado al contacto.

3-severa, sangrado espontáneo, ulceración de la mucosa.

La valoración histológica de las biopsias fue usando acordando los criterios de Truelove, Richrads.

0-normal.

1-inflamación crónica, infiltrado celular en la lamina propia.

2.daño leve de la cripta con infiltrado celular agudo, algunas criptas con absceso.

3-marcada destrucción de la cripta con abscesos cripticos y ulceración.

Es buena evidencia de este estudio que el ácido 5 amino salicílico (mesalazina) administrado como supositorio representa un aprovechamiento para pacientes con leve y moderada ataque de proctitis ulcerativa extendida no mas de 20 cm del ano, la dosis de 500 MG dos veces al DIA y 500 Mg. 3 veces al día. (7).

## MATERIAL Y METODOS.

DISEÑO: Casos y controles

El estudio se desarrollara en el servicio de coló proctología y patología del hospital de especialidades CMN. La Raza del IMSS .

Se seleccionaron pacientes enviados por primera vez a la consulta externa con el diagnostico de cuci, en el periodo de octubre de 1999 a febrero de el 2000.

Se les realizo historia clínica exploración proctológica con anoscopio, RSC.

Toma de biopsia de la primera válvula de Houston, sé solicitaron exámenes de laboratorio, BH, Qs, Es, PFH, Tp, Ttp.

Se inicio manejo medico con mesalazina 3 g vía oral y 1 g vía tópica en 4 pacientes y en uno un gramo y medio vía tópica. La segunda biopsia de control se realizo a las 6 semanas de inico el tratamiento medico.

## RESULTADOS.

Se presentaron 5 pacientes; 4 hombres con una edad media de 32 años y una mujer de 41 años de edad se clasificaron inicialmente de acuerdo con Truelove y richard, en dos se observo inflamación crónica, infiltrado celular en la lamina propia, dos con daño leve de la cripta con infiltrado celular agudo, algunas criptas con absceso,y uno con marcada destrucción de la cripta con abscesos cripticos y ulceración. La segunda biopsia de control posterior a la ingesta de mesalazina,se observo 4 pacientes con inflamación crónica, infiltrado celular en la lamina propia y uno con daño leve de la cripta con infiltrado celular agudo, la clasificación inicial endoscopica de Barón,2 Barón I y 2 Barón II,y uno Barón III,la valoración clínica inicial según los criterios de Truelove witts, 4 pacientes con enfermedad moderada y uno severa.Se observo que hubo cambios en la mucosa rectal histopatologicamente posterior al uso combinado de mesalazina vía oral y tópica.

## CASO # I.

Nombre.

Edad. 39 años.

Sexo. masculino.

Estado civil. casado.

Ocupacion. almacenista.

Religion. catolico.

AHF. sin importancia para el padecimiento.

APP. negadas enfermedades cronicas, transfucionales y alérgicas.

P.A. padecimiento crónico de 7 meses de evolución al presentar estreñimiento, pujo tenesmo, rectorragia posevacuatoria, 3 evacuaciones semilíquidas con moco.

Exploración Proctologica. reflejo anocutaneo normal, TR, buen tono del puborectal, anoscopia, mucosa hiperemica, perdida de patrón vascular, presencia de moco, RSC. hasta 25 cm de MA. la mucosa rectal con perdida del patrón vascular, ulceras.

Estudio de Gabinete. colon por enema con doble contraste imagen tubular compatible con cucu.

Exámenes de laboratorio Inicial. hb, 11.3, tp. 11.3, 77% , glucosa 88, bun 10.7, urea 23.0, creatinina 1.2, Na. 144, k. 4.6, albúmina 3.2.

Exámenes de control posterior a la ingesta de mesalazina.

hb. 13.3, tp. 12.2, 81%, http 32.1 seg, plaquetas 316. creatinina 1.3, albúmina 3.5.

Se realizo toma de biopsia en la 1 válvula de Houston antes y después de iniciar el manejo medico con mesalazina.

actualmente el paciente con 2 evacuaciones al día sin sangre ni moco en control con mesalazina vía oral y tópica.

## CASO #2.

Nombre.

Edad. 50 años.

Ocupacion. obrero.

Edo. civil. casado.

Religión. católico.

AHF. sin importancia para el padecimiento.

PA. padecimiento crónico de 7 meses de evolución al presentar evacuaciones de consistencia líquida 3 al día con moco y sangre, pujo, tenesmo.

Exploración Proctológica. reflejo anocutáneo normal, TR, buen tono del puborectal, anoscopia perdida del patrón vascular, hiperemia, RSC, hasta 25 cm de margen anal mucosa granular, presencia de úlceras.

Estudio de Gabinete. colon por enema con doble contraste con diagnóstico radiológico colon tubular compatible con CUCI.

Exámenes de laboratorio Inicial.

hb. 17.7, hto 54, glucosa 122, bun 7.8, urea 16.7, creatinina 0.9, tp 17.4, 79%, ttp 34.9 seg, albumina 3.1.

Exámenes de control posterior a la ingesta de mesalazina.

hb. 15.2, hto. 48, glucosa 120, bun 7.2, urea 15.2, creatinina 1.0, tp. 11.3, 77% , ttp 31.0 seg, albúmina 3.3.

Se realizó biopsia de la 1 válvula de Houston antes y después de iniciar el tratamiento con mesalazina.

actualmente se encuentra con manejo médico combinado vía oral y tópica con 2 evacuaciones al día sin sangre ni moco.



### CASO#3

Nombre.

Edad.36 años.

Sexo. masculino.

Edo.civil.casado.

Religion.catolico.

AHF. sin importancia para el padecimiento.

P.A. padecimiento crónico de 7 meses de evolución al presentar evacuaciones líquidas de 2-4 con sangre ,moco,pus,tenesmo.

Exploración proctológica. reflejo anocutaneo normal, TR, buen tono del puborectal,anoscopia perdida de patrón vascular,moco,RSC, hasta 25 cm de margen anal, perdida de patrón vascular,edema,hiperemia.

Estudio de Gabinete. colon por enema con doble contraste normal.

Exámenes de laboratorio inicial.

hb.16.0,hto.47,leucocitos 6.8. glucosa 91.bun.14.4.urea30.9,creatinina 1.3,colesterol,151,pt.7.6,albúmina 4.6,globulina 3.0.fa.88,NA.146,K,5.4.

Exámenes de control posterior a la ingesta de mesalazina.

hb.15.5,hto.47,leucocitos.7.7,pt.8.0,tgo.26,tgp.22.fa.102,amilasa.173,cretinina 1.3,colesterol,163,tp 17.0 87%,albúmina 3.6.

Se realizo biopsia de 1 válvula de Houston al inicio y posterior al manejo medico con mesalazina.

Actualmente con 2 evacuaciones sin sangre ni moco con tratamiento combinado de mesalazina vía oral y tópica.

#### CASO #4.

Nombre.

Edad.41 años.

Sexo.femenino.

Ocupacion.agente de ventas.

Religión .católica.

AHF. sin importancia para el padecimiento.

APP.hipertension arterial sistémica en control.

P.A.padecimiento crónico de 2 meses de evolución al presentar perdida de peso de 2 kg,dolor abdominal difuso tipo cólico, con 2 evacuaciones al día con moco y sangre.

Exploración Proctológica. reflejo anocutaneo normal, TR,buen tono del puborectal,anoscopia,puntilleo hemorrágico, perdida de patrón vascular,RSC,hasta 25 cm de margen anal,ulceras,perdida de el patrón vascular.

Exámenes de laboratorio inicial.

hb.13.5,hto 40.8,leucocitos.7.7.,tp.90,160%,ttp,24 seg,glucosa 90, creatinina 1.1.urea 17.1,colesterol 214,pt 7.7,albúmina 4.4.globulina 3.3.

Exámenes de control posterior a la ingesta de mesalazina.

hb.13.1,hto,40.1,leucocitos 8,0,plaquetas 240.NA143,K,4,4, glucosa 89 creatinina 0.9, pt,7.4,albúmina 4,3.globulina 3.1,amilasa 62.

Se tomo biopsia de la 1 válvula de Houston al inicio y posterior a la ingesta de mesalazina.

actualmente el paciente con manejo medico combinado vía oral y tópica de mesalazina con 2 evacuaciones al día sin sangre ni moco.

## CASO#5.

Nombre.

Edad.32 años.

Sexo.masculino.

Ocupacion.obrero.

Edo.civil.casado.

Religión. católico.

AHF. sin importancia para el padecimiento.

APP.negados.

PA.padecimiento crónico de 1 año de evolución al presentar evacuaciones líquidas 6-8 con sangre y mocho dolor abdominal tipo cólico.

Exploración proctológica. reflejo anocutaneo normal, TR, buen tono del puborectal,anoscopia,sangrado al contacto ulceras,RSC,hasta 25 cm de margen anal ulceras, perdida de patrón vascular.

Estudio de gabinete. colon por enema con doble contraste con diagnostico radiológico compatible con cuci.

Exámenes de laboratorio inicial.

hb 16.4,hto 48,,glucosa 120, bun 6.8,urea 14.6, creatinina 1.0 tp.16.3,78% ttp,23.8 seg.

Exámenes de laboratorio de control posterior a la ingesta de mesalazina.

hb.15.2.hto,46,glucosa 120,bun 6.8,urea 42,creatinina 1.0,tp,11,3 77% ,ttp 30 seg, albúmina 3,0.

Se tomo biopsia de la 1 válvula de Houston al inicio y posterior a la ingesta de mesalazina.

actualmente el paciente con 6 evacuaciones al dia semilíquidas sin sangre ni moco, en control en forma combinada con mesalazina vía oral y tópica.

## DISCUSION.

La Colitis ulcerosa crónica inespecífica (cuci) es una entidad de etiología desconocida, originalmente descrita por Wilks y Moxon (1875) no obstante que la denominación de la enfermedad no incluya el recto, es de hacer notar que es este donde se inicia el padecimiento en todos los casos, y en ocasiones puede ser la única zona inflamada.

Es una entidad de predominio en adultos jóvenes, particularmente mujeres, cosmopolita de predominio en pacientes de raza blanca y judía. Así mismo, parece ser que existe una genuina predisposición familiar.

El protocolo de estudio comprende: historia clínica, anoscopia, RSC. Colon por enema con doble contraste, colonoscopia, y toma de biopsia de la mucosa rectal. (8).

Los pacientes con colitis extensa leve o moderada necesitan tratamiento oral con un amino salicilato pero pueden beneficiarse del tratamiento tópico para llevar al mínimo las molestias rectales, El papel de la biopsia rectal es importante ya que nos permite establecer el diagnóstico el grado de severidad y la presencia de displasia.

## CONCLUSIONES.

1. el colon por enema realizado en los H.G.Z. no es la técnica adecuada.
2. sugerimos iniciar manejo medico con mesalazina en forma combinada vía oral y tópica.
3. Contar con un medico anatomopatologo experimentado para analizar las biopsias.
4. hay un retraso en un promedio de 6 meses para realizar el diagnostico oportuno de cuci por lo que se sugiere contar con un medico especialista:coloproctologo.

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Ronald F. Martín. L. Rossi Ricardo. Urgencias abdominales (¿ha cambiado algo) clínicas quirúrgicas de Norteamérica. M.C. Graw. Hill Interamericana 6/1997;1342-1372.
- 2.- Katz Julian. Enteropatía inflamatoria. clínicas quirúrgicas de Norteamérica MC Graw Hill Interamericana 6/1994;1469-1480.
- 3.-G. Wolff. Bruce. Trastornos inflamatorios del colon. clínicas quirúrgicas de Norteamérica mc. Graw Hill. Interamericana 5/1993; 925-936.
4. -T. Andus, H. Goerber, Layer. P. J. Sholmerich. Inflammatory bowel diseases from bench to bedside. editorial Kluwer Academic Publishers. 1999;223-226.
- 5.-P. Gionchetti, F. Rizello, A. Venturi, et al. Comparison of oral with rectal mesalazine in the treatment of ulcerative proctitis. Dis. Colon. Rectum. 1998;41.N.1,93-7.
- 6.-S.A.-Riles, V. Mani, M. J. Godman et al. Microscopic active in ulcerative colitis: what does it mean. Gut. 1991;32,174-8.
- 7.-M. Campieri, R. De Franchis, G. Bianchi. Porro, T, et al. Mesalazine (5-aminosalicylic acid) suppositories in the treatment of ulcerative proctitis or distal proctosigmoiditis. Scand J. Gastroenterol. 1990;663-8.
- 8.-Goligher, John; "colitis ulcerosa" en cirugía del ano, recto y colon segunda Edición, 1987 Reimpresión 1995; edit. Masson; pp. 788-89.