



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, O.D.**

T E S I S

**“MANIFESTACIONES ANORRECTALES EN PACIENTES
CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA INESPECÍFICA”**

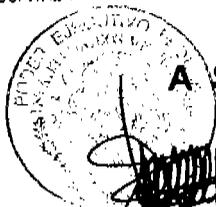
PARA OBTENER EL TITULO DE:

C O L O P R O C T O L O G O

P R E S E N T A

Dr. ALEJANDRO MUÑIZ GOLDARACENA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO



A S E S O R Y DIRECTOR

Dr. Luis Charúa Guindic



México, D. F.

Agosto de 2009.



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.

“MANIFESTACIONES ANORRECTALES EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA INESPECÍFICA”

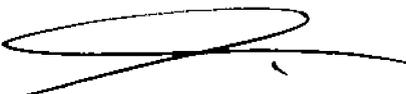
DR. LUIS CHARÚA GUINDIC

Jefe de la Unidad de Coloproctología.
Profesor Titular del Curso en
Especialización en Coloproctología.
Asesor de tesis.
Tel. 2789-2000. Ext. 1045
luischarua@hotmail.com



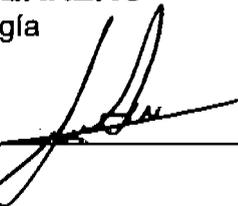
DR. ALEJANDRO MUÑIZ GOLDARACENA

Médico Residente de 2º año del Curso de
Especialización en Coloproctología.
Tel. 5518558726.
amunizgoldaracena@yahoo.com



DR. JUAN ANTONIO VILLANUEVA HERRERO

Médico Adscrito a la Unidad de Coloproctología
Hospital General de México
Tel. 2789-2000. Ext. 1045.
javillanueva@doctor.com



DR. OCTAVIO AVENDAÑO ESPINOSA

Consultor técnico unidad de Coloproctología.
Hospital General de México, O. D.
Tel. 2789-2000. Ext. 1045



AGRADECIMIENTOS

A mis padres por el ejemplo de trabajo y dedicación

A mi esposa por su apoyo incondicional.

Al servicio de coloproctología del hospital general de donde obtuve estas nuevas armas para

La vida, es especial al Dr. Charua por darme la oportunidad de formar parte del servicio y por la revisión de esta tesis, al Dr. Jiménez por su tenacidad y al Dr. Villanueva por el consejo académico.

II. ÍNDICE

I. AGRADECIMIENTOS	3
II. ÍNDICE	4
III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN.....	5
IV. RESUMEN.....	6
V. ABSTRACT.....	10
VI. MARCO TEÓRICO	14
VII. JUSTIFICACIÓN.....	45
VIII. HIPOTESIS.....	46
IX. ANALISIS ESTADÍSTICO.....	47
X. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD	48
XI. RECURSOS	49
XII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	50
XIII. OBJETIVOS.....	52
XIV. MATERIAL Y MÉTODOS.....	53
XV. RESULTADOS	54
XVI. DISCUSIÓN	59
XVII. CONCLUSIONES.....	66
XVIII. ANEXO I.....	67
XIX. BIBLIOGRAFÍA	69

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1.- Datos del autor Apellido paterno Apellido materno Nombres Teléfono Universidad Especialidad Número de Cuenta	1.- Datos del autor Muñiz Goldaracena Alejandro 5518658726 Universidad Nacional Autónoma de México Coloproctología 504034413
2.- Datos del asesor Apellido paterno Apellido materno Nombres Especialidad	2.- Datos del asesor Charúa Guindic Luis Coloproctología
3.- Datos de la tesis Título Número de páginas Año	3.- Datos de la tesis Manifestaciones anorrectales en pacientes con colitis ulcerativa. 76 2009

IV. RESUMEN

Introducción.- Las dos formas principales de enfermedad inflamatoria intestinal inespecífica son la colitis ulcerativa crónica inespecífica o idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), en donde la CUCI se manifiesta por un proceso inflamatorio de predominio en la mucosa y submucosa del colon. La EC se caracteriza por inflamación focalizada que puede afectar cualquier segmento del aparato digestivo, principalmente íleon distal, región ileocólica y colon. El proceso inflamatorio es transmural que puede progresar a fistulización o alteraciones estructurales del tracto gastrointestinal.

Justificación.- La enfermedad inflamatoria intestinal ha aumentado la incidencia en la población latinoamericana y en especial en México, aun en países en donde la incidencia es alta, no se encuentran reportes acerca de las manifestaciones anorectales de la colitis ulcerativa. En el presente trabajo se busca describir la incidencia de las manifestaciones anorectales en pacientes con colitis ulcerativa además de hacer una descripción detallada de cada una de las manifestaciones.

Hipótesis.- Los pacientes portadores de enfermedad inflamatoria intestinal incrementan la posibilidad de tener manifestaciones anorrectales; quien ya la padecía intensifica la sintomatología. Los

pacientes sometidos a intervención quirúrgica por presentar alguna enfermedad anorrectal incrementan la morbi-mortalidad.

Objetivo.- Determinar el porcentaje de pacientes con alguna manifestación anorrectal portadores de CUCI confirmado histológicamente atendidos en la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México. Determinar la extensión de la CUCI confirmada por colonoscopia en los pacientes que presentan manifestaciones anorrectales. Determinar el tiempo de evolución entre el inicio de las manifestaciones anorrectales y el diagnóstico. Determinar el porcentaje de pacientes que presentaron manifestaciones anorrectales que requirieron manejo quirúrgico y describir las complicaciones posoperatorias en el caso de que las hubiera. Determinar dentro del subgrupo de pacientes que presentaron enfermedades anorrectales cual fue el tratamiento previo, cuantos requirió internamientos por severidad de la enfermedad y en que porcentaje de pacientes se necesitaron tratamiento con esteroides. Determinar el porcentaje de pacientes que cuentan con el antecedente de tabaquismo.

Material y métodos.- Estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo en pacientes portadores de CUCI con manifestaciones anorrectales atendidos en la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México, en el período comprendido de julio de 2008 a julio de 2009. Se investigaron las siguientes variables: edad, género, tiempo de evolución de la enfermedad inflamatoria intestinal, extensión de la enfermedad inflamatoria intestinal, diagnóstico de enfermedad

anorrectal, tratamiento médico y/o quirúrgico, antecedente de tabaquismo, y número de internamientos hospitalarios. Fueron incluidos los pacientes que contaron con expediente completo.

Resultados.- Se encontraron a 77 expedientes clínicos con diagnóstico de CUCI de los archivos de la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México, en el período mencionado; de ellos, 54 cumplieron los criterios de inclusión: 42 correspondieron al género femenino y 12, al masculino. De estos, 16 presentaron alguna manifestación anorrectal: 14 correspondieron al género femenino y dos al masculino; de ellos, 12 (75%) presentaron sintomatología anorrectal posterior al diagnóstico de CUCI y cuatro (25%) previo al diagnóstico; de ellos, seis (37.5%) correspondieron a enfermedad hemorroidal; de estos, uno se clasificó de grado I; tres de grado II y dos de grado III. Dos pacientes ya presentaban sintomatología hemorroidaria previo al diagnóstico de CUCI. Tres (18.75%) pacientes con diagnóstico de fístula anorrectal, las tres perianales. Una se presentó previa al diagnóstico de CUCI y dos durante el seguimiento de la enfermedad. Una (6.25%) paciente presentó fístula rectovaginal, que se manifestó a los 2 años del diagnóstico de CUCI. Cuarto (25%) pacientes presentaron fisura anal, una de estas previa al diagnóstico.

Conclusión.- La incidencia no es tan pequeña como se piensa siendo hasta del 22%. La gran mayoría de las manifestaciones anorrectales son susceptibles de manejo médico. Los que requirieron tratamiento quirúrgico, no se observó un aumento en la morbilidad.

Esta por definirse la relación de cirugía anorrectal previa y los resultados funcionales en pacientes que se realiza una proctectomía restaurativa. Las manifestaciones anorrectales pueden ser una manifestación de severidad de la enfermedad o de un curso más agresivo de la misma.

Palabras clave: colitis ulcerativa, enfermedad hemorroidal, fisura anal, fístula anal, fístula rectovaginal, absceso anal.

IV.ABSTRACT

Introduction .- The two major forms of inflammatory bowel disease ulcerative colitis are nonspecific chronic nonspecific or idiopathic (SITC) and Crohn's disease (CD), where the SITC is manifested by an inflammatory process dominated in the mucosa and submucosa of colon. CHD is characterized by inflammation that can affect any targeted segment of the digestive tract, primarily the distal ileum, and colon ileocólica region. The inflammation is transmural fistulization which may progress to or structural alterations in the gastrointestinal tract.

Justification .- Inflammatory bowel disease has increased the incidence in the population of Latin America and particularly in Mexico, even in countries where incidence is high, there are no reports of anorectal manifestations of ulcerative colitis. The present paper seeks to describe the incidence of anorectal manifestations in patients with ulcerative colitis in addition to a detailed description of each of the demonstrations

Hypothesis .- The patients with intestinal inflammatory disease increases the possibility of demonstrations anorectal, who already suffered from the symptoms intensified. Patients undergoing surgery for anorectal disease present increased morbidity and mortality.

Objective .- To determine the percentage of patients with any manifestation of anorectal carriers served SITC confirmed histologically in the Colorectal Unit of the General Hospital of Mexico. Determine the extent of SITC confirmed by colonoscopy in patients with anorectal manifestations. Determine the time between the onset of anorectal manifestations and diagnosis. Determine the percentage of patients with anorectal manifestations requiring surgical management and describe the postoperative complications in the event that any. Determine within the subgroup of patients with anorectal disease was the pre-treatment, called internally by tales of disease severity and the percentage of patients requiring treatment with steroids. Determine the percentage of patients who have a history of smoking.

Material and Methods .- A retrospective, longitudinal and descriptive in patients with anorectal SITC manifestations seen at the Colorectal Unit of the General Hospital of Mexico, for the period July 2008 to July 2009. We investigated the following variables: age, gender, stage of the inflammatory bowel disease, extent of inflammatory bowel disease, anorectal disease diagnosis, medical treatment and / or surgery, history of smoking, and number of hospital interns. We included patients who had complete file.

Results .- There were 77 cases with clinical diagnosis of SITC of files in the Colorectal Unit of the General Hospital of Mexico, in the period, of whom 54 met the inclusion criteria: 42 were females and 12 male.

Of these, 16 presented some anorectal manifestation: 14 were females and two males, of whom 12 (75%) had anorectal symptoms after the diagnosis of SITC-four (25%) prior to diagnosis, of whom six (37.5%) were of haemorrhoidal disease; of these, one was classified grade I, three grade II and two grade III. Two patients already had symptoms prior to diagnosis of hemorrhoidaria SITC. Three (18.75%) patients with anorectal fistula, three perianal. One was filed prior to the diagnosis of SITC and two during follow-up of the disease. A (6.25%) patients had rectovaginal fistula, which was in the 2 years of diagnosis of SITC. Fourth (25%) patients presented with anal fissure, one of these pre-diagnosis.

Conclusions .- The incidence is not as small as it is thought to be 22%. The vast majority of anorectal manifestations are subject to medical management. Those who needed surgery, there was an increase in morbidity. Defined by this relationship after anorectal surgery and functional outcome in patients who are proctectomia a restorative. Anorectal manifestations may be a manifestation of severe disease or a more aggressive course of it.

Keywords: ulcerative colitis, hemorrhoidal disease, anal fissure, anal fistula, rectovaginal fistula, anal abscess

VI. MARCO TEÓRICO

Las dos formas principales de enfermedad inflamatoria intestinal inespecífica son la colitis ulcerativa crónica inespecífica o idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), en donde la CUCI se manifiesta por un proceso inflamatorio de predominio en la mucosa y submucosa del colon. La EC se caracteriza por inflamación focalizada que puede afectar cualquier segmento del aparato digestivo, principalmente íleon distal, región ileocólica y colon. El proceso inflamatorio es transmural que puede progresar a fistulización o alteraciones estructurales del tracto gastrointestinal. Ambas enfermedades pueden presentar manifestaciones extraintestinales en ojos, piel, articulaciones y otras más.

Se encuentran múltiples publicaciones acerca de la incidencia de estas enfermedades, de manera general la mayor prevalencia se reporta en el norte de Europa,¹⁻⁸ Reino Unido,⁹⁻¹¹ y los Estados Unidos.¹²⁻¹⁵ Se identifica un aumento en la incidencia de estos padecimientos en Europa central, Asia y Latinoamérica;¹⁶ ha aumentado y se mantiene el predominio de CUCI sobre la EC.

En un estudio multicéntrico europeo sobre enfermedad inflamatoria (EC-IBD) se reporta una incidencia en la CUCI de 8.7 a 11.9 por cada 100,000 habitantes por año, comparado con la EC, con una incidencia de 3.9 a 7.0 por cada 100,000 habitantes al año. En México se calcula una incidencia de 0.2% a 4.89% y no se tiene

conocimiento preciso de la prevalencia en la población adulta.^{4,5} En un estudio realizado en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición se encontraron en un período de 20 años 848 nuevos casos, hubo un aumento en la atención de pacientes con esta enfermedad en la segunda década del estudio con respecto a la primera; en el Hospital General de México, en un período de 14 años se diagnosticaron 200 casos.^{6,7} La enfermedad afecta en igual número a hombres y mujeres, con dos picos de incidencia máxima, el primero entre los 15 y 30 años y el segundo de los 55 a los 80.

Se encuentra un ligero predominio en la EC para el género femenino, especialmente en el grupo comprendido entre adolescentes y adultos jóvenes, sugiriendo una interacción hormonal. Por otra parte se encuentra un ligero predominio del masculino para la CUCI. Para ésta un diferente patrón de incidencia se ha observado para mujeres y hombres de 35 años y más, con incidencias estables en el masculino conforme aumenta la edad y una disminución en el femenino. La incidencia en ambos igual.

Se ha observado una distribución bimodal para la CUCI en hombres con un pico de incidencia en la segunda y tercera décadas de la vida con otro muy pequeño en la sexta. La razón de esta distribución bimodal no se conoce; hay teorías en donde se tiene la hipótesis de que los hombres tienen una tendencia a la suspensión del tabaco en la sexta década de la vida una vez diagnosticados problemas cardiovasculares.

De acuerdo a su extensión, la CUCI evaluada por colonoscopia, se clasifica de acuerdo a los criterios de Montreal en proctitis cuando únicamente hay afección del recto, colitis izquierda cuando se extiende hasta el ángulo esplénico y extensa o pancolitis cuando la enfermedad afecta el colon más allá del ángulo esplénico.¹ La colitis extensa se presenta en 20% de los pacientes y la colitis izquierda comprende 50 a 60% de los casos.⁹

La presentación clínica de la EC estará en relación al sitio de afección (Tabla 1). De acuerdo a la clasificación de Viena, subdivide el sitio de la enfermedad en intestino delgado, ileon distal, colon e ileocólica. Al ileon distal corresponden el 75% de los casos. El recto está involucrado en el 10% de los pacientes y el 25% pueden presentar manifestaciones anorrectales de la enfermedad. El aumento de la frecuencia en el ileon terminal, parece ser un subtipo de la EC, resultado de alteraciones genéticas, principalmente en el CARD 15 y CEACM 6. Estas alteraciones favorece la adhesión de E. coli en el ileon distal, produciendo una sobreestimulación inmunológica con secreción continua de citocinas ocasionando un proceso de inflamación crónica del ileon con lesión tisular del mismo.^{13,14}

Ileitis terminal e ileocecal	45%
Colitis	25%
Ileocolitis	20%
Intestino delgado	5%
Otros (anorrecto, yeyuno, gastroduodenal, oral)	5%

Tabla 1.- Distribución anatómica de la Enfermedad de Crohn

La gravedad de la colitis ulcerativa se evalúa a través de diferentes escalas y se clasifica en pacientes en remisión, con actividad leve, moderada y grave o severa; la definición de remisión más utilizada es la presencia de ≤ 3 evacuaciones al día sin hemorragia y sin urgencia al defecar. Múltiples escalas se han creado para determinar la actividad de la enfermedad, información que es necesaria para iniciar el tratamiento de los pacientes y determinar si una vez iniciado es efectivo. Los parámetros propuestos por Truelove y Witts son los utilizados en la mayoría de los centros hospitalarios para realizar una evaluación clínica diaria (Tabla 2).¹ La escala de Mayo es una opción adecuada y más completa, por el hecho de incorporar en los mismos parámetros la friabilidad de la mucosa evaluada por colonoscopia o rectosigmoidoscopia (Tabla 3).^{1,13} Aún no existe una respuesta sobre cuál es la mejor escala para la valoración de la actividad de la enfermedad.^{1,14} Los criterios modificados de Baron se utilizan frecuentemente para indicar la actividad de la enfermedad durante una sigmoidoscopia: grado 1 (leve), sin hemorragia espontánea o al contacto ligero sin patrón vascular visible; grado 2 (moderado),

hemorragia al contacto ligero, pero no espontáneo; grado 3 (grave), hemorragia espontánea y al contacto ligero.

	Leve	Moderado	Severo
N° de evacuaciones con sangre	<4	4 o más	> o = 6 y
Pulso	<90 lpm	< o = 90 lpm	> 90 lpm o
Temperatura	<37.5°C	< o = 37.8°C	> o = 37.8°C o
Hemoglobina	>11 g/dl	> 10 g/dl	<10 g/dl o
Protelna C reactiva	Normal	<o =30 mg/l	>30 mg/dl o

Tabla 2.- Índice de gravedad de Truelove-Witts

	0	1	2	3
Número de evacuaciones	Normal	1 a 2 al día mas de lo normal	3 a 4 al día mas de lo normal	5 al día mas de lo normal
Hemorragia transrectal	Ninguno	Estrías	Franco	Hemorragia abundante
Afección de la mucosa	Ninguno	Leve friabilidad	Moderada friabilidad	Hemorragiaesp ontáneo
Evaluación global del estado físico	Normal	Leve	Moderado	Grave

Tabla 3.- Escala de Mayo.

Para la EC se han propuesto varias escalas para los diferentes aspectos que se necesitan evaluar. La clasificación más importante para ofrecer un tratamiento son las que miden la actividad clínica; la más utilizada es la escala de Harvey-Bradshaw (Tabla 4), pero también se utiliza el índice de actividad para EC. Para medir la gravedad de la enfermedad perianal, Irvine en 1995, desarrolla el índice de actividad para enfermedad perianal. La actividad medida por endoscopia se clasifica con el índice de gravedad endoscópica para la enfermedad de Crohn y con la escala de Rutgeert o también conocida como sistema de puntuación endoscópica para recurrencia

posoperatoria. Esta clasificación también se utiliza para evaluar la eficacia del tratamiento establecido. Existen puntuaciones para la actividad histopatológica y clasificaciones de acuerdo a la anatomía y progresión clínica.³⁰

Normal	0
Absorción de lo normal	1
Leve	2
Muy grave	3
Tumores	4
Ninguno	0
Leve	1
Moderado	2
Muy intenso	3
1 punto por deposición	
Ausente	0
Dudosa	1
Definida	2
Definida y dolorosa	3
1 punto por cada una (eritema nodoso, aftas, pioderma gangrenoso, fisura anal, fístula, absceso)	

Tabla 4.- Índice de Harvey-Bradshaw modificado por la Organización Mundial de Gastroenterología (O.M.G.E.)

Explicación: Índice = A+B+C+D+E. Brote leve = 0 a 5, moderado = 6 a 10 y grave = mayor a 10

La sintomatología del paciente con CUCI generalmente tiene relación con la extensión de la enfermedad y la gravedad del padecimiento; hematoquezia, urgencia y tenesmo son datos que se presentan con

posoperatoria. Esta clasificación también se utiliza para evaluar la eficacia del tratamiento establecido. Existen puntuaciones para la actividad histopatológica y clasificaciones de acuerdo a la anatomía y progresión clínica.³⁰

VARIABLE	PUNTUACIÓN	
A: Estado general	Normal	0
	Algo pero de lo normal	1
	Malo	2
	Muy malo	3
	Terrible	4
B: Dolor abdominal	Ninguno	0
	Leve	1
	Moderado	2
	Muy intenso	3
C: Número diario de deposiciones	1 punto por deposición	
D: Masa abdominal	Ausente	0
	Dudosa	1
	Definida	2
	Definida y dolorosa	3
E: Manifestaciones extraintestinales	1 punto por cada una (eritema nodoso, aftas, pioderma gangrenoso, fisura anal, fistula, absceso)	

Tabla 4.- Índice de Harvey-Bradshaw modificado por la Organización Mundial de Gastroenterología (O.M.G.E.)

Explicación: Índice = A+B+C+D+E. Brote leve = 0 a 5, moderado = 6 a 10 y grave = mayor a 10

La sintomatología del paciente con CUCI generalmente tiene relación con la extensión de la enfermedad y la gravedad del padecimiento; hematoquezia, urgencia y tenesmo son datos que se presentan con

mayor frecuencia en pacientes con proctitis. Las evacuaciones nocturnas y el dolor abdominal son datos clínicos de importancia, al igual que la fiebre, anorexia y astenia en casos graves o de pancolitis. El 90% de los pacientes presentan hematoquezia como signo inicial; la presencia de evacuaciones disminuidas en consistencia por más de 6 semanas prácticamente descarta un origen infeccioso. El 15% de los pacientes inician con un padecimiento grave y en 10% se puede presentar una manifestación extraintestinal (artropatía axial o periférica, epiescleritis y eritema nodoso) durante el cuadro inicial.^{1,6}

En pacientes con EC la diarrea es el síntoma más común (70 a 90%), seguido del dolor abdominal (45 a 65%), hemorragia transrrectal (30%) y padecimientos anorrectales (10%). La diarrea tiene múltiples mecanismos para su aparición en la EC y pueden estar presentes más de uno de ellos: 1) inflamación de la mucosa; 2) fístulas entre asas del intestino delgado y 3) síndrome de intestino corto cuando se tiene antecedentes de resección intestinal. Existen otros dos mecanismos que ocasionan esteatorrea: sobrecrecimiento bacteriano en segmentos intestinales obstruidos y malabsorción de sales biliares por la enfermedad en el íleon distal. El tenesmo y la sensación frecuente de evacuar con heces de poco volumen, son síntomas característicos de la enfermedad en colon distal y en recto, habitualmente por la disminución de la complianza del recto.^{5,15}

El dolor abdominal es tipo cólico y aparece cuando existen lesiones obstructivas (la mayoría en el íleon distal) o por irritación peritoneal

por inflamación crónica. La hemorragia masiva se presenta en 1 a 2% de los casos, y es generalmente muy difícil de determinar el origen; sin embargo, hasta en la mitad de los casos se puede encontrar en el ileon terminal. La exploración física del abdomen puede ser normal, pero no es infrecuente encontrar aumento de la sensibilidad en la fosa iliaca derecha.

El paciente con afección anorrectal refiere comúnmente salida de material purulento y fuga escasa de materia fecal, que pudiera corresponder a una fístula perianal; no es infrecuente que estas sean múltiples; también pueden estar presente una fístula rectovesical (clínicamente hay neumaturia e infección recurrente de vías urinarias) o rectovaginal. Puede haber fisura anal, que se diferencia de la inespecífica mayor longitud, localización lateral y sobre todo, ausencia de dolor. La presentación aguda de dolor anal es característica de un absceso anal en formación. Pueden aparecer grandes colgajos cutáneos anales inflamados en conjunto con eritema de la piel y úlceras profundas.^{2,5,16}

La enfermedad gastroduodenal es difícil de distinguir de otros procesos inflamatorios en esta localización, por la presencia de síntomas generales como dolor abdominal superior, dispepsia, náusea, vómito, anorexia y pérdida de peso. La enfermedad bucal se acompaña de ulceraciones crónicas e induradas.

Las manifestaciones extraintestinales se presentan generalmente cuando hay afección del colon y pueden estar relacionadas o no con

la enfermedad. Dentro de los padecimientos asociados con la actividad intestinal se encuentran las úlceras aftoides (10%), eritema nodoso (5 a 10%), pioderma gangrenoso (0.5%), artropatía aguda (6 a 12%), afección ocular como la epiescleritis, uveitis o conjuntivitis (3 a 10%) y amiloidosis de hígado, bazo y riñones (1%). La artropatía relacionada con la actividad de la enfermedad involucra las grandes articulaciones. Las articulaciones menores pueden estar afectadas pero sin relación con la actividad de la EC.¹⁷

Las manifestaciones extraintestinales no relacionadas con la EC, son la sacroileitis (10 a 15%), que es una alteración común de estos pacientes pero afortunadamente con mínima sintomatología. La espondilitis anquilosante se presenta en menos del 5% de los pacientes habitualmente con HLA B27 positivo. La litiasis vesicular (15 a 30%) es frecuente por la mala absorción de sales biliares en el íleon terminal; la sintomatología generada por complicaciones de los litos, no tienen aumento en su frecuencia al compararse con la población en general. La litiasis renal (5 a 10%) en pacientes con EC es secundaria a la esteatorrea que aumenta la absorción de oxalatos. Otras alteraciones no relacionadas con la actividad de la EC son la cirrosis (2 a 3%), hepatitis crónica activa (2 a 3%) y la colangitis esclerosante primaria (menor al 1%).¹⁷⁻¹⁹

La EC metastásica se refiere a la aparición de nódulos ulcerados (granulomas no caseosos) en la piel, generalmente en la vulva, en el pliegue de las mamas y las extremidades.²⁰

Los estudios de laboratorio más utilizados para conocer la actividad de la CUCI son la proteína C reactiva y la velocidad de sedimentación globular; en un futuro la calprotectina, lactoferrina fecal, elastasa y el S100A12 posiblemente tengan un papel de mayor importancia en la evaluación de la gravedad de la enfermedad. Existe una producción muy alta de la calprotectina y la lactoferrina por los leucocitos. La calprotectina fecal es un componente antimicrobiano citoplásmico en los granulocitos, monocitos y macrófagos. Se requiere de una muestra de materia fecal y se determina mediante la presencia hasta por 7 días (resistente a los cambios de temperatura y proteólisis) de la calprotectina en la misma, mediante una prueba de ELISA; los niveles de la misma tienden a relacionarse directamente con la actividad de la enfermedad y con la inflamación de la mucosa.¹⁶

Los estudios de laboratorio generalmente no tienen un patrón característico relacionado con la EC; es frecuente que los pacientes presenten en la biometría hemática, anemia y trombocitosis. Aparece una elevación leve y transitoria de las pruebas de función hepática e hipoalbuminemia. Un aumento en la proteína C reactiva y de la velocidad de sedimentación globular (VSG) son frecuentes cuando hay actividad de la enfermedad; la VSG se eleva en la colitis por EC pero no en la enfermedad del intestino delgado, encontrando el aumento en la VSG en el 100% de los pacientes. La leucocitosis con neutrofilia se presenta por complicaciones sépticas y enfermedad activa.³

Estudios especiales como anticuerpos citoplasmáticos perinucleares antineutrófilos (pANCA) y anticuerpos anti-Saccharomyces cerevisiae (ASCA), son costosos y habitualmente son pocos los laboratorios donde se realizan. La utilidad de estos estudios, muy probablemente sea para diferenciar la CUCI de la EC y no para realizar el diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal en el paciente con sospecha diagnóstica. Sin embargo, la presencia de IgA ASCA se ha asociado con la necesidad de una cirugía temprana en pacientes con enfermedad ileal e ileocolónica. Otros anticuerpos en estudio son el anti-ompC, anti-I2, mutaciones en NOD2/CARD15.^{22,23}

La calprotectina y la lactoferrina fecal son proteínas derivadas de neutrófilos que se utilizan para determinar inflamación intestinal. En el caso de la calprotectina, un nivel menor a los 60 µg/g de materia fecal se correlaciona con ausencia de EC en el intestino delgado.^{3,24,25}

Sin importar la extensión de la enfermedad, el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal en pacientes con CUCI es del 2% a 10 años, 8% a 20 años y 18% a 30 años (0.4% por año). Últimos reportes sugieren que el tratamiento combinado de salicilatos tópicos y sistémicos ha disminuido la incidencia de neoplasia colónica en 8% según ECCO. Los pacientes que tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer son aquellos con una afección extensa del colon, 8 o más años de evolución de la enfermedad, antecedente familiar de cáncer colorrectal, colangitis esclerosante primaria e inicio a una edad temprana de la colitis.^{1,10} La colitis ulcerativa de larga evolución ha

sido considerada en el caso de la colitis extensa cuando es mayor de 8 años y de 10 cuando sólo es de lado izquierdo.¹¹ Se recomienda vigilancia con colonoscopia con toma de biopsias de preferencia a los 8 años de haber iniciado con la enfermedad para los pacientes con pancolitis y después de los 10 años para pacientes con colitis izquierda; la frecuencia del estudio endoscópico dependerá de los hallazgos de las biopsias. Si las biopsias son negativas a displasia, se pueden realizar de 1 a 2 años; después de 2 colonoscopias negativas, pueden espaciarse hasta 3 años hasta que se cumplan 20 años con el padecimiento; después se continuará con el seguimiento cada 1 a 2 años. En caso de encontrar displasia de alto grado en mucosa plana se sugiere tratamiento quirúrgico. Pacientes con estenosis en algún segmento del colon, es indispensable tomar múltiples biopsias para descartar la presencia de carcinoma ya que hasta el 24% de ellas presentan malignidad. Cuando se encuentra displasia de bajo grado se puede recomendar cirugía como profilaxis para evitar la progresión de la displasia; sin embargo, si el paciente no acepta o por las condiciones generales del mismo se sugiere un seguimiento colonoscópico cada 3 a 6 meses es una conducta aceptable. Se recomienda en todos los casos con displasia, de cualquier grado, las biopsias sea evaluadas por un segundo patólogo experto en tejidos gastrointestinales. En los pacientes con colangitis esclerosante primaria se sugiere incluir al momento del diagnóstico con seguimientos anuales. Cuando la enfermedad es sólo proctosigmoiditis (sin afección proximal a los 35 cm), la vigilancia se realice de acuerdo a los criterios establecidos para tamizaje de cáncer colorrectal en población en general. Una vez que el paciente

se encuentra en remisión, es innecesario realizar colonoscopias frecuentes; se deberán empezar de acuerdo al esquema de seguimiento. En los casos con recaída, pacientes dependientes de esteroides o refractarios a los mismos o cuando se considera realizar cirugía, es conveniente practicar colonoscopia.⁹

Las recomendaciones de una técnica adecuada para obtener las biopsias durante la colonoscopia son: biopsias de los cuatro cuadrantes del colon a intervalos de 10 cm y tomar biopsias extras de áreas con lesiones sospechosas. Para el recto y el sigmoides obtener las biopsias cada 5 cm; el diagnóstico es más preciso con un mayor número de biopsias.

Factores de riesgo

La patogenia y etiología de la enfermedad inflamatoria intestinal probablemente involucren una interacción entre los factores genéticos y ambientales el mecanismo preciso de cómo se inicia el proceso inflamatorio aun no esta claro.

La evidencia apunta que el ambiente y los factores genéticos del huésped no sólo son importantes para identificar la susceptibilidad sino también para determinar el curso clínico de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.

Muchos factores se han involucrado en la patogenia de la CUCI como la historia familiar, tabaquismo, antecedente de apendicetomía,

anticonceptivos orales, dieta, antecedente de lactancia, infecciones en la infancia temprana y la actividad física.

La evidencia a favor de factores genéticos se basa en las diferencias de presentación entre razas y grupos étnicos, la agregación familiar y la alta concordancia de presentación entre gemelos mono y dizigóticos.^{17,18}

La historia familiar es el factor de riesgo único de mayor importancia para el desarrollo de enfermedad inflamatoria. Entre el 6 y 32% de los pacientes con enfermedad inflamatoria tiene el antecedente de un familiar de primer o segundo grado con la enfermedad. Este riesgo es mayor entre hijos y menor con familiares de segundo grado. Esta asociación se encuentra en la EC entre el 13 y 32% y en la CUCI entre el 7 y 17%.

En términos genéticos se considera que la enfermedad inflamatoria intestinal tiene una transmisión “compleja” debido que la clásica herencia Mendeliana en donde se puede atribuir la transmisión a un solo locus genética no se observa. Se puede considerar que la enfermedad inflamatoria intestinal puede presentar un desorden heterogéneo poligenético, en donde se observan una interacción entre variantes alélicas en diferentes locus y una interacción entre los factores genéticos y ambientales.

El primer locus de susceptibilidad se ha identificado en una región pericéntrica al cromosoma 16.¹⁷ Tres estudios independientes

reportaron la identificación del gen NOD 2 en la enfermedad inflamatoria.

En un meta-análisis por Calkins, encontró un aumento en el riesgo de presentar colitis ulcerativa en no fumadores y exfumadores comparado con fumadores con un riesgo relativo de 1.6. La razón masculino/femenino en el diagnóstico de colitis ulcerativa aumenta progresivamente con la edad en pacientes exfumadores. Sin embargo, se ha observado que los exfumadores tienen un 70% más de riesgo comparados con las personas que nunca fumaron. En lo que respecta a la EC el riesgo se encuentra aumentado en pacientes fumadores.

El tabaquismo también puede afectar la severidad de la enfermedad inflamatoria, los fumadores tienen la mitad de probabilidades de ser hospitalizados por complicaciones de CUCI comparados con no fumadores, y los exfumadores tienen mayor probabilidad de requerir hospitalización y colectomía.¹⁸

En pacientes en quienes se realizó proctocolectomía con reservorio ileoanal, los fumadores tienen menor probabilidad de presentar pouchitis y esta misma relación se observó en presencia de colangitis esclerosante.¹⁹

Pacientes con EC quienes fuman más de 10 cigarrillos al día o más de 150 cigarrillos al mes tienen más probabilidades de presentar

enfermedad que involucre íleon terminal al igual de presentar fístula o estenosis.

En tiempos recientes el papel del apéndice en la epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal ha sido objeto de interés. La apendicetomía pareciera tener un factor protector, las variables involucradas son apendicetomía antes de los 20 años ya sea por apendicitis o adenitis mesentérica. Estas observaciones no son tan contundentes en lo que respecta a EC, de hecho hay reportes en donde se observa que pacientes con apendicitis complicada diagnosticada cuando menos un año antes que el Crohn tienen un curso de la enfermedad más agresivo.²⁰

Numerosos estudios aleatorizados han encontrado un aumento en el riesgo de presentar enfermedad inflamatoria intestinal en mujeres que toman anticonceptivos orales. En lo que respecta a la dieta no se han encontrado una relación causal que se haya podido demostrar; sin embargo, puede explicar las diferencias geográficas en cuanto a la presentación.

Infecciones perinatales ya sea en el producto o en la madre, pueden influenciar la expresión de la enfermedad inflamatoria intestinal. Hay hipótesis que relacionan la infección ya sea perineal o en la infancia con paramixovirus puede resultar en un cambio en el endotelio vascular del mesenterio con aparición en edades adultas de EC,²¹ también se han propuesto una relación inversa entre lactancia y enfermedad inflamatoria intestinal.

Además de las manifestaciones clínicas conocidas en la enfermedad inflamatoria intestinal, las afectaciones perianales en pacientes con CUCI suelen ser atribuidas a EC o colitis indeterminada. Sin embargo, puede asociarse a CUCI, inicialmente descrita hace más de 50 años, se reportaban dicha afectación con una prevalencia mucho mayor a la actual, debido en parte que la EC fue reconocida 10 años después que CUCI.

En los reportes iniciales se identificaba afectación perianal hasta en el 32% de los pacientes con CUCI; reportes actuales sugieren que las complicaciones perianales están entre el 7 y 12%; la presencia de complicaciones perianales de manera frecuente se considera suficiente para el diagnóstico de EC.

La patología perianal casi nunca pone en peligro la vida del paciente, puede presentar "confusores" como la hemorragia de origen hemorroidal, que puede llevar a tratamiento inapropiado sospechando actividad de CUCI; si no se reconoce patología perianal supurativa pueden presentarse complicaciones que pongan en peligro la vida como gangrena de Fournier y septicemia, particularmente en pacientes quienes se encuentran con inmunosupresores.

Muchos pacientes pueden ser candidatos a proctocolectomía con reservorio ileoanal y el manejo quirúrgico de patología perianal

puede comprometer el mecanismo esfinteriano predisponiendo a malos resultados funcionales de la anastomosis.

En lo que respecta a la CUCI el tratamiento se basa en la extensión de la enfermedad, en pacientes que presentan proctitis, la inducción a la remisión el tratamiento por vía rectal, que es el más apropiado para la proctitis ulcerativa activa. Los supositorios alcanzan el recto proximal, llegando hasta 15 a 20 cm del ano y los enemas pueden llegar más allá del ángulo esplénico. En estos pacientes esta recomendada la utilización de supositorios de 5-ASA como tratamiento de primera línea por su efectividad y pocos efectos colaterales. Controversia existe con respecto a la utilización combinada con 5-ASA vía sistémica en base a las nuevas evidencias en la disminución de la incidencia de neoplasias colónicas.

En Estados Unidos se cuenta con la presentación de supositorios de 5-ASA (Mesalazina) de 1 g, por lo que se recomienda la dosis de 1g al día por un mes. La administración de 1 a 4 g al día, en supositorios o en espuma, es habitualmente lo más utilizado. Posterior a un mes de aplicación, se puede ir disminuyendo la dosis a 1 g en días alternados. De 40 a 80% de los pacientes tendrán una resolución completa de los síntomas de 4 a 8 semanas de tratamiento.

Cuando los pacientes utilizan el 5-ASA en espuma, refieren que es una presentación más fácil de retener y cómoda, en comparación con el enema líquido. El enema gel de 5-ASA es igualmente efectivo y tolerado que la forma en espuma.

Los pacientes que no responden o no toleran el tratamiento con 5-ASA, tienen dos opciones: 5-ASA vía oral y esteroides vía rectal.

Para el tratamiento con 5-ASA vía oral se recomienda una dosis diaria de mesalazina de 2.4 a 4.8 g al día. Es importante mencionar que no debe suspenderse el tratamiento vía rectal con 5-ASA, debido a que el empleo oral de este producto no es tan efectivo cuando se administra sólo en comparación con la rectal.

Dentro de las probables causas de la baja efectividad de las preparaciones vía oral del 5-ASA para el tratamiento de la proctitis, es la estasis colónica proximal y el tránsito rápido a través de la zona colónica distal inflamada. Por lo anterior es limitado el tiempo de exposición del producto vía oral en esta zona.

Al combinar 5-ASA vía oral y rectal se obtienen mejores resultados, cuando se compara con la utilización de un sólo producto. Probablemente sea un efecto dosis respuesta y un nivel significativamente mayor del producto que entra en contacto con la mucosa colónica distal.

En caso de decidir iniciar con corticoesteroides vía rectal, estos pueden ser utilizados solos o en conjunto con 5-ASA. Se utilizan las presentaciones en supositorios, enema o espuma. En México se cuenta con budesonida de 2.3 mg (Entocort).

En pacientes que se encuentran refractarios al tratamiento con compuestos de 5-ASA y/o glucocorticoides tópicos (rectales) o cuyos síntomas son particularmente difíciles de controlar, se debe iniciar con esteroides vía oral.

La prednisona vía oral se debe iniciar de 40 a 60 mg/día hasta lograr una mejoría clínica, posteriormente se continuara la reducción de 5 a 10 mg por semana, hasta alcanzar una dosis de 20 mg; en este punto, se disminuye a razón de 2.5 mg/semana.

Otras alternativas en el paciente refractario al tratamiento son los enemas de ácidos grasos de cadena corta, enemas o parches de nicotina, supositorios de acetarsol, lidocaína tópica y enemas de factor de crecimiento epidermoide.

Si aún con lo anterior no hay una mejoría clínica, el paciente debe hospitalizarse e iniciar esteroides intravenosos. Otra opción es la utilización de azatioprina a 1.5 a 2.5 mg/kg, si continuara el paciente sin mejoría esta indicada la colectomía.

El paciente debe tomar o aplicarse el menor número de tabletas, supositorios o enemas que lo mantengan libre de actividad. Algunos autores consideran que debe haber comunicación con el paciente de 1 a 2 semanas posteriores a iniciar el tratamiento para conocer si ha sido adecuadamente tolerado el tratamiento y si hay un buen apego al mismo. El seguimiento clínico en consulta debe hacerse de 4 a 8 semanas para corroborar la remisión de la enfermedad.

En pacientes en los cuales ya se haya alcanzado la remisión, la administración de 5-ASA rectal es el tratamiento ideal para el mantenimiento de la proctitis ulcerativa. En la experiencia de algunos autores, los pacientes que responden adecuadamente durante un mes de tratamiento de mesalamina diario, se puede iniciar la reducción de la dosis a días alternos.

La administración de corticoesteroides vía rectal para el mantenimiento de la remisión en pacientes con proctitis ulcerativa y colitis ulcerativa segmentaria no se ha evaluado eficazmente.

Las guías de tratamiento de la Sociedad Británica de Gastroenterología, sugieren una dosis de mantenimiento de mesalazina a 1 a 2 g/día o balsalazide 2.5 g/día, además de la aplicación rectal. Considera esta Sociedad que es razonable suspender el tratamiento en los pacientes con enfermedad distal, ya que no se ha observado un aumento en la incidencia de neoplasia colónica, esto se puede llegar a hacer en pacientes que tengan una remisión clínica por lo menos de 2 años, se ha observado que pacientes que se encontraban con períodos de exacerbación frecuentes, las posibilidades de presentar nuevamente actividad de la enfermedad aumentan con respecto a los que no presentaban las mismas una vez suspendido el tratamiento médico.

Los pacientes que presentan actividad severa requieren internamiento hospitalario en donde se inicia manejo con esteroides

sistémicos intravenosos recomendándose hidrocortisona a razón de 400 mg por vía endovenosa cada 24 hrs fraccionado en 4, además de continuar con los 5-ASA, descartar infección sobreagregada con *Clostridium difficile*, suspender AINES y anticolinérgicos, en caso de no observarse remisión del cuadro se sugiere el inicio de agentes biológicos los cuales se describirán junto con el tratamiento de la EC.

No es el objetivo de esta tesis describir los tratamientos quirúrgicos.

Con respecto a la EC la utilización de medicamentos anticolinérgicos para el dolor tipo cólico y la utilización de 5-aminosalicilatos, esteroides y antimetabolitos (azatioprina, mercaptopurina y metrotexate) son los medicamentos más utilizados en el tratamiento de la enfermedad. Con los avances de la medicina molecular, en la última década se agregaron los fármacos biológicos como el infliximab. Independientemente del fármaco que se utilice, hay medidas higiénico-dietéticas a considerarse: suspensión del tabaquismo, evaluar el estado nutricional del paciente y utilizar nutrición enteral o parenteral para corregir las deficiencias nutricionales.

El tratamiento ideal deberá estar de acuerdo a la actividad de la enfermedad, la localización de la misma y las características del sitio afectado (inflamación, obstrucción, absceso o fístula).

Como ya se mencionó, el íleon distal y la enfermedad ileocólica son los sitios más afectados; cuando presentan actividad leve la

utilización de mesalazina a 4 g/día es suficiente. En 2 a 3 meses el 40% de los pacientes se encuentran con remisión de la actividad. Si hay actividad moderada a severa o falta de respuesta a la mesalazina, se indican corticoesteroides vía oral; la prednisona de 40 a 50 mg/día o la budesonida 9 mg/día son los más comúnmente utilizados. Un 60 a 80% de los pacientes entre la tercera y cuarta semana entran en remisión con el uso de esteroides. La disminución de la prednisona se sugiere a razón de 5 mg cada semana una vez que mejora el paciente. El infliximab tiene un 80% de efectividad para inducir remisión en los pacientes con enfermedad severa o moderada refractaria a 5-ASA, corticoesteroides o inmunomoduladores.³¹

Cuando el paciente tiene la enfermedad en remisión, el fármaco para el mantenimiento depende del medicamento con que se logró. La mesalazina no logra mantenimiento en pacientes que fueron tratados con corticoesteroides, por lo tanto la azatioprina o la mercaptopurina serían los medicamentos adecuados. Los corticoesteroides no deben utilizarse como fármacos de mantenimiento. Los pacientes que fueron refractarios al tratamiento con corticoesteroides o son dependientes de ellos, la azatioprina y la mercaptopurina son los medicamentos de primera línea; el metrotexate se utiliza cuando los dos fármacos anteriores no son tolerados adecuadamente por el paciente o no hay una respuesta adecuada a ellos. El infliximab para mantener remisión se infunde cada 8 semanas y está indicado en los casos refractarios a la mesalazina, corticoesteroides e inmunosupresores.^{31,32}

La utilización de metronidazol disminuye la actividad de la EC ileocolónica y colónica, pero no hay un efecto cuando está la EC localizada en el intestino delgado; no tiene efecto en la inducción de la remisión. El mecanismo de acción no está plenamente identificado pero su actividad antibacteriana o por su acción suprimiendo la inmunidad celular parece ser los mecanismos más aceptados. El ciprofloxacino es también utilizado en EC perianal e ileitis y últimamente se ha utilizado el metronidazol, derivado de los nitroimidazoles; disminuye la recurrencia clínica y endoscópica posoperatoria.³³

En pacientes con afección perianal se utiliza metronidazol como fármaco de primera línea y en caso de no haber respuesta se agrega azatioprina, ciclosporina o infliximab. Si existe una fisura anal, se recomienda la aplicación tópica de diltiazem o nitritos; la inyección local de toxina botulínica es otra opción.

El ayuno más NPT o una dieta elemental o polimérica permiten inducir la remisión en el 60 al 80% de los casos; los compuestos para disminuir la diarrea pueden utilizarse cuando la actividad es leve o moderada y están contraindicados con actividad severa. Deben evitarse también los narcóticos y los AINES.³⁴

Es necesario conocer el tratamiento de la EC con agentes biológicos por considerarse el futuro de la terapia médica. La terapia biológica comprende una serie de fármacos con diferentes mecanismos de

acción y en se han desarrollado para actuar en ciertos puntos de la patogénesis de la enfermedad; los 5 objetivos en donde actuarían los agentes biológicos en un inicio fueron: 1) activación de células T, 2) las citocinas proinflamatorias como interleucina 1 y el factor de necrosis tumoral (TNF), 3) células T CD4+ y subclonas de células T cooperadoras, 4) moléculas de adhesión y reclutamiento de leucocitos y 5) mediadores no específicos de lesión y reparación.³⁵

Cuando se utilizan los agentes biológicos se debe descartar que el paciente pueda tener tuberculosis latente; antes de iniciar con estos medicamentos se debe aplicar prueba de PPD y telerradiografía de tórax. El necesario descartar infecciones y neoplasias malignas, que descartarían la utilización de estos fármacos y durante el seguimiento de los pacientes una vez iniciados los agentes biológicos la detección oportuna y tratamiento de infecciones.

El infliximab (Remicade®) es un anticuerpo monoclonal quimérico IgG1 (humano 75% y murino 25%) dirigido contra el TNF y es el prototipo de agente biológico en el tratamiento de la EC; su efecto no es solo bloqueando la actividad del TNF, modula la apoptosis de clonas de células T relacionadas con la inflamación. La dosis recomendada para el tratamiento de la EC o para su variedad fistulizante es de 5 mg/kg intravenoso para un periodo de inducción a la 0, 2 y 6 semanas, seguido por el período de mantenimiento de 5 mg/kg cada 8 semanas. Una ventaja sobresaliente de este fármaco al compararlo con otros agentes biológicos, es la rápida acción con la cual actúa con la recuperación de la mucosa intestinal; una sola

dosis de infliximab de 5 mg/kg tiene una tasa de remisión del 33% a las 4 semanas en paciente con EC con una valor de más de 220 calculado con el Índice de actividad para enfermedad de Crohn. Las desventajas de este compuesto son la formación de anticuerpo anti-infliximab, situación que disminuye el tiempo de remisión de la enfermedad y por otro lado aumenta el riesgo de aparecer reacciones a la infusión.³¹

También se cuenta en México con otro anti-TNF, adalimumab (Humira®), para la inducción y mantenimiento de EC de moderada a severa. Tiene el mismo mecanismo de acción que el infliximab, pero su principal diferencia con este último es la ausencia de una fracción murina, es un anticuerpo totalmente humanizado; su ventaja teórica es reducir el índice de formación de anticuerpos hacia el compuesto permitiendo una mayor duración de su efecto. Induce la remisión de la enfermedad a las 2 semanas en el 36% de los casos con una dosis de 160 mg subcutánea inicial y posteriormente se continúa con 80 mg subcutáneos cada dos semanas.

El certolizumab pegol (Cimzia®) es un agente biológico anti-TNF en uso y está formado por el fragmento Fab de un anticuerpo totalmente humanizado y pegado a una molécula de polietilenglicol; la ausencia de la fracción Fc no le permite unirse a la superficie de los receptores celulares. Otros fármacos anti-TNF son el etanercept, onercept y CDP-571.³⁶

Los blancos de acción de los fármacos biológicos para el tratamiento EC no se limitan a los anti-TNF, el natalizumab (Tysabri®) inhibe la interacción de la Integrina $\alpha 4$ con su ligando endotelial.

De acuerdo al consenso de la Asociación Americana de Gastroenterología para la utilización de agentes biológicos en enfermedad inflamatorio intestinal, los fármacos antes mencionados, tienen la evidencia médica suficiente para recomendar su utilización, sin embargo actualmente hay más compuestos que comienzan a utilizarse o están en protocolos en diferentes fases para demostrar su efecto en EC y colitis ulcerativa crónica idiopática: anticuerpo contra IL-12 (ABT-874, CNTO 1275), anticuerpos contra interferón gamma (fontolizumab), anticuerpos contra IL-6r (tocilizumab), anticuerpo contra integrinas (MLN-02), anticuerpo contra CD3 (visilizumab), anticuerpo contra IL-2r (basiliximab y daclizumab), anticuerpo contra la molécula 1 de adhesión intercelular (alicaforseen), compuesto dirigido al CTLA-4lg (abatacept) y el factor estimulante de granulocitos y macrófagos (sargramostim).³⁷

Una controversia que requiere de estudios y ha surgido en los últimos años es la utilización de agentes biológicos e inmunomoduladores como fármacos de primera línea (top-down) o continuar con el manejo clásico, el cual comienza con 5-ASA (step-up). A largo plazo ambas opciones terapéuticas tiene tasas similares de remisión, con la aparente ventaja del esquema "top-down" de ofrecer a los pacientes con EC una terapia oportuna antes de que aparezcan los daños morfológicos (estenosis y/o perforaciones).

Enfermedad hemorroidal

Es difícil estimar la prevalencia real de la enfermedad hemorroidal debido a que se han publicado en múltiples reportes en donde la prevalencia varía entre el 4 y el 86 %, ²²⁻²⁴ se pudiera esperar que pacientes con colitis ulcerativa tienen prevalencias mayores que la población general debido a que la diarrea es el síntoma principal de la colitis ulcerativa y se relaciona con la presencia de enfermedad hemorroidal.

Se encuentran reportes en donde la incidencia puede ser hasta del 20.7% en pacientes con CUCI, Richards y colaboradores reportaron una incidencia de solo el 3.3% de los pacientes que se sometieron a una proctocolectomía con reservorio ileonal. De estos al 70% se realizó hemorroidectomía, ellos fueron los primeros que documentaron una tasa mayor de complicaciones y falla del reservorio en estos pacientes. Fazio y cols.²⁵ que enfermedad hemorroidal es un factor de riesgo independiente para complicaciones del reservorio; sin embargo, Nicholls y Parker³⁰ no encontraron dicho factor de riesgo.

El manejo quirúrgico de la enfermedad hemorroidal en pacientes con colitis ulcerativa no parece aumentar el riesgo de morbimortalidad en pacientes con CUCI. La enfermedad hemorroidal sintomática puede ser tratada de manera quirúrgica o conservadora.³¹ Sin embargo, se debe de tomar en cuenta el grado de actividad de CUCI en recto y la

condición general del paciente, se ha observado que los pacientes inmunocomprometidos son más susceptibles a complicaciones sépticas y el tratamiento quirúrgico pudiera ser diferido.³²

Hemorroidectomía con PPH se ha convertido en un procedimiento quirúrgico frecuente todavía no se tiene evidencia de su seguridad en pacientes con CUCI. Las guías europeas y norteamericanas sugieren iniciar con manejo conservador, ligadura o escleroterapia por el posible riesgo esfinteriano debido a que estos pacientes por la frecuencia de evacuaciones diarreicas requieren un mecanismo íntegro.

Absceso anorrectal

Aun cuando las lesiones supurativas perianales pueden ser sospechosas de Crohn también se puede observar en pacientes con CUCI. Los abscesos usualmente están relacionados con severidad de la enfermedad y compromiso humoral. Se cree que el involucro transmural en el curso de enfermedad fulminante puede favorecer la aparición de absceso perianal.

Se ha observado que actividad distal de la enfermedad la cual pudiera involucrar las criptas anales pudiera estar relacionada con el desarrollo de abscesos perianales. La presencia de fiebre se asocia con actividad y severidad de la enfermedad, y las molestias a nivel anorrectal no son infrecuentes debido a presentar múltiples

evacuaciones al día como resultado de estos dos factores puede pasar inadvertido un proceso perianal si no se tiene la sospecha.

Sepsis perianal no tratada puede llevar a gangrena de Fourrier de manera particular en pacientes inmunocomprometidos como diabéticos y aquellos con esteroides.^{33,34}

Importantemente se considera por algunos autores que la presencia de absceso anorrectal en pacientes con colitis ulcerativo son signos de actividad severa de la misma. En este grupo de pacientes puede ser necesaria la realización de proctocolectomía con reservorio ileoanal, pudiéndose comprometer la funcionalidad del mismo por afectación al aparato esfinteriano por procesos supurativos a nivel de periné.

Fístula rectovaginal y perianales

La presencia de fístulas debe llevar a la sospecha de enfermedad de Crohn.^{35,36} Se pueden llegar a observar en pacientes con colitis ulcerativas, en este grupo de pacientes pueden particular un problema especialmente difícil de manejar.

Friones y Pamer³⁷ insisten en que la presencia de fístula rectovaginal está fuertemente asociada a la actividad de la colitis ulcerativa. Estas fístulas pueden desarrollarse como consecuencia de inflamación de espesor total que se observan en megacolon tóxico. En la gran mayoría de las pacientes que presentan esta complicación requerirán

colectomía en algún momento de la evolución la gran mayoría de los casos no relacionados con la fístula si no con la severidad de la enfermedad.

De particular importancia son las fístulas perianales debido a que en algún momento de la enfermedad el paciente puede requerir una proctocolectomía con reservorio ileoanal en donde se ha observado que el número medio de evacuaciones es de 7 requiriendo una función esfinteriana mejor que pacientes que no presentan la misma, debido a esto se hace un énfasis en el tratamiento conservador de estas fístulas con manejos con setón. Fazio refiere como una contraindicación relativa la presencia de enfermedad perianal en algún momento de la enfermedad que haya requerido tratamiento quirúrgico previo a la realización del reservorio.

Fisura anal

En numerosas publicaciones^{1-3,5,6,26} consideran a la fisura anal como la manifestación más frecuente perianal de la colitis ulcerativa, en pacientes sin esta enfermedad el tratamiento quirúrgico conlleva a un riesgo aproximado de 10% de algún grado de incontinencia,³⁶ por lo que se recomienda que en pacientes con colitis ulcerativa se trate por todos los medios de evitar el tratamiento quirúrgico debido a que en estos pacientes la función esfinteriana es de vital importancia al momento de proctocolectomía restaurativa.

VII. JUSTIFICACIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal ha aumentado la incidencia en la población latinoamericana y en especial en México, aun en países en donde la incidencia es alta, no se encuentran reportes acerca de las manifestaciones anorectales de la colitis ulcerativa.

En el presente trabajo se busca describir la incidencia de las manifestaciones anorectales en pacientes con colitis ulcerativa además de hacer una descripción detallada de cada una de las manifestaciones.

VIII. HIPOTESIS

Los pacientes portadores de enfermedad inflamatoria Intestina incrementan la posibilidad de tener manifestaciones anorrectales; quien ya la padecía intensifica la sintomatología.

Los pacientes sometidos a intervención quirúrgica por presentar alguna enfermedad anorrectal incrementan la morbi-mortalidad.

IX. ANALISIS ESTADÍSTICO

Los resultados se presentan en tablas de frecuencia y porcentaje de acuerdo a cada variable estudiada.

Se presentan gráficos mostrando los resultados más representativos del estudio y se cruzaron variables en los casos que fueron necesarios.

Se utilizaron los programas estadísticos de computadora SPSS versión 12 y Epi. Dat.

X. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD

Estudio apegado a los acuerdos de Helsinki de 1964 y sus revisiones por varias asambleas. Por ser de tipo retrospectivo, observacional y descriptivo donde no se compromete la integridad física ni psicológica del paciente, no se requiere hoja de consentimiento informado para la realización de éste estudio.

XI. RECURSOS

Archivo de la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México. Se contó con el asesoramiento de los Médicos de la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México. Los materiales y equipos utilizados fueron otorgados por el Hospital General de México.

Se utilizó un ordenador personal para archivar y procesar los datos con el programa Epi-dat y SPSS versión 12.

XII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué porcentaje de pacientes con diagnóstico histológico de CUCI tratados en la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México presentan o presentaron manifestaciones anorrectales en algún momento de la evolución de su padecimiento?

¿Cuál es la extensión de la enfermedad confirmada por colonoscopia en los pacientes que presentan manifestaciones anorrectales?

¿Cuál fue el tiempo de evolución entre el inicio de las manifestaciones y el diagnóstico definitivo de enfermedad inflamatoria?

De los pacientes que presentan manifestaciones anorrectales ¿cuáles son estas y en que porcentaje se presentaron?

De los pacientes con manifestaciones anorrectales ¿cuántos requirieron manejo quirúrgico y que complicaciones presentaron?

Del universo de pacientes de la Unidad de Coloproctología quienes tienen diagnóstico de CUCI y que requirieron proctocolectomía con reservorio ¿cuántos presentan manifestación anorrectal previa y si influyo en la morbilidad posterior a la restitución de tránsito intestinal?

De los pacientes con diagnóstico de CUCI ¿en cuantos la manifestación anorrectal fue el síntoma que llevo al diagnóstico?

Del subgrupo de pacientes en quienes tienen manifestaciones anorrectales ¿cuál fue el tratamiento, cuantos requirieron administración de esteroides o requirieron internamiento por cuadro severo?

XIII. OBJETIVOS

Determinar el porcentaje de pacientes con alguna manifestación anorrectal portadores de CUCI confirmado histológicamente atendidos en la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México.

Determinar la extensión de la CUCI confirmada por colonoscopia en los pacientes que presentan manifestaciones anorrectales.

Determinar el tiempo de evolución entre el inicio de las manifestaciones anorrectales y el diagnóstico.

Determinar el porcentaje de pacientes que presentaron manifestaciones anorrectales que requirieron manejo quirúrgico y describir las complicaciones posoperatorias en el caso de que las hubiera.

Determinar dentro del subgrupo de pacientes que presentaron enfermedades anorrectales cual fue el tratamiento previo, cuantos requirió internamientos por severidad de la enfermedad y en que porcentaje de pacientes se necesitaron tratamiento con esteroides.

Determinar el porcentaje de pacientes que cuentan con el antecedente de tabaquismo.

XIV. MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo en pacientes portadores de CUCI con manifestaciones anorrectales atendidos en la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México, en el período comprendido de julio de 2008 a julio de 2009. Se investigaron las siguientes variables: edad, género, tiempo de evolución de la enfermedad inflamatoria intestinal, extensión de la enfermedad inflamatoria intestinal, diagnóstico de enfermedad anorrectal, tratamiento médico y/o quirúrgico, antecedente de tabaquismo, y número de internamientos hospitalarios. Fueron incluidos los pacientes que contaron con expediente completo. Los criterios de exclusión fueron a todos los pacientes que fueron atendidos en otra Institución o Servicio del Hospital General de México, pacientes que no contaran con estudio histológico que confirmara la CUCI, que no presentaran alguna enfermedad anorrectales o que no contaran con expediente clínico completo.

XV. RESULTADOS

Se encontraron a 77 expedientes clínicos con diagnóstico de CUCI de los archivos de la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México, en el período mencionado; de ellos, 54 cumplieron los criterios de inclusión: 42 correspondieron al género femenino y 12, al masculino. Dividido por décadas, el grupo que incluye la tercera década de la vida se encontraron seis mujeres y un hombre; en la cuarta década de la vida, 32 mujeres y 10 hombres y de la quinta década, cuatro mujeres y un hombre (Tabla 5).

Género	No. pacientes (N= 54)	21 -30 años (n=7)	31-40 años (n=42)	41-50 años (n=5)	> 51 años (n=0)
Mujeres	42 (77%)	6 (11%)	32 (59%)	4 (7%)	0
Hombres	12 (23%)	1 (1.8%)	10 (18%)	1 (1.8%)	0

Tabla 5.- Características de los pacientes por edad y género.

De los 54 pacientes con CUCI, 16 presentaron alguna manifestación anorrectal: 14 correspondieron al género femenino y dos al masculino; de ellos, 12 (75%) pacientes presentaron sintomatología anorrectal posterior al diagnóstico de CUCI y cuatro (25%) previo al diagnóstico de CUCI (Tabla 6).

Género	Población total (N=54)	Manifestaciones anorrectales (n=16)
Mujeres	42 (77 %)	14 (26 %)
Hombres	12 (23 %)	2 (4 %)

Tabla 6.- Manifestaciones anorrectales en relación al género.

De los pacientes que presentaron manifestaciones anorrectales, seis (37.5%) correspondieron a enfermedad hemorroidal; de estos, uno, se clasificó de grado I; tres de grado II y dos de grado III. Dos pacientes ya presentaban sintomatología hemorroidaria previo al diagnóstico de CUCI. Tres (18.75%) pacientes con diagnóstico de fístula anorrectal, las tres perianales. Una se presentó previa al diagnóstico de CUCI y dos durante el seguimiento de la enfermedad. Una (6.25%) paciente presentó fístula rectovaginal, que se manifestó a los 2 años del diagnóstico de CUCI. Cuarto (25%) pacientes presentaron fisura anal, una de estas previa al diagnóstico (Tabla 7).

Manifestaciones anorrectales (n= 16)	%
Enfermedad hemorroidal	6 (37.5%)
Absceso anal	3 (18.7%)
Fístula anal	2 (12.5%)
Fístula rectovaginal	1 (6.25%)
Fisura anal	4 (25%)

Tabla 7.- Manifestaciones anorrectales en pacientes con CUCI.

Cinco enfermos requirieron tratamiento quirúrgico; tres por absceso anorrectal que fueron drenados quirúrgicamente. Los tres abscesos se presentaron durante el período de seguimiento, sin complicaciones. Uno requirió de antibióticos por presentar celulitis

extensa y tener el antecedente de diabetes mellitas (Tabla 8). Un paciente fue sometido a hemorroidectomía fuera de la Unidad de Coloproctología previo a diagnóstico de CUCI y no presentó complicaciones. De las dos fistulas anorrectales solo una se sometió a tratamiento quirúrgico. La fístula se clasificó como fístula trasesfintérica baja, sin complicaciones posoperatorias (Tabla 9). Las cuatro fisuras anales fueron manejadas con tratamiento médico y no fue necesario el tratamiento quirúrgico.

Manifestaciones anorrectales	No requirió cirugía	Si requirió cirugía
(n=16)	12 (75%)	4 (25%)

Tabla 8.- Pacientes con manifestaciones anorrectales que requirieron tratamiento quirúrgico.

Pacientes que requirieron cirugía	Drenaje de absceso	Fistulotomía
4 (25%)	3 (75%)	1 (25%)

Tabla 9.- Tipo de procedimiento quirúrgico en pacientes con manifestaciones quirúrgicas que requirieron cirugía.

De los 16 pacientes que presentaron manifestaciones anorrectales, uno (6.5%) fumaba y tres (18.75%), eran exfumadores, el resto, 12 (75%), nunca habían fumado.

Pacientes	Fumadores	Exfumadores	Nunca fumaron
Total (N=54)	12 (22%)	10 (18.5%)	38 (70.3%)
Con manifestaciones anorrectales (n=16)	1 (6.5%)	3 (18.7%)	12 (75%)

Tabla 10.- Antecedente de tabaquismo y enfermedad anorrectal.

Nueve enfermos requirieron internamiento hospitalario en algún momento de la evolución del padecimiento y el resto (siete) nunca fueron hospitalizados.

En lo que respecta a los pacientes que presentaban manifestaciones anorrectales y se prescribió esteroide por la severidad de las manifestaciones de la CUCI, en nueve de ellos se utilizó la vía intravenosa, que corresponde al mismo grupo que requirió internamiento hospitalario y tres, les fue administrado el esteroide por vía oral y no requirieron de hospitalización, los otros cuatro no fue necesario la utilización de esteroides (Tabla 11).

Pacientes con manifestaciones anorrectales	Esteroides IV	Esteroides VO	No utilizaron esteroide
(n=16)	9 (56%)	3 (18%)	4 (25%)

Tabla 11.- Pacientes con manifestaciones anorrectales y utilización de esteroides.

En lo que respecta a la extensión de la enfermedad de los 54 pacientes con CUCI, ocho (14.8%) presentaban pancolitis; 34

(62.9%), colitis izquierda y 12 (22.2%), proctitis. De los pacientes que presentaron manifestaciones anorrectales, en cinco tenían pancolitis; siete, colitis izquierda y cuatro, proctitis (Tabla 12).

	Población total (N=54)	Población con manifestaciones anorrectales (n=16)
Pancolitis	8 (14.8%)	5 (31%)
Colitis izquierda	34 (62.9%)	7 (43%)
Proctitis	12 (22.2%)	4 (25%)

Tabla 12.- Extensión de la enfermedad.

XVI. DISCUSIÓN

En las series clínicas publicadas antes de 1965 las complicaciones perianales de la enfermedad inflamatoria se reportaban en aproximadamente un 25 a 37%; sin embargo, esta incidencia era muy elevada debido a que muchos de los pacientes presentaban ya sea colitis indeterminada o Crohn. La incidencia de manifestaciones perianales no es tan baja como se reporta en algunos textos, en la serie del Hospital General de México se encontró una incidencia de 27%, muchas de éstas con una prevalencia muy alta en la población general como la enfermedad hemorroidal, que fue la más frecuente correspondiendo a 11% de los pacientes, también se encuentra una incidencia aumentada de fisura anal debido sin duda a la diarrea crónica que sufren los pacientes con CUCI

Pescatori y cols. en 1995, en una revisión de las manifestaciones anorrectales de colitis ulcerativa y de enfermedad de Crohn hacen un énfasis en diferenciar las manifestaciones perianales de éstas con lo que pudieran ser manifestaciones secundarias de actividad de la enfermedad como escoriación, abrasión superficial y maceración de la piel asociado a cualquiera de estas dos enfermedades.

Es importante reconocer la historia natural de las afecciones anorrectales de la colitis ulcerativa, en un estudio en Birmingham con 109 pacientes se observó un curso indolente en la mayoría de las manifestaciones anorrectales como enfermedad hemorroidal, fistula

anal y en la enfermedad de Crohn en la fisura anal. Se llevo a cabo una revisión de los pacientes 10 años después del diagnóstico siendo muy importante la población de pacientes en quienes fue suficiente el tratamiento médico y no presentaron complicaciones en este período. En base a estos hallazgos y basados en un estudio de Von Dogen de 1992, se ha recomendado que antes de realizar cualquier procedimiento quirúrgico se realicen evaluaciones de la calidad de vida de los pacientes. Precauciones se deben de tener con estas recomendaciones sobre todo en lo que respecta a la fisura anal, que es la segunda manifestación más frecuente de este estudio debido a que en las dos series antes mencionadas se incluyen un número importante de pacientes con enfermedad de Crohn en quienes es bien sabido regularmente las fístulas son indoloras.

El 25% de estos pacientes presentaron fisura anal, 100% agudas y ninguna requirió cirugía. De acuerdo con Allan y Bearn el manejo inicial siempre debe ser médico, con fibra, analgésico tópico, medidas higiénico-dietéticas y en los caso de sospechase colitis indeterminada o Crohn puede iniciarse metronidazol y prednisona. Con estas medidas se esperan mejora en el 70 a 80% de los pacientes en especial si no se incluyen pacientes con enfermedad de Crohn en donde se pueden esperar mejorías hasta del 90% si no presenta la fisura datos de cronicidad. En todos los pacientes fue suficiente el manejo médico inicial y sobretodo con el control de la enfermedad subyacente que según la mayoría de los expertos es la piedra angular del tratamiento. Aun cuando el total de los pacientes manejados fue suficiente el tratamiento médico, surge la pregunta

¿qué tratamiento seguiría en caso de no responder?, diversas opciones se han postulado siendo las dos más comunes el tratamiento con toxina botulínica y en caso de tratamiento quirúrgico la fisurectomía. En caso de no respuesta se realizaría una esfinterotomía. Al no ser la manifestación primordial de la colitis ulcerativa aun quedan por responderse interrogantes como si afecta el resultado final de un reservorio ileoanal en caso de ser necesario el mismo, la evidencia actual es controversial al momento. Sin embargo, no se ha observado un aumento en las complicaciones locales en pacientes con colitis ulcerativas ni en esta serie a pesar de que ninguno de los pacientes requirió, ni en los reportes de la literatura.

Con lo que respecta al drenaje de los abscesos anales fue la cirugía más frecuentemente realizadas en estos pacientes en la Unidad de Coloproctología. En un estudio prospectivo de Tubingen y cols. se siguieron a 126 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en donde 61 de ellos presentaron un absceso de origen criptoglandular, siendo la mayoría de ellos por enfermedad de Crohn y únicamente un 7% por CUCI, de estos últimos ninguno presentó recurrencia de la enfermedad a diferencia de la recurrencia extremadamente alta de los pacientes con Crohn en quienes se presento en casi un 30%. En esta serie al igual que en la nuestra ninguno de los abscesos en pacientes con CUCI tuvo una localización diferente a perianal o isquiorrectal y no presentaron complicaciones relacionados con el drenaje. Las guías europeas sugieren la realización de ultrasonido endorectal en pacientes con Crohn y en quienes se sospecha

extensión supra elevadora o interesfintérica, siendo la practica actual el drenaje únicamente del absceso. En base a estos resultados se puede definir como una practica adecuada el solo drenaje del absceso.

Se iniciara antibiótico dependiendo del estado general del paciente, enfermedades crónicas degenerativas y el uso de esteroides.

La tercera manifestación más frecuentemente encontrada en esta serie fue la fístula anal que se presentó en 12% de los pacientes; uno de ellos requirió tratamiento quirúrgico, el otro paciente en base a la poca sintomatología y adecuada calidad de vida no acepto la cirugía, en un seguimiento de 18 meses no presentó complicaciones por la presencia de la fístula.

Aun cuando la fístula anal es la complicación más frecuentemente reportada de la enfermedad de Crohn, tiene una incidencia muy baja en pacientes con CUCI, en la enfermedad de Crohn las fístulas interesfintéricas y las transefintéricas bajas se tratan de manera habitual, con curación del 78 al 100% en el corto plazo; sin embargo, en un seguimiento a mas de 36 meses se observaron resultados menos alentadores con curaciones en el rango del 56%. En el paciente que se sometió a cirugía se encontró una fístula transefintérica baja realizándose fistulotomía, sin alteraciones posoperatorias en la continencia ni recurrencia de la enfermedad. En reportes de los años 80's e inicios de los 90's se recomendaba tratamiento conservador de la fístula independientemente de la

localización ya sea con setón de drenaje o catéteres Mallecot de drenaje. En base a un artículo publicado de la clínica Mayo en donde a todos los pacientes con fístulas bajas (interesfintéricas o transefintéricas bajas) se realizó tratamiento quirúrgico formal sin un mayor índice de complicaciones, excepto un porcentaje de incontinencia de 7% correspondiendo en su totalidad a pacientes con Crohn en quienes se requirió una segunda cirugía o contaban con cirugías anorrectales previas. A diferencia de estos hallazgos las fístulas altas presentan un aumento importante en la incontinencia y de complicaciones sépticas, en donde se reportan curaciones únicamente el 47%, recurrencias del 35% y alteraciones en la continencia del 29%, esta última referida por los autores como un probable efecto secundario de la alteración esfinteriana asociado a un mayor número de evacuaciones de consistencia disminuida secundario a actividad de enfermedad. Nuevamente queda la interrogante acerca de los resultados funcionales posterior a proctomía restaurativa.

La enfermedad hemorroidal fue el primer lugar de nuestra serie como manifestación anorrectales, correspondiendo el 37%, en base a estos hallazgos no es posible definir si se encuentra aumentada con respecto a la población general debido a que la incidencia en población abierta tiene reportes muy variables que van del 4 al 86%.

En un paciente se practicó hemorroidectomía fuera de la Unidad de Coloproctología, probablemente por un diagnóstico erróneo y no como complicación de la misma.

No existen reportes en la literatura con respecto a un aumento en la incidencia de complicaciones; sin embargo, en múltiples series la importancia de la enfermedad hemorroidal recae en el hecho que pudiera dar una falsa percepción en una exacerbación de la actividad de la CUCI debido a que la hemorragia pudiera ser secundario a la enfermedad hemorroidal y no a inflamación de la mucosa clónica.

Múltiples publicaciones refieren al tabaquismo como un protector de actividad en la CUCI, en este estudio el 70% de los pacientes nunca habían fumado, el mayor riesgo se refiere a los exfumadores, de éstos, el 18% presentaron manifestaciones anorrectales contra el 75% de los pacientes que nunca fumaron. No observándose un aumento con respecto a los no fumadores.

Se ha sugerido que pacientes con colitis ulcerativa que presentan manifestaciones anorrectales puede considerarse como severidad de la enfermedad, no necesariamente en el período agudo, pero sí como un paciente que presenta recurrencias frecuentes o que ha presentado cuadros severos de la enfermedad. De los pacientes que presentaron manifestaciones anorrectales, el 57% requirieron internamiento en algún momento de la enfermedad por actividad severa siendo esta una incidencia de casi el doble con respecto a pacientes que nunca requirieron un internamiento.

Misma relación se observa en pacientes que en algún momento de la enfermedad el tratamiento incluyó esteroides. Las manifestaciones anorrectales se identificaron en 81.7%.

En la suposición de que todos los pacientes que requirieron como parte del tratamiento esteroides se debió a la no respuesta a 5 ASA y actividad severa de la enfermedad, aunado con la necesidad de internamientos se pudiera considerar a la manifestación anorectal de CUCI como un factor predictivo de severidad o de un curso mas agresivo de la enfermedad.

En cuanto a la extensión de la enfermedad la gran mayoría de los pacientes presentaban colitis izquierda (62%), sin embargo aun cuando la pancolitis representaba al 14% del total de los pacientes, del total de pacientes que presentaron manifestaciones anorrectales corresponde al 32% de los mismos. Estos hallazgos aunados al de pacientes que requirieron internamientos y esteroides como parte de su tratamiento pudieran confirmar la teoría que la manifestación anorectal de CUCI puede ser un factor predictivo de severidad o de un curso mas agresivo de la enfermedad.

XVII. CONCLUSIONES

Con base en el presente estudio se puede concluir:

1. La incidencia no es tan pequeña como se piensa siendo hasta del 22%.
2. La gran mayoría de las manifestaciones anorrectales son susceptibles de manejo médico. Los que requirieron tratamiento quirúrgico, no se observó un aumento en la morbilidad.
3. Esta por definirse la relación de cirugía anorrectal previa y los resultados funcionales en pacientes que se realiza una proctectomia restaurativa.
4. Las manifestaciones anorrectales pueden ser una manifestación de severidad de la enfermedad o de un curso más agresivo de la misma.

XVIII. ANEXO I

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____

TIEMPO EVOLUCION _____ TIEMPO ANTES DE DIAGNOSTICO _____

INTERNAMIENTOS PREVIOS SI NO
NUM

EXTENSION AL DX PROCT IZQ PANCOLITIS

PROGRESION SI NO

E.ACTUAL PROCT IZQ PANCOLITIS

TRATAMIENTO

SALICILATOS VO RECTAL ENEMA

ESTEROIDE

TIEMPO ENTRE MEDICAMENTO Y MANIFESTACION ANORECTAL

MANIFESTACIONES ANORECTALES

AL DX SI NO

DURANTE SI NO

TIEMPO
RP PREVIO

FISURA ANT POST ATIPICA
AGUDA CRONICIDAD
RP QX

MANF. INICIAL SI NO

TIEMPO POSTERIOR AL DX

ABSCESO PERIANAL ISQUIO-R INTERESF SUPRAELEV
DRENAJE ESPONT QX

MANIF.INICIAL SI NO

TIEMPO POSTERIOR AL DX

FISTULA INTER TRAS SUPRA EXTRA
RP QX SI NO

SETON SI NO
MANIF.INICIAL SI NO
TIEMPO POSTERIOR AL DX

COLGAJO ANTERIOR POSTERIOR LATERAL
MANIF.INICIAL SI NO
TIEMPO POSTERIOR AL DX

ESTENOSIS SI NO
MANIF.INICIAL SI NO
TIEMPO POSTERIOR AL DX

PAPILA SI NO
MANIF.INICIAL SI NO
TIEMPO POSTERIOR AL DX

PRURITO SI NO
MANIF.INICIAL SI NO
TIEMPO POSTERIOR AL DX

E.HEMORRODIAL INTERNA G. 1 G.II G III G IV
EXTERNA NL TROMBOSIS
MANIF.INICIAL SI NO
TIEMPO POSTERIOR AL DX

ALGUNA DE LAS MANIFESTACIONES PRESENTO RECURRENCIA POSTERIOR A TRATAMIENTO?

TIEMPO
TRATAMIENTO

XIX. BIBLIOGRAFÍA

1. de Dombal FT, Watts JM, Watkinson G et al. Incidence and management of anorectal abscess, fistula, and fissure in patients with ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 1966;9:201-16.
2. Edwards F, Truelove SC. The course and prognosis of ulcerative colitis. Part III Complications. *Gut* 1964;32:1-22.
3. Bockus HL, Roth JLA, Buchmann E et al. Life history of non-specific ulcerative colitis. Relation of prognosis to anatomical and clinical varieties. *Gastroenterol* 1956;86:549-81.
4. Fuzy PZ. Surgical management of anorectal complications of chronic ulcerative colitis. *South Med J* 1961;54:785-817.
5. Jackman RJ. Management of anorectal complications of chronic ulcerative colitis. *Arch Intern Med* 1954;94:420-4.
6. Bagen JA. Complications and sequela of chronic ulcerative colitis. *Ann Intern Med.* 1929;3:335-52.
7. Hightower NC, Broders C, Haines RD et al. Chronic ulcerative colitis. II. Complications. *Am J Dig Dis* 1958;3:861-76.

8. Waugh JM, Peck D, Lockhart-Mummery HE et al. Crohn's disease (regional enteritis) of the large intestine and its distinction from ulcerative colitis. *Gut* 1960;1:87-105.
9. Lockhart-Mummery HE, Morson BC. Crohn's disease of the large intestine. *Gut* 1964;5:493-509.
10. Price AB. Overlap in the spectrum of non-specific inflammatory bowel disease: Colitis indeterminate. *J Clin Pathol* 1978;31:567-77.
11. Kent TH, Ammon RK, DenBesten L. Differentiation of ulcerative colitis and regional enteritis. *Arch Pathol* 1979;89:20-9.
12. Rudolph WG, Uthoff SM, McAuliffe TL et al. Indeterminate colitis. The real story. *Dis Colon Rectum* 2002;45:1528-34.
13. Burakoff R. Indeterminate colitis. Clinical spectrum of disease. *J Clin Gastroenterol* 2004;38(Suppl 1):S41-S43.
14. Guindi M, Riddell RH. Indeterminate colitis. *J Clin Pathol* 2004;57:1233-44.
15. Pikarsky AJ, Wexner SD. Perianal disease. In: Bayless TM, Hanauer SB, eds. *Advanced Therapy of Inflammatory Bowel Disease*. Hamilton, Canada: BC Decker 2001;501-7.

16. Nelson R. Anorectal abscess fistula: what do we know? *Surg Clin North Am* 2002;82:1139-51.
17. Larson DW, Pemberton JH. Current concepts and controversies in surgery for IBD. *Gastroenterology* 2004;126:1611-9.
18. Watson AJ, Johnson AT, Barker PM et al. The presentation and management of juvenile-onset chronic inflammatory bowel disease in northeastern Scotland. *J Pediatr Surg* 2002;37:83-6.
19. Waugh JM, Peck DA, Beahrs OH et al. Surgical management of chronic ulcerative colitis. *Arch Surg* 1964;88:556-68.
20. Haas PA, Haas GP, Schmaltz S et al. The prevalence of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 1983;26:435-9.
21. Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. *Gastroenterology* 1990;98:380-6.
22. Nelson RL, Abcarian H, Davis FG et al. Prevalence of benign anorectal disease in a randomly selected population. *Dis Colon Rectum* 1995;38:341-4.
23. Johanson J. Association of hemorrhoidal disease with diarrheal disorders: potential pathogenic relationship? *Dis Colon Rectum* 1997;40:215-8.

24. Delco F, Sonnenberg A. Association between hemorrhoid and other diagnoses. *Dis Colon Rectum* 1998;41:1534-41.
25. Madoff RD, Fleshman JW. Clinical Practice Committee. American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids. *Gastroenterology* 2004;126:1463-73.
26. Richard CS, Cohen Z, Stern HS et al. Outcome of the pelvic pouch procedure in patients with prior perianal disease. *Dis Colon Rectum* 1997;40:647-52.
27. Alexander F, Sarigol S, DiFiore J et al. Fate of the pouch in 151 pediatric patients after ileal pouch anastomosis. *J Pediatr Surg* 2003;38:78-82.
28. Fazio VW, Tekkis PP, Remzi F et al. Quantification of risk for pouch failure after ileal pouch anal anastomosis surgery. *Ann Surg* 2003;238:605-17.
29. Parker MC, Nicholls RJ. Restorative proctocolectomy in patients after previous intestinal or anal surgery. *Dis Colon Rectum* 1992;35:681-4.

30. Jeffery PJ, Ritchie JK, Parks AG. Treatment of haemorrhoids in patients with inflammatory bowel disease. *Lancet* 1977;1:1084-5.
31. Wolkowicz AF, Luchtefeld MA. Surgery for symptomatic hemorrhoids and anal fissures in Crohn's Disease. *Dis Colon Rectum* 1993;36:545-7.
32. Guy RJ, Seow-Choen F. Septic complications after treatment of hemorrhoids. *Br J Surg* 2003;90:147-56.
33. Jongen J, Bach S, Stubinger SH et al. Excision of thrombosed external hemorrhoid under local anesthesia. A retrospective evaluation of 340 patients. *Dis Colon Rectum*. 2003;46:1226-31.
34. Corman ML, Gracie JF, Hager T et al. Stapled hemorrhoidopexy: a consensus position paper by an international working party-indications, contra-indications and technique. *Colorectal Dis* 2003;5:304-10.
35. Senagore AJ, Singer M, Abscarian H et al. A prospective, randomized, controlled multicenter trial comparing stapled hemorrhoidopexy and Ferguson hemorrhoidectomy: Perioperative and one-year results. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1824-36.

36. Rayner CK, McCormack G, Emmanuel AV et al. Long-term results of low-dose intravenous ciclosporin for acute severe ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;18:303-38.
37. Buyukasik Y, Ozcebe OI, Saynalp N et al. Perianal infections in patients with leukemia. Importance of the course of the neutrophil count. *Dis Colon Rectum* 1998;41:81-5.
38. Munoz-Villasmil J, Sands L, Hellinger M. Management of perianal sepsis in immunosuppressed patients. *Am Surg* 2001;67:484-6.
39. Olsofka JN, Carrillo EH, Spain DA et al. The continuing challenge of Fournier's gangrene in the 1990s. *Am Surg* 1999;65:1156-9.
40. Eke N. Fournier's gangrene: a review of 1726 cases. *Br J Surg* 2000;87:718-28.
41. Sandborn WJ, Fazio VW, Feagan BG et al. American Gastroenterological Association Clinical Practice Committee. AGA Technical review on perianal Crohn's Disease. *Gastroenterology* 2003;125:1508-30.
42. Singh B, McC Mortensen NJ, Jewell DP et al. Perianal Crohn's disease. *Br J Surg* 2004;91:801-14.

43. Harms BA, Hamilton JW, Starling JR. Management of chronic ulcerative colitis and rectovaginal fistula by simultaneous ileal pouch construction and fistula closure. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1987;30:611-4.
44. Froines EJ, Palmer DL. Surgical therapy for rectovaginal fistulas in ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 1991;34:925-30.
45. Zinicola R, Nicholls RJ. Restorative proctocolectomy in patients with ulcerative colitis having a recto-vaginal fistula. *Colorectal Dis* 2004;6:261-4.
46. Swan NC, Geoghegan JG, O'Donoghue DP, et al. Fulminant colitis in inflammatory bowel disease: Detailed pathologic and clinical analysis. *Dis Colon Rectum* 1998;41:1511-5.
47. Michelassi F, Marcovalerio M, Rubin M et al. Surgical treatment of anorectal complications in Crohn's disease. *Surgery* 2000;128:597-603.
48. Warren BF. Classic pathology of ulcerative colitis and Crohn's colitis. *J Clin Gastroenterol* 2004;38:S33-S35.
49. Ozuner G, Hull TL, Cartmill J et al. Long-term analysis of the use of transanal rectal advancement flaps for complicated anorectal/vaginal fistulas. *Dis Colon Rectum* 1996;39:10-4.

50. Mizrahi N, Wexner SD, Zmora O et al. Endorectal advancement flap. Are there predictors of failure? *Dis Colon Rectum* 2002;45:1616-21.
51. Nelson RL. Treatment of anal fissure. *BMJ* 2003;327:354-5.
52. Lindsey I, Jones OM, Cunningham C et al. Chronic anal fissure. *Br J Surg* 2004;91:270-9.
53. Giral A, Memisoglu K, Gultekin Y et al. Botulinum toxin injection versus lateral internal sphincterotomy in the treatment of chronic anal fissure: a non-randomized controlled trial. *BMC Gastroenterol* 2004;4:7.
54. Scholefield JH, Bock JU, Marla B et al. A dose finding study with 0.1%, 0.2%, and 0.4% glyceryl trinitrate ointment in patients with chronic anal fissures. *Gut* 2003;52:264-9.
55. Macmillan AK, Merrie AE, Marshall RJ et al. The prevalence of fecal incontinence in community-dwelling adults: a systematic review of the literature. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1341-9.
56. Perry S, Shaw C, McGrother C et al. Leicestershire MRC incontinence study team. Prevalence of faecal incontinence in adults aged 40 years or more living in the community. *Gut* 2002;50:480-4.

57. Fazio VW, O'Riordain MG, Lavery IC et al. Long-term functional outcome and quality of life after stapled restorative proctocolectomy. *Ann Surg* 1999;230:575-86.
58. Halverson AL, Hull T, Remzi F et al. Perioperative resting pressure predicts long-term postoperative function after ileal pouch-anal anastomosis. *J Gastrointest Surg* 2002;6:316-21.
59. Morgado PJ, Wexner SD, James K et al. Ileal pouch-anal anastomosis: Is preoperative anal manometry predictive of postoperative functional outcome? *Dis Colon Rectum* 1994;37:224-8.
60. Takao Y, Weiss EG, Noguerras JJ et al. Should ileoanal pouch surgery be denied to patients with low resting pressures? *Am Surg* 1997;63:726-31.
61. Holubar S, Hyman N. Continence alterations after ileal pouch-anal anastomosis do not diminish quality of life. *Dis Colon Rectum* 2003;46:1489-91.
62. Farouk R, Pemberton JH, Wolf BG et al. Functional outcomes after ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis. *Ann Surg* 2000;231:919-26.