

HOSPITAL DOCENTE "GRAL. CALIXTO GARCIA". SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA

Diagnóstico de la colitis ulcerativa idiopática²⁷

Por la Dra.:

ALICIA RIVERA GOMEZ²⁸ y los alumnos:

MARGARITA ZEMBRZUSKA²⁹ y JOSE GONZALEZ BOLAÑOS³⁰

Rivera Gómez, A. y otros. *Diagnóstico de la colitis ulcerativa idiopática*. Rev Cub Med 19: 5, 1980.

Se estudian 87 pacientes afectados de colitis ulcerativa idiopática (CUI), diagnosticados en el servicio de coloproctología del hospital docente "Gral. Calixto García", por lo que se realiza un análisis exhaustivo de los parámetros fundamentales que intervienen en el diagnóstico de esta enfermedad.

INTRODUCCION

Wills y *Moson* en 1875, describieron la colitis ulcerativa idiopática (CUI), como una enfermedad inflamatoria de la mucosa del colon, de origen desconocido, cuya evolución es crónica con fases de agudización y remisión, estando el cuadro clínico caracterizado por las diarreas mucopiosanguinolentas.¹² El cabal conocimiento de esta entidad es de suma importancia para llevar a cabo su diagnóstico, ya que esta enfermedad, aunque poco frecuente, es estudiada y tratada por médicos de muy disímiles especialidades como: clínicos, cirujanos, gastroenterólogos, pediatras, psicólogos, psiquiatras y coloproctólogos. Su diagnóstico se basa fundamentalmente en cuatro pilares: la clínica, la rectosigmoidoscopia, el estudio radiográfico del colon y la anatomía patológica.³⁴

MATERIAL Y METODO

Se procede a efectuar una revisión de 146 pacientes que presentan CUI, diagnosticada en el servicio de coloproctología del hospital docente "Gral. Calixto García". Se estudiaron las historias clínicas del hospital y las de consulta externa: para analizar éstas se tomaron en cuenta los parámetros primordiales para el diagnóstico de la enfermedad.

De éstas fueron útiles para nuestro trabajo 87, ya que eran las que reunían tres o cuatro de los elementos indispensables para el diagnóstico de la CUI.

27 Trabajo presentado en la I Jornada Científica Estudiantil de la Facultad No. 1 del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Mayo, 1977.

28 Médico especialista de I grado. Servicio de coloproctología, hospital docente "Gral. Calixto García". SETIEMBRE-OCTUBRE, 1980

29 Alumna de 4to. curso de medicina del hospital docente "Gral. Calixto García".

30 Alumno de 5to. curso de medicina del hospital docente "Gral. Calixto García".

CUADRO I CUADRO CLINICO	
Síntomas	
Diarreas	69
Expulsión de flemas mucopiosanguinolentas	64
Tenesmo	15
Pujos	14
Cólicos	13
Rectorragia	13
Constipación	7
Alteraciones de la conducta	8
Pérdida de peso	11

CUADRO II HALLAZGOS EN LA RECTOSIGMOIDOSCOPIA	
Rectosigmoidoscopia	
Mucosa friable	42
Mucosa ulcerada	38
Mucosa granulosa	25
Presencia de flemas mucosanguinolentas	30
Mucosa edematosa, hiperémica, con punteados hemorrágicos	17
Mucosa granulosa con seudopólipos	6
Mucosa edematosa, hiperémica, con ulceraciones	5
Mucosa engrosada con rigidez del recto	4
Mucosa edematosa	15
Mucosa hiperémica	15

RESULTADOS

El cuadro clínico está caracterizado por la toma del estado general del paciente, en relación con la gravedad de la enfermedad, su extensión y el número de crisis^{5,6}; nuestros enfermos presentaron principalmente diarreas mucopiosanguinolentas, aunque encontramos que en siete de los casos el síntoma primordial era la constipación, debido a que tenían una localización predominantemente rectal (cuadro I).

Entre los exámenes complementarios, es sin lugar a dudas la rectosigmoidoscopia al que se le confiere mayor importancia, ya que mediante ésta se obtiene fácilmente la visualización directa del recto y el sigmoides; podemos orientarnos hacia el estadio en que se encuentra la enfermedad, agudo o crónico, así como el tiempo de evolución. Mediante este examen se confirmó el diagnóstico de CUI en el 94% de los pacientes (cuadro II, figuras 1 y 2).

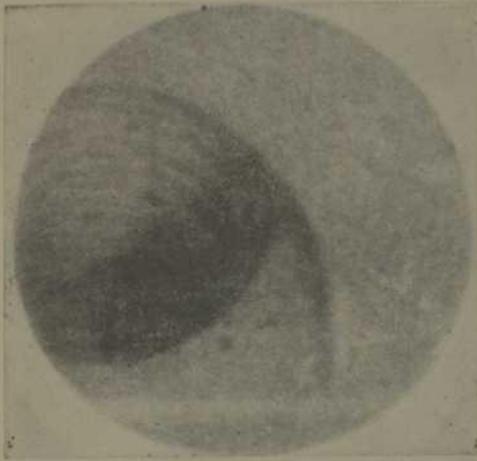


Figura 1. Mucosa edematosa hiperémica y con múltiples ulceraciones.

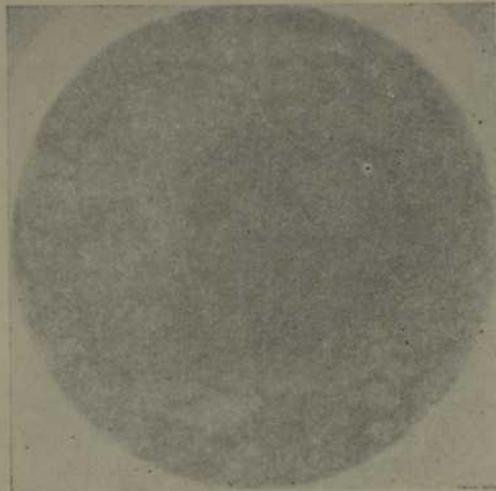


Figura 2. Mucosa granulosa, con pseudopólipo y flemas mucopiosanguinolentas.

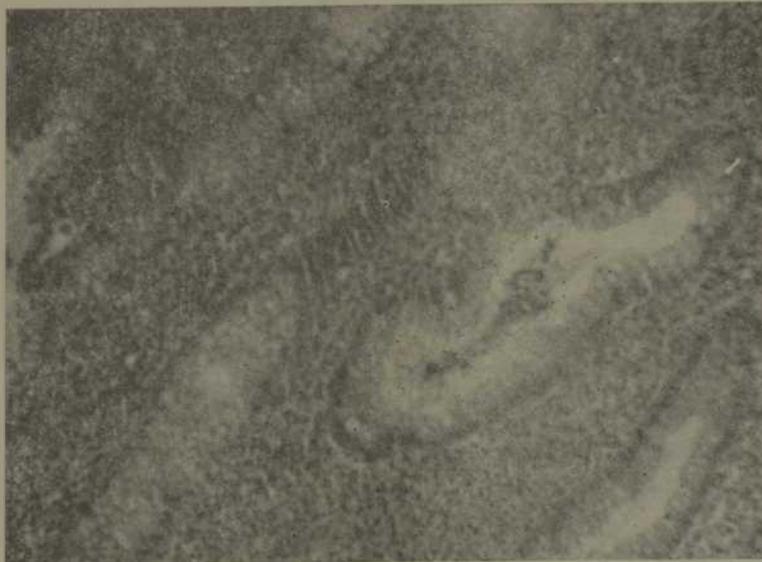


Figura 3. Vista a menor aumento de mucosa colónica en que se observa denso infiltrado inflamatorio de la lámina propia y en la luz glandular (H/E \times 0,1).

En cuanto a los hallazgos histopatológicos, encontramos 32 casos con elementos de infiltrado inflamatorio crónico; 12 de infiltrado inflamatorio agudo y en 29 el informe de la biopsia no daba elementos descriptivos, sino la siguiente afirmación: "compatible con colitis ulcerativa idiopática" (figuras 3 y 4).

En la CUI generalmente se observan alteraciones radiográficas en los estadios avanzados, y el colon por enema nos puede dar con exactitud: la extensión de la enfermedad, grado de estenosis, acortamiento del colon, profundidad de las úlceras; además de complicaciones como perforación, megacolon



Figura 4. *Infiltrado inflamatorio dentro de la cripta glandular y ruptura del epitelio glandular [H/E X 10].*

CUADRO III	
RADIOGRAFIAS DEL COLON E ILEON	
Signos radiográficos	
Acintamiento	32
Pérdida de las haustraciones	27
Acortamiento del colon	20
Espiculados en la margen del colon	20
Ensanchamiento del espacio presacro	19
Borramiento de pliegues mucosos	19
Estenosis	19
Signo del sello de correo	13
Doble contorno de la pared	5
Fístulas	4
Defectos de lleno	6
Ileítis por reflujo	1



Figura 5. Colon en repleción: espejado de las paredes del colon, que se describe como imagen en "sello de correo".



Figura 6. Colon en repleción: acintamiento, oérdida de las haustraciones del colon, rigidez de éste y disminución del calibre del recto.

tóxico y carcinomas concomitantes.⁷ Se efectuó estudio baritado del colon a 74 pacientes, encontrándose signos radiográficos de CUI en el 68%; estaba presente el acintamiento del colon en 32, haustraciones en 27 y acortamiento del colon en 20 (cuadro ill, figuras 5 y 6).

DISCUSION

En el diagnóstico de la CUI intervienen los distintos métodos ya señalados: la clínica, la rectosigmoidoscopia, la radiografía del colon y la biopsia.

La gran mayoría de los autores concuerdan en que los tres primeros parámetros señalados son los más importantes, aunque *Garlock*⁸, plantea que la exploración fundamental es el colon por enema. La biopsia tiene un valor relativo; *Goligher*⁹ demostró mediante un estudio hístico de personas sanas, que en la mucosa del colon siempre se pre-

sentan moderados cambios inflamatorios. *Rodríguez*¹⁰ expone que los hallazgos encontrados en la rectosigmoidoscopia, no siempre concuerdan con el cuadro clínico.

COMENTARIOS

El diagnóstico diferencial de la CUI, deberá establecerse con otras formas de colitis como: bacteriana, parasitaria, isquémica, tuberculosa, granulomatosa, el colon irritable y otras.¹¹ Hemos encontrado en nuestro estudio algunos pacientes que en el inicio de su enfermedad fueron catalogados como "colon irritable" y al decursar de los años, presentaron el cuadro clínico, endoscópico, radiográfico y "patológico" de CUI.¹² En nuestro medio, país tropical, en ocasiones no se hace el diagnóstico de la CUI, por presentar el paciente *Ameba histolytica*¹³, tuvimos 14 casos en que se confirmó la presencia de este parásito.

CONCLUSIONES

1. El síntoma predominante en el cuadro clínico, fue la diarrea mucopiosanguinolenta.
2. La rectosigmoidoscopia confirmó el 94% de CUI en el 94%.
3. Mediante la biopsia se corroboró las alteraciones hísticas de la CUI en 29 pacientes.
4. Se encontraron signos radiográficos diagnóstico de la CUI en el 68% de los casos.

SUMMARY

Rivera Gómez, A. et al. *Idiopathic ulcerative colitis diagnosis*. Rev Cub Med 19: 5, 1980.

Eighty-seven patients suffering from idiopathic ulcerative colitis (IUC), and diagnosed as such in the Department of Coloproctology of the 'General Calixto García teaching hospital, are studied. An exhaustive analysis of the basic parameters involved in the diagnosis of this disease is made.

RÉSUMÉ

Rivera Gómez, A. et al. *Diagnostic de la colite ulcérate idiopathique*. Rev Cub Med 19: 5, 1980.

A propos de 87 patients atteints de colite ulcérate idiopathique, diagnostiqués dans le service de colo-proctologie de l'hôpital d'enseignement "Gral. Calixto García", les auteurs font: une analyse exhaustive des paramètres fondamentaux impliqués dans le diagnostic de cette maladie.

PE31LÄEE

PMBepa roMec, A. h jxp. AüarHocraKa wwaïiaTJweckKoro h3Sêhho ro KOJMTa. Rev Cub Med 19: 5, 1980.

rioobomiTCH oôcjieaoBaHEe 87 nauneHTOB, cTpanaioinnx
la^ianaTHMec- KKI.1 <i3BeHHUM KOJD1TOM (MHK), JQ3arH03
KOTOpUM6w nocTaBJieH B- KOJionpoKTOJionpgecKOM oTnejiera KJmrareeeKOii
OoJüHmiH MNiemie-nepajia KaraicCTO Tapez*, BCJiejicTBHe ^ero
ocymecTEUiHeTca »Kcaÿç thbhuii aHajms ochobhxnapaMeipoB, Koiooue
noB^ihJiM Ha juia - hochkv 3Toro 3ac5oJieBajmH.

BIBLIOGRAFIA

1. *Feireis, H.* Clínica y terapéutica de la colitis ulcerosa. Barcelona. Ed. Científico-Médica, 1970.
2. *Pons, A.* Tratado de patología y clínica médica. La Habana. Ed. Revolucionarias. T. I. 1967, 541-549.
3. *Bockus, H.L.* Gastroenterología. Barcelona. T. II, 2da. Ed. Salvat, 1966, 852-854.
4. *Farrera, V.P.* Medicina interna y compendio práctico de patología médica. T. I. 112-113. Ed. Revolucionarias, La Habana, 1971.
5. *Loeb, C.* Tratado de medicina interna. La Habana. Ed. Revolucionarias. T. II. 1971, 953-965.
6. *Sainz, A.P.* Colitis ulcerativa idiopática. Rev. del Hospital Psiquiátrico de la Habana, págs. 25-51, 1975.
7. *Rivera Gómez, A.* y otros. Correlación endoscopia radiográfica en la colitis ulcerativa idiopática. Rev Cub Med 17: 681-684, nov. — diciembre, 1978.
8. *Garlock, J. H.* Cirugía del aparato digestivo. Barcelona, Ed Salvat. 1970, 32.
9. *Goligher, J.C.* Surgery of the anus, rectum and colon. London. 2nd ed. Bailliere, Tendam and Casell, 1970.
10. *Rodriguez, R.R.* Correlación clínico-endoscópica en la colitis ulcerativa idiopática. Pre-

sentado en la Sociedad Cubana de Coloproctología.

11. *Hughes, E.S.R.* Surgery of the anus anal canal and rectum, 154. Livingstone, Edinburgh and London, 1957.
12. *Rodríguez, R.R.* Comunicación personal. Jefe del Servicio de Coloproctología. Hospital docente "Gral. Calixto García".
13. *García, F.O.* La Ameba histolytica como factor de error en el diagnostico de la colitis ulcerativa idiopatica. Rev Cub Med Trop 19: 283-288, die. 1967.

Recibido: octubre 29, 1977.

Aprobado: enero 15, 1979.

Dra. *Alicia Rivero Gómez* Hospital docente "Gral. Calixto García" Universidad y J, Vedado Ciudad de La Habana.