

Colitis ulcerosa

Parra Gordo MU, Mula Rey N², López-Botet Zuloaga B¹, Andreu Arasa C¹, Rodríguez San Pedro I¹

¹Servicio de Radiodiagnóstico

²Unidad de Cuidados Intensivos

Hospital Universitario La Princesa. Madrid

Mujer de 63 años que acude a urgencias por náuseas, vómitos biliosos y diarrea líquida sin productos patológicos, con dolor abdominal tipo cólico que precede a la deposición con urgencia defecatoria. Refiere astenia intensa, sensación distérmica pero sin fiebre termometrada. En la exploración física hay leve sequedad de mucosas.

Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: ruidos hidroaéreos positivos, blando, depresible. No masas ni megalias. No peritonismo. En la analítica de urgencias destaca: leucocitos $11.340/\text{mm}^3$ (86,7% N), plaquetas $431.000/\text{mm}^3$.

Placa de abdomen: luminograma colónico patológico sin haustración; no se observan signos de obstrucción ni dilatación de asas (*Figura 1*).

Colonoscopia urgente: colitis ulcerosa con actividad grave. No se observan estenosis.

Durante su estancia en planta la paciente evoluciona de forma favorable y es dada de alta asintomática y con una deposición normal. El tratamiento incluye metilprednisolona, mesalazina, pantoprazol, suplementos de calcio, vitamina D y sulfato ferroso.

De forma ambulatoria, se realiza dos semanas después un enema opaco, que muestra afectación de todo el colon, con hipotonicidad y pérdida de la haustración, con mucosa granular y pequeñas ulceraciones mucosas, con defectos de repleción en relación con pseudopólipos (*Figuras 2 y 3*).

COMENTARIO

La colitis ulcerosa (CU) es uno de los problemas de salud de importancia mundial. Es una enfermedad inflamatoria y ulcerosa, crónica e inespecífica, que se origina en la mucosa del colon y se caracteriza, la



Figura 1.

mayoría de las veces, por una diarrea sanguinolenta.

Puede afectar a pacientes de cualquier edad, pero la curva de edades de inicio muestra una distribución bimodal con debut a los 15-30 años y un segundo pico de incidencia a los 50-70 años. La enfermedad se inicia en general en el área rectosigmoidea y puede extenderse todo el colon, o afectar de inicio a todo el intestino grueso.

La clínica consiste en episodios de diarrea sanguinolenta de intensidad y duración variables, interrumpidos por intervalos asintomáticos. Si la CU se extiende, el paciente puede tener 10-15 deposiciones diarias, con



Figura 2.

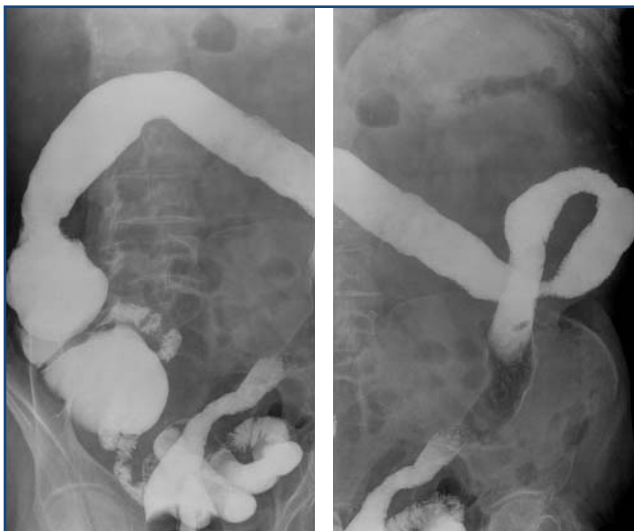


Figura 3.

dolores intensos y tenesmo rectal. Las deposiciones pueden ser líquidas y contener pus, sangre y moco. Puede haber fiebre, anemia, anorexia, pérdida de peso, leucocitosis, hipoalbuminemia y aumento de la VSG.

Las complicaciones descritas son la hemorragia local, la colitis tóxica con megacolon y peritonitis, que presenta una mortalidad de 5-40%, y el riesgo de

cáncer de colon, que está aumentado en los pacientes con CU extensa de larga duración.

El diagnóstico se confirma con colonoscopia con toma de biopsia, si bien debe realizarse enema opaco fuera del brote agudo para valorar la afectación, que es simétrica de todo el colon incluyendo el recto. Puede existir ileítis por reflujo. Según la fase de actividad de la CU, la semiología radiológica en el enema opaco varía:

- Fase congestiva: mucosa granular, colon espástico e hipotónico y pérdida de haustras.
- Fase ulcerativa: úlceras en espina de rosa, que progresan a úlceras profundas en botón de camisa o en vías de tren.
- Fase reparativa: formación de pseudopólipos, que se ven como defectos de repleción en el enema.
- Fase fibrótica: acortamiento del colon con estenosis y aspecto de colon en manguera.

Las complicaciones extraintestinales son artritis periférica, espondilitis, sacroileítis, uveítis anterior, eritema nodoso, pioderma gangrenoso, epiescleritis. La artritis, la epiescleritis y las lesiones cutáneas se asocian a los brotes de colitis. La espondilitis, la sacroileítis y la uveítis siguen un curso independiente de la enfermedad intestinal. La hepatopatía aparece en el 1-3% de los pacientes en forma de esteatosis, hepatitis crónica activa, colangitis esclerosante primaria, colangiocarcinoma o cirrosis.

La colectomía subtotal suele ser la intervención de elección. La colectomía de urgencia está indicada en la hemorragia masiva, la colitis tóxica fulminante y la perforación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plavsic BM, Robinson AE, Jeffrey RB. Diseases that affect both small and large bowel. En: *Gastrointestinal Radiology: a concise text*. Editorial Mc Graw-Hill, first edition. New York: 1992; pág 400.
2. Gore RM, Ghahremani GG, Miller FH. Inflammatory Bowel Disease: Radiologic Diagnosis. En: Balfé DM and Levine MS. *Categorical Course in Diagnostic Radiology: Gastrointestinal*. Editorial RSNA. Syllabus: 1997; pág 95.
3. Polo M, Pedrosa CS. Aparato digestivo: el colon. En: Sánchez Álvarez-Pedrosa C, Casanova Gómez R. *Diagnóstico por imagen*. Editorial Interamericana MC Graw-Hill, tercera edición. Madrid: 1989; pág 333.