

Enfermedad Inflamatoria Intestinal: Experiencia de cinco años en el Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán

Paulina Ávila V.⁽¹⁾, Luis Canales F.⁽¹⁾, Elizabeth Arriagada H.⁽¹⁾ y Lydia Hernández S.⁽²⁾

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AT CHILLAN HERMINDA MARTIN CLINICAL HOSPITAL

Introduction: The inflammatory bowel disease includes a group of pathologies of unknown etiology, that include ulcerative colitis, Crohn disease and indeterminate colitis, with a chronic clinical presentation, being an important medical problem. **Aims:** To describe the clinical profile of the inflammatory bowel disease at the Chillán Hospital (Chile), referring center of Ñuble province. **Patients and Method:** A descriptive study, reviewing clinical cards of adult patients, with diagnosis of inflammatory bowel disease obtained from the data base of the department of statistics of the Hospital, between years 2000-2005, with positive biopsy for the disease. **Results:** 34 cases of the disease were diagnosed. The average age of presentation was of 38.1 years with a female/male ratio of 2,4: 1. Of these, 77.1% corresponded to ulcerative colitis. Patients presented at least one of the following manifestations at the entrance: abdominal pain, prolonged diarrhea, hematochezia or rectal bleeding. A coincidence between endoscopic and histologic diagnosis was observed in 86.9% of patients with ulcerative colitis. **Conclusions:** Ulcerative colitis was the most frequent type of intestinal inflammatory disease, with predominance in female. The diagnosis was confirmed by hystopatologic studies, being endoscopy an important approach. The obtained results were similar to the national and international reports in most of the studied topics.

Key words: inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, Crohn disease.

Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye una serie de desordenes del tracto gastrointestinal de etiología desconocida, caracterizados por inflamación intestinal de curso crónico, con crisis recurrentes, asociados a complicaciones locales o sistémicas que tradi-

cionalmente comprenden dos entidades tipo como son la colitis ulcerosa (CU), la enfermedad de Crohn (EC) y otras variantes intermedias^{1,2}.

La incidencia y prevalencia de la EII difiere considerablemente dependiendo del área geográfica variando en EEUU y el norte de Europa entre 2-11 casos por 100 mil habitantes año

⁽¹⁾ Médico Cirujano, Universidad Católica de la Santísima Concepción.

⁽²⁾ Médico Internista, Jefa de Servicio de Medicina Interna, Departamento de Gastroenterología, Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.

Recibido: 15/12/2006

Aceptado: 15/01/2007

para la CU y 1-6 casos por 100 mil habitantes año para la EC, siendo su incidencia en el resto del mundo, considerablemente menor^{3,4}.

En Chile se desconoce su prevalencia debido a la falta de estandarización de sus criterios diagnósticos, lo que se traduce en subestimación de la misma⁵. Todos los estudios hablan a favor de un aumento en la incidencia de EII especialmente de la EC en países de Europa y EEUU, siendo la CU la más prevalente de todas la EII⁶. Se han encontrado importantes diferencias raciales en cuanto a la incidencia y características clínicas de la enfermedad.

Se pueden reconocer algunos factores de riesgo para la CU como lo son la diabetes mellitus, principalmente tipo 2 y los anticonceptivos orales, la artritis reumatoide y terapia de reemplazo hormonal para la EC; en cambio se cree son factores protectores para la CU la apendicectomía y el tabaquismo^{7,8}. Se ha observado una alta asociación entre la depresión y ansiedad con la EII no conociéndose con exactitud si es causa o consecuencia de esta⁹.

Aunque su verdadera patogenia aun no se ha dilucidado por completo, se postula fuertemente su carácter multifactorial, en que destacan factores ambientales, infecciosos y factores genéticos.

La EII se manifiesta por una serie de signos y síntomas dados por alteraciones tanto a nivel local como sistémico. En todas las series se ha concluido que se presenta de preferencia en mujeres jóvenes, siendo la CU la más prevalente en los países subdesarrollados. Los signos y síntomas principales de la CU son la rectorragia o disentería, seguida por diarrea y dolor abdominal, no así en la EC donde predomina este último¹⁰. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad no son patognomónicas de ella es por eso que su diagnóstico es eminentemente histopatológico destacándose la biopsia por endoscopia baja debido a las características típicas de la histología en estos pacientes¹¹.

Como esta es una patología sistémica podemos encontrar una serie de manifestaciones extraintestinales las que están perfectamente descritas en la literatura, además de su aso-

ciación con cáncer de colon¹². Entre las complicaciones de la EII destacan colecciones o abscesos, hemorragia digestiva, perforación y estenosis las que pueden llegar a comprometer tanto la funcionalidad intestinal como la vida de estos pacientes¹³.

A pesar de la literatura disponible existen pocos trabajos que describan la enfermedad, especialmente en nuestro país y menos aún en nuestra región, es por esto que éste trabajo tiene por objetivo describir las características clínicas de los pacientes con EII atendidos en el Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán (HCHM) centro de referencia para la provincia de Ñuble y caracterizar su forma de presentación, manifestaciones extra-intestinales, complicaciones, patologías asociadas y evolución.

Pacientes y Método

Se practicó un estudio descriptivo de los pacientes adultos, hospitalizados con diagnóstico de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, en el periodo comprendido entre Enero del 2000 y Diciembre 2005.

La información necesaria se recopiló mediante la revisión retrospectiva de fichas clínicas, con apoyo de la unidad de estadísticas del HCHM, de pacientes adultos hospitalizados con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que incluyó colitis ulcerativa, enfermedad de crohn y colitis crónica indeterminada.

Se incluyeron en este trabajo todos los pacientes mayores de 15 años, que egresaron con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal que cumplieron con los criterios clínicos, endoscópicos e histológicos. Se excluyeron aquellos pacientes que no cumplieron los criterios de inclusión antes nombrados y en quienes no se pudo acceder a su ficha clínica, o que en ésta no se encontraron registrados los resultados de la biopsia y endoscopia digestiva baja.

Las variables evaluadas fueron: edad al momento del diagnóstico y sexo. Manifestaciones clínicas en el momento del diagnóstico (nominales) como diarrea prolongada (duración ma-

yor o igual a 2 semanas sin sangre visible), rectorragia (eliminación de sangre vía rectal sin deposiciones), diarrea con sangre (eliminación de sangre mezclada con deposiciones diarreicas), dolor abdominal (atribuible a la EII y descartadas otras causas), masa palpable abdominal (no atribuible a otra causa), fiebre (temperatura mayor o igual a 38,3° al ingreso). Manifestaciones extraintestinales de la EII en piel: eritema nodoso, pioderma gangrenoso; articulares: artritis, artralgiás; mucosas: úlceras orales, oculares: epiescleritis, xeroftalmia. Patología concomitante, diabetes mellitus, hipertensión arterial, alergia medicamentosa, psiquiátrica: trastorno del ánimo, alcoholismo, tabaquismo. Exámenes diagnósticos como la endoscopia digestiva, biopsia, realizadas en todos los pacientes las complicaciones, atribuibles a la EII entre ellas, anemia, hemorragia digestiva baja con compromiso hemodinámico (hipotensión, taquicardia o anemizante), megacolon

tóxico, colección abdominal o absceso intestinal, estenosis intestinal, perforación intestinal y si fue o no necesario una resolución quirúrgica de la misma.

Resultados

En el intervalo estudiado se diagnosticaron 34 casos de EII, 3 de ellos no se incluyeron en el trabajo pues fallecieron y no se pudo tener acceso a sus fichas clínicas. La edad promedio de presentación fue de 37,2 años, con un intervalo de 18-74 años (Figura 1), con una relación de 2,4: 1 con predominio para el sexo femenino (72%), se observó una menor edad al momento del diagnóstico en este género. En cuanto a las manifestaciones clínicas al diagnóstico todos los pacientes presentaron al menos una de ellas (Figura 2).

Se observó predominio de la CU (Figura 3),

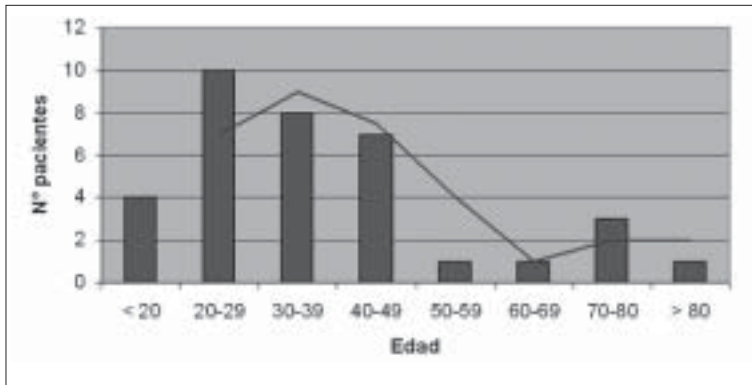


Figura 1. Distribución por edad al diagnóstico de EII (n = 31).

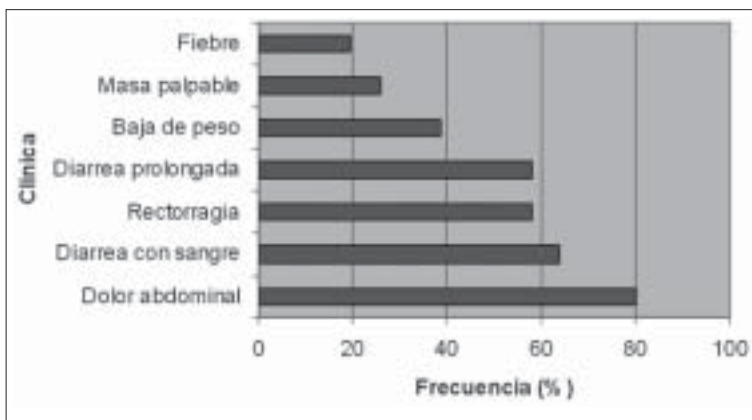


Figura 2. Clínica al diagnóstico de EII (n = 31).

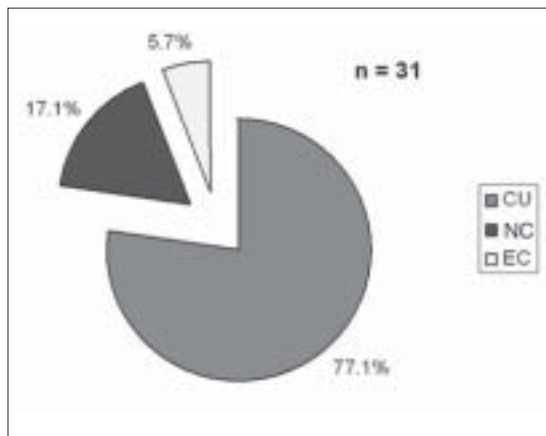


Figura 3. Distribución según tipo histológico de EII. CU: colitis ulcerosa, NC: no clasificable, EC: enfermedad de Crohn.

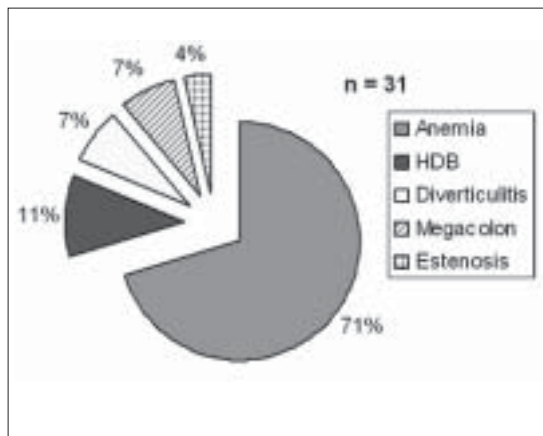


Figura 4. Complicaciones asociadas a EII. HDB: hemorragia digestiva baja.

observándose una correlación entre endoscopia y biopsia de un del 80,0% para la CU.

El tratamiento de la EII fue integral, consistiendo en el reposo y régimen alimentario de acuerdo a la actividad de la enfermedad y a la tolerancia del paciente. El tratamiento farmacológico fue instaurado de acuerdo a los criterios de gravedad de Truelove-Witts en el caso de la CU con aminosalicilatos (AS), siendo la sulfasalazina (azulfidine) el más usado, siguiendo en orden la mesalazina. Los corticosteroides por vía oral o parenteral asociados a los AS fueron usados en los pacientes con CU moderada izquierda y extensa, así como la asociación de antibióticos, siendo el más usado el ciprofloxacino. Los inmunomoduladores (azatioprina) fueron usados en los casos de refractariedad a la terapia habitual o a la dependencia esteroidal. En la enfermedad de Crohn su terapéutica fue acorde a la presentación y localización, habiéndose usado los esteroides, antibióticos (metronidazol o ciprofloxacino) y AS; ninguno requirió cirugía.

Un 87,1% no presentó ninguna manifestación extraintestinal, sólo 2 pacientes presentaron artralgias y otros 2 eritema nodoso y artritis respectivamente. Entre las patologías concomitantes de estos pacientes se observó la presencia de enfermedad hemorroidal en un 25,8%, alergia medicamentosa 22,5%, hiper-

tensión arterial 16,1%, trastornos del ánimo y alcoholismo en un 12,9% y enfermedad diverticular en un 9,6% de los pacientes. Un 67,7% de la muestra no eran fumadores. Las principales complicaciones de la enfermedad inflamatoria fueron la anemia, hemorragia digestiva baja. En algunos casos se asoció una diverticulitis. Solo hubo un caso de megacolon tóxico y otro con estenosis intestinal (Figura 4). Dos pacientes requirieron cirugía como parte de su tratamiento, realizándose colectomía total por CU complicada con hemorragia digestiva severa recurrente.

Discusión

Basándose en los resultados de este estudio, las características de las EII en Chile son similares a las descritas en otros países. Las EII son más frecuentes en el sexo femenino, principalmente en el adulto joven¹⁴.

El síntoma predominante al inicio de la enfermedad fue el dolor abdominal, al que se asoció en un porcentaje elevado, diarrea con sangre y rectorragia que hicieron sospechar el diagnóstico.

Es de interés que en nuestra población la CU fue 4,5 veces más frecuente que la EC a diferencia de lo que ocurre actualmente en

países desarrollados. Esta diferencia pudiera ser explicada por la mayor dificultad para realizar el diagnóstico de EC y no contar en todos los pacientes con la colonoscopia total para la toma de biopsias ya que en el año 2000 este examen no estaba disponible^{15,16}. Es interesante la concordancia entre el diagnóstico endoscópico e histológico para la CU con un error endoscópico de alrededor de un 20%, lo que puede ser explicado por ser éste un examen operador dependiente.

El estudio histológico de las muestras de biopsia endoscópica o quirúrgica permitió confirmar la sospecha clínica de EII con sus diferentes variantes. Con respecto a la EII no clasificable (EINC) en ésta serie se observó un porcentaje ligeramente mayor que el descrito en la literatura, pudiendo haber influido el menor número de pacientes en éste estudio, la correcta toma de la muestra y/o la experiencia del patólogo en el análisis de las mismas.

La presencia de manifestaciones extraintestinales en esta serie fue menor que lo descrito en publicaciones extranjeras, probablemente sesgado por falta de registro en la ficha clínica. Con respecto a las complicaciones se destacó la anemia, la cual no es considerada como tal en otros estudios, seguida de cerca por la hemorragia digestiva, principal complicación de los pacientes estudiados en trabajos nacionales, no así la mas grave¹⁷.

Llama la atención que solo un 6,4% de los pacientes requirió cirugía, menor porcentaje que en series extranjeras y nacionales, sugiriendo una buena respuesta al tratamiento médico con controles adecuados de estos pacientes. Entre las causas de muerte predominó la anemia aguda secundaria a hemorragia digestiva baja masiva.

En conclusión la CU correspondió al tipo mas frecuente de EII, con predominio del sexo femenino. El diagnóstico fue confirmado por estudio histopatológico, siendo la endoscopia una importante aproximación y en la mayoría de los casos se correlacionó positivamente con la histopatología. Los resultados obtenidos en nuestra población fueron similares a los reportes, tanto nacionales como internacionales, en la mayoría de los tópicos estudiados.

Sin duda que el mejoramiento de los registros a partir de la mejor codificación de estos permitirá en un futuro disminuir el número de pacientes excluidos en el estudio.

En relación a lo anterior resta por ampliar el intervalo estudiado con el fin de aumentar el tamaño de la muestra y por ende la validez del estudio.

Resumen

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) engloba un grupo de patologías de etiología desconocida, multifactoriales, que incluyen la Colitis Ulcerosa (CU), la Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis indeterminada, de presentación clínica polimorfa y crónica, siendo un importante problema médico. **Objetivo:** Describir el perfil clínico de la EII del Hospital base de Chillán, centro referente de Ñuble. **Pacientes y Método:** Se practicó un estudio descriptivo, revisando las fichas clínicas de pacientes adultos, con diagnóstico de EII obtenidas desde la base de datos del departamento de estadísticas del Hospital, entre los años 2000-2005, con biopsia positiva para la enfermedad. **Resultados:** Se diagnosticaron 34 casos de la enfermedad. La edad media de presentación fue de 38,1 años con una relación mujeres/hombres de 2,4:1. De estos, 77,1% correspondió a CU. Todos presentaron al menos una de las siguientes manifestaciones al ingreso: dolor abdominal, diarrea prolongada, diarrea mucosanguinolenta o rectorragia franca. Se estudiaron con endoscopia y biopsia, observándose una correlación entre ambos del 86,9% para la CU. **Conclusiones:** La CU correspondió al tipo mas frecuente de EII, con predominio del sexo femenino. El diagnóstico fue confirmado por estudio histopatológico, siendo la endoscopia una importante aproximación. Los resultados obtenidos fueron similares a los reportes tanto nacionales como internacionales en la mayoría de los tópicos estudiados.

Palabras claves: enfermedad inflamatoria intestinal, colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn.

Bibliografía

- 1.- Viscido A, Aratari A, Maccioni F, et al. Inflammatory bowel diseases: clinical update of practical guidelines.

- Nucl Med Commun 2005; 26: 649-655.
- 2.- Pajares J, Gisbert J. Epidemiology of inflammatory bowel disease in Spain. A systematic review. *Rev Esp Enferm Dig* 2001; 93: 15-20.
 - 3.- Edouard A, Paillaud M, Merle S, et al. Incidence of Inflammatory bowel diseases in the French west indies. *Gastroenterol Clin Biol* 2005; 29: 779-783.
 - 4.- Gheorghe C, Pascu O, Gheorghe L, et al. Epidemiology of inflammatory bowel disease in adults who refer to gastroenterology care in Romania: a multicentre study. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004; 16: 1153-1159.
 - 5.- Figueroa C, Quera R, Valenzuela E, et al. Enfermedades inflamatorias intestinales: Experiencia de dos centros chilenos. *Rev Med Chile* 2005; 133: 1295-1304.
 - 6.- Basu D, Lopez I, Kulkarni A, et al. Impact of race and ethnicity of inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 2254-2261.
 - 7.- Yoshioka K, Nishimura S, Kitai S, et al. Association of Sarcoidosis, Insulin-Dependent Diabetes Mellitus, and Ulcerative Colitis. *Arch Int Med* 1997; 157: 465-467.
 - 8.- García L, Gonzalez A, Johansson S, et al. Risk factors for inflammatory bowel disease in the general population. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 22: 309-315.
 - 9.- Kurina L, Goldacre M, Yeates D, et al. Depression and anxiety in people with inflammatory bowel disease. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 716-720.
 - 10.- Aghazadeh R, Reza M, Bahari A, et al. Inflammatory bowel disease in Iran: A review of 457 cases. *J of Gastr and Hepat* 2005; 20: 1691-1695.
 - 11.- Jenkins D, Balsitis M, Gallivan S, et al. Guidelines for the initial biopsy diagnosis of suspected chronic idiopathic inflammatory bowel disease. The British Society of Gastroenterology Initiative. *J Clin Pathol* 1997; 50: 93-105.
 - 12.- Ricart E, Panaccione R, Loftus E, et al. Autoimmune Disorders and Extraintestinal Manifestations in First-degree Familial and Sporadic Inflammatory Bowel Disease. A Case-Control Study. *Inflamm Bowel Dis* 2004; 10: 207-214.
 - 13.- Gasche C. Complications of inflammatory bowel disease. *Hepatogastroenterology* 2000; 47: 49-56.
 - 14.- Hendrickson B, Gokhale R, Cho J. Clinical Aspects and Pathophysiology of Inflammatory Bowel Disease. *Clin Microbiol Reviews* 2002; 15: 79-94.
 - 15.- Brulleta E, Bonfilla X, Urrutia G, et al. Estudio epidemiológico sobre la incidencia de enfermedad inflamatoria intestinal en cuatro áreas españolas. *Med Clin Barc* 1998; 110: 651-656.
 - 16.- Nahas S, Marques C, Araujo S, et al. Colonoscopia como método diagnóstico e terapéutico das molestias do intestino grosso. *Arq Gastroenterol* 2005; 42: 77-82.
 - 17.- González R. Crisis grave de enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastr Latinoam* 2004; 15: 120-126.
 - 18.- Kaiser A, Beart R. Surgical management of ulcerative colitis. *Swiss Med Wkly* 2001; 131: 323-337.