

# USO DE CORTICOIDES EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

## COLITIS INDETERMINADA. UNA ALTERNATIVA CONSERVADORA.

Neira Borja James<sup>1,a</sup> Morán M. Cristina<sup>1,b</sup> Baus León Bolívar<sup>c</sup>

### RESUMEN

Actualmente, el diagnóstico de ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL no debe excluir la presencia de un cuadro de COLITIS INDETERMINADA O COLITIS INCLASIFICABLE. Más allá, de las dificultades al momento de diagnosticarla, por la presencia de características clínicas, endoscópicas e histopatológicas poco o nada concluyentes, la situación que debe apremiar al médico ante la sospecha es el inicio de una terapéutica precoz, oportuna e individualizada, además del control y seguimiento para evitar complicaciones.

El siguiente caso clínico nos revela una forma de presentación frecuente y posible resolución quirúrgica. Una alternativa conservadora implica en el empleo de corticoides en fase aguda, teniendo como objetivo evitar la cirugía y el riesgo per se del procedimiento.

**Palabras claves:** Enfermedad inflamatoria intestinal, Colitis indeterminada, Terapéutica precoz, Individualizada, Corticoesteroides.

### SUMMARY

Currently, diagnosis of Inflammatory Bowel Disease should not exclude the presence of a box INDETERMINATE COLITIS OR COLITIS UNCLASSIFIABLE. Further, of the difficulties when diagnose, by the presence of features clinical endoscopic and histopathological little or nothing conclusive, the situation should urge the doctor suspected is the beginning of a therapy early, timely and individualized, further the control and monitoring to avoid complications.

The following case report reveals a common presentation and possible surgical solution. A conservative alternative involves the use of corticosteroids in the acute phase, aiming to avoid surgery and the risk of the procedure per se.

**Keywords:** Inflammatory bowel disease, Indeterminate colitis, Early therapeutics, Individualized, Corticosteroids.

- I Hospital Luis Vernaza
- a Cirujano Tratante
- b Residente Cirugía Pos-Grado
- c Médico

Recibido el 20 de Septiembre del 2013  
Aceptado el 10 de Enero del 2014.

Correspondencia  
Dr. James Neira B.  
Hospital Luis Vernaza Sala San Aurelio  
Cirugía General  
Email: jneiraborja@yahoo.es  
Celular: 0999910024  
Guayaquil - Ecuador

## INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) constituye un verdadero reto para los gastroenterólogos y médicos en general, ya que en diversas ocasiones las drogas empleadas no son suficientemente eficaces, y la cirugía no brinda soluciones a largo plazo. Debemos prestar atención especial por su potencial riesgo de malignidad y morbimortalidad bien conocidas.

En muchas ocasiones es difícil diferenciar las dos grandes entidades: Enfermedad de Crohn (EC) y Colitis Ulcerosa (CU), y tanto la presentación clínica, imagenológica e histopatológica pueden superponerse, a tal punto que se han definido como "CU – like" cuando la EC su presentación inicial tiene características de CU, tiende a la confusión. En ocasiones es imposible clasificar, y se agrupan en las denominadas colitis inclasificables, que constituyen el 10-12% de los casos.<sup>1,2</sup>

*"Clásicamente, el manejo de la EII se había basado en el uso de 5-aminosalicilatos, glucocorticoides, antimetabolitos y antibióticos. Estos fármacos presentan varias limitaciones, entre las que destacan un lento inicio de su acción, una elevada tasa de respuesta incompleta y un riesgo significativo de efectos adversos"*<sup>3</sup>

Actualmente se ha logrado dilucidar mecanismos inflamatorios que son cruciales para la injuria contra el huésped. La alternativa se remite fundamentalmente al empleo de terapia biológica. La indicación más precisa para su uso, es en pacientes con alto riesgo de recurrencia (inmunomoduladores del tipo azatioprina o 6 mercaptopurina). Otra alternativa, el uso 5-ASA en dosis elevadas. El uso de metronidazol y ciprofloxacino, han mostrado cierto beneficio.

Otras drogas consideradas de tercera línea incluye el metotrexate, indicado en intolerantes a la azatioprina.<sup>2,3,4</sup> Con relación al uso de corticoides se indican en fases de reactivación, recaída, brotes graves de la enfermedad. En paciente hospitalizado se puede optar por utilizar por vía intravenosa.

Los corticoides orales son los más utilizados (prednisona-prednisolona), siendo eficaces en casi dos tercios de los pacientes. Considerada por muchos autores fundamental para el tratamiento de la enfermedad.

Existe un número importante de pacientes que presentan cortico resistencia, y cortico dependencia, situación que obliga a tomar una actitud diferente con respecto a la terapéutica y reemplazar con otras drogas. (Inmunosupresores, Anti-TNF, etc.).<sup>2,5</sup>

A continuación se muestra un esquema con las diferentes alternativas para el tratamiento EII (tabla I):

Inducción	Mantenimiento
Aminosalicilato	Aminosalicilato (?)
Antibióticos	Antibiótico (?)
Corticosteroides	AZA/6-MP /MTX
Infliximab	Infliximab (?)
Cirugía	AZA/6-MP (?)

**Tabla I.** Drogas para Inducción-Mantenimiento EII. AZA: azatioprina. 6-MP: 6-mercaptopurina. MTX: metotrexate. Autor Albis Hani. Pontificia Universidad Javeriana.

La actitud conservadora frente a un cuadro agudo, depende principalmente de la decisión del médico, e individualizar las circunstancias de riesgo sin poner en peligro la vida del paciente. Evitar los procedimientos invasivos para disminuir el riesgo de complicaciones se contraponen al hecho de prolongar un cuadro de resolución quirúrgica que puede terminar con la vida del paciente. La respuesta y evolución del paciente ante determinado tratamiento resulta una verdadera incógnita, más aún en los casos de colitis inclasificable.

La presencia de otras morbilidades puede complicar y cambiar las decisiones terapéuticas a tomar frente a determinado paciente. Lo que si queda muy en claro de que el control y seguimiento minucioso del paciente dentro y fuera del hospital es fundamental para el manejo adecuado y prevención de complicaciones a futuro.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 33 años, que presenta cuadro clínico de más o menos 24 horas de evolución caracterizado por dolor tipo cólico en flanco derecho que se irradia hacia a todo el abdomen acompañado de hematemesis en No. 4 ocasiones de aspecto rojo rutilante. Además, manifiesta cuadros de constipación alternados con deposiciones líquidas y en ocasiones hematoquezia de varios meses de evolución, alza térmica no cuantificada, náuseas, anorexia, pérdida de peso y malestar general. Refiere haber estado ingresado dos semanas en una casa de salud pública lugar donde se le realiza endoscopia digestiva baja y estudio patológico, y es referido al Hospital LV, con Dx: Colitis inespecífica + Tumorcación en colon derecho con biopsia negativa para malignidad. APP y APF, no aporta datos relevantes. Al momento del ingreso Fascie álgica, consciente, orientado y buena hemodinamia.

A la palpación superficial en abdomen presenta dolor exquisito y resistencia a la palpación profunda. Se le realiza exámenes de laboratorio, que muestran los siguientes resultados:

Urea 21, Creat 1.04, Na 132, K 5.2, Cl 94. GOT 40 GPT 54, GGT 96, AMILASA 64, LIPASA 35, LDH 467. Ac-anti HIV: No Reactivo.

Leucocitos	9.51
Neutrófilos	6.5
Linfocitos	1.7
Monocitos	1.13
Hematocrito	34.9%
Hemoglobina	10.9
Plaquetas	696
TP	13.5
TPT	42.9
Prot. T	6.85
Albumina	3.39
BT	0.23
BD	0.18
Glicemia	109

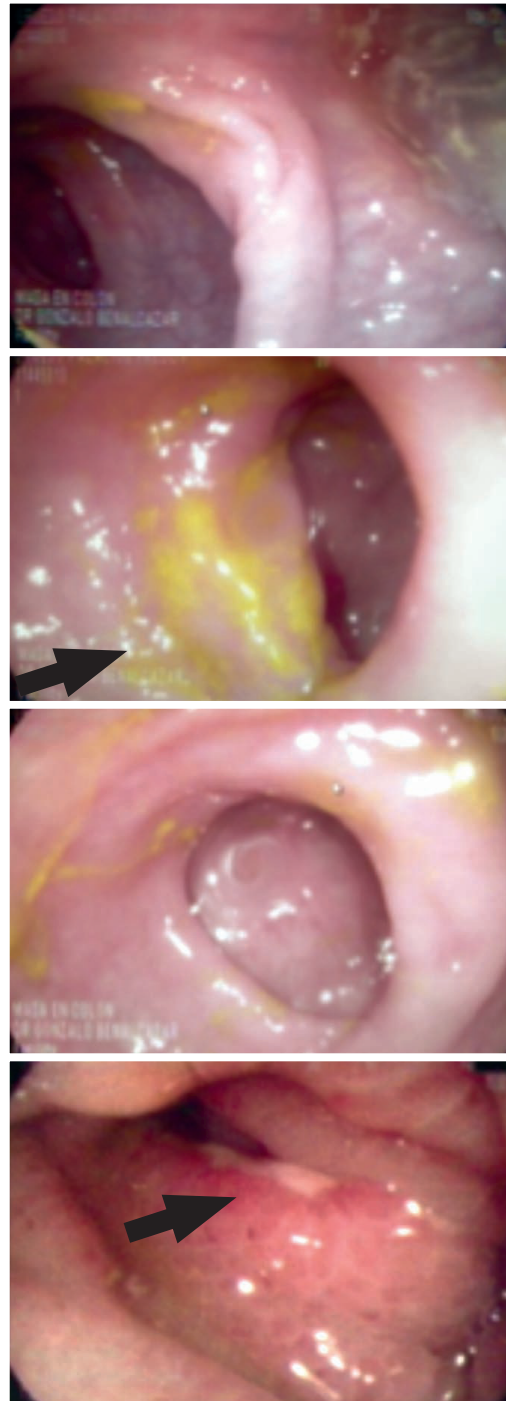
Posteriormente se realiza Ecografía Abdomino-Pélvica (Imagen 1) cuyo informe reporta: Hígado.- tamaño normal, bordes regulares, con incremento parcheado de su ecogenicidad como se observa en la infiltración grasa. Intestino.- distensión de asas intestinales con peristaltismo conservado, se indica usar método complementario de imágenes de mayor sensibilidad. ID: Esteatosis Hepática Geográfica y valorar asas intestinales con método de imagen de mayor sensibilidad.



**Imagen 1.** Ecografía abdominal: Esteatosis hepática geográfica

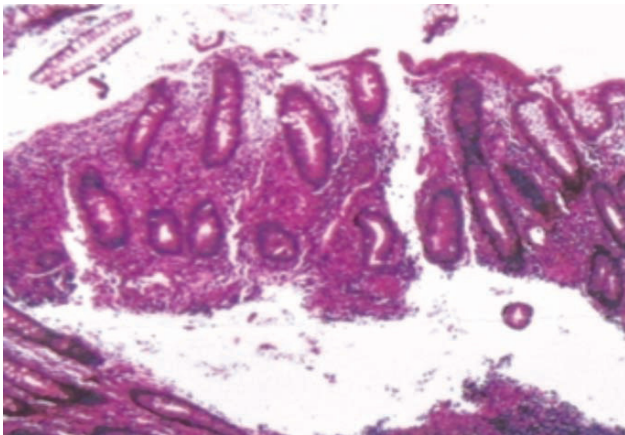
Se inicia tratamiento de sostén y medidas generales indicándose soporte nutricional y preparación para Endoscopia Alta y Baja + Biopsia, sugerido por el Servicio de Cirugía General y Gastroenterología, presentando como posible diagnóstico Hemorragia Digestiva Alta + Masa

de Colon Derecho en Estudio. Descartar Neoplasia. Se realiza Video Endoscopia Digestiva Baja – Colonoscopia (Foto 1), cuyo informe revela: Anoscopia: Normal. Rectosigmoideoscopia: Normal. Colonoscopia: se progresa hasta colon ascendente, observando a 70cm de margen anal lesión estenótica no franqueable con mucosa eritematosa con múltiples ulceraciones cubiertas de fibrina. Se toman múltiples biopsias. ID: Lesión Inflamatoria Estenótica de Colon Ascendente.

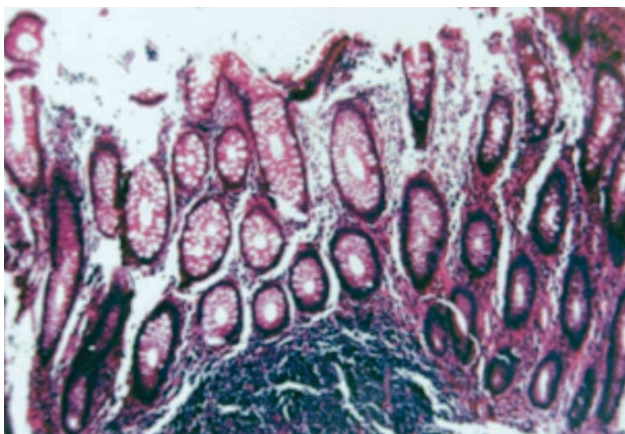


**FOTO 2.** Colonoscopia. Múltiples ulceraciones cubiertas de fibrina. (Flecha roja). Lesión estenótica con mucosa eritematosa. (Flecha verde).

El resultado del Estudio Histopatológico de la biopsia endoscópica de tumor en colon ascendente (31-05-13) Informa: Macroscopía: fragmentos de tejidos irregulares, blanquecinos, blandos que miden entre 0,3 a 0,2 cm. Microscopía: fragmentos de mucosa de intestino grueso de arquitectura general conservada. Criptas discretamente irregulares, que en profundidad alcanzan muscularis mucosae (Foto 2). La lamina propia con edema, congestión y moderado infiltrado linfoplasmocitario (Foto 3). Moderada cantidad de neutrófilos dispersos con exocitosis multifocal de elementos inflamatorios al epitelio superficial y de las criptas, el que presenta cambios degenerativos intensos. No se encuentran granulomas, parásitos ni cambios neoplásicos en estos fragmentos. No se encuentran elementos diagnósticos específicos de Enfermedad de Crohn o Colitis Ulcerativa. ID: Colitis Activa Focal Moderada Inespecífica. Se inicia tratamiento con corticoides, azatioprina y mesalazina, con control y seguimiento ambulatorio ya que estos



**Foto 2:** Criptas discretamente irregulares, que en profundidad alcanzan muscularis mucosae.



**Foto 3.** Lamina propia con edema, congestión y moderado infiltrado linfoplasmocitario.

últimos pueden provocar una supresión medular por lo que se debe realizar periódicamente un hemograma, en un inicio cada 1 a 2 semanas y posteriormente más espaciada, y a lo menos cada 3 meses. Los efectos adversos más frecuente están la intolerancia gástrica, por lo que se recomienda ingerir el medicamento después de las comidas (almuerzo) y/o ingerir medicamentos protectores gástricos. Entre otros efectos adversos están la pancreatitis, la hepatitis, mialgias, mareos, etc.

Tras un mes de tratamiento, ha tenido evolución favorable impresionante. No hay dolor; y no ha recrudecido los episodios de hemorragia digestiva. Mejoría notable de su estado general con franca recuperación.

## DISCUSIÓN

La actitud expectante frente a un cuadro agudo, aparentemente complicado, y con antecedentes y resultados poco claros que sugerían realizar intervención quirúrgica, y manejarlo clínicamente, se contrapone a la tendencia de resolver mediante técnicas invasivas con la finalidad de evitar complicaciones que puedan agravar las condiciones clínicas del paciente. El empleo de corticoides sumado al esquema terapéutico bien conocido para el manejo de EII, pueden tener un efecto favorable. Llevando un control y el seguimiento minucioso puede evitarse injurias innecesarias que ponen en riesgo la vida y retardan la recuperación del paciente.

## CONCLUSIÓN

Es importante tener claro que la alternativa conservadora en este tipo de pacientes con cuadro clínico florido debe ser individualizada, puesto que existe un riesgo constante y latente de que en algún momento pueda presentarse una complicación de tipo quirúrgico. El uso de corticoides en EII, tiene indicaciones precisas, lo que debemos valorar es el riesgo-beneficio, siendo fundamental el control y seguimiento dada su tendencia a la cronicidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dr. Sergio A. Besteiro. Valoración serológica en la enfermedad inflamatoria intestinal. Anuario fundación Dr. J. R. Villavicencio. 2005. N° XIII. 041 – 043.
2. Ignacio Marín Jiménez, Luis Menchen Viso, Fernando Gomollón García. Diagnóstico Diferencial de la enfermedad inflamatoria intestinal. 2012.
3. Rodríguez-Moranta F et al. Estado actual del tratamiento de la enfermedad intestinal. Anuario fundación Dr. J. R. Villavicencio. 2005. N° XIII. 041 – 043.
4. Farreras y Rozman. Medicina interna. 16ta. Edición. 2009. Elsevier-España. Vol. I. Cap.26. EII. Pág. 210-222.
5. Información conjunta GETECCU /ACCU. Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Medicamentos en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. N° 2 año 2002.