

Diagnóstico y tratamiento de la colitis ulcerosa

GUÍAS de tratamiento



Sociedad Iberoamericana
de Información Científica



Diagnóstico y tratamiento de la colitis ulcerosa

Resumen objetivo elaborado sobre la base de: *Ulcerative Colitis: Diagnostic and Therapeutic Algorithms*

De Kucharzik T, Koletzki S, Dignass A y colaboradores; integrantes de University Teaching Hospital Lüneburg; University of Munich, Múnich,; Agaplesion Markus Krankenhaus, Frankfurt, Alemania

El artículo original fue publicado en *Deutsches Ärzteblatt International* 117 (33-34):564-574, Ago 2020

Introducción

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) crónica de origen multifactorial, cuya etiología y patogenia aún no se conocen por completo. Se ha observado que la incidencia de este trastorno está aumentando en todo el mundo.

El objetivo de la presente revisión fue analizar las estrategias diagnósticas y terapéuticas actuales para la CU y describir las características especiales del tratamiento de este trastorno en la infancia y la adolescencia.

Métodos

Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en la base de datos PubMed para identificar artículos relevantes publicados en idioma inglés o alemán, hasta marzo de 2020 inclusive. Además, se analizó la guía alemana recientemente publicada para la CU, la guía de la *European Crohn's and Colitis Organisation* (ECCO) y la guía del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE).

Evaluación diagnóstica

El diagnóstico de CU se debe basar en el análisis integral de las manifestaciones clínicas, las pruebas de laboratorio y los hallazgos endoscópicos, histológicos y radiológicos. Es importante descartar la presencia de infección, en particular por *Clostridioides difficile* o por citomegalovirus (CMV). El principal diagnóstico diferencial es la enfermedad de Crohn. Los casos de proctitis resistente al tratamiento pueden estar asociados con enfermedades de transmisión sexual, proctitis inducida por radiación o infiltración maligna del colon y el recto. Las enfermedades proctológicas deben considerarse en casos de síntomas puramente proctíticos o hematoquecia aislada.

Los pacientes con CU suelen presentar diarrea sanguinolenta, dolor tipo cólico y urgencia fecal. El examen físico puede ser anodino en casos leves. En

pacientes con colitis grave, la presencia de sensibilidad abdominal, fiebre y signos peritoneales indican mal pronóstico; en estos casos el cuadro puede evolucionar a una colitis fulminante e, incluso, un megacolon tóxico.

En la colitis leve o proctitis aislada, los parámetros inflamatorios fecales, como la calprotectina, son adecuados y sensibles para la evaluación de seguimiento de todos los patrones de compromiso de la CU. La calprotectina fecal < 150 a $200 \mu\text{g/g}$ se considera un marcador confiable de remisión. Además, es importante valorar el estado del hierro, la concentración de bilirrubina y los parámetros de colestasis aproximadamente una vez al año en todos los pacientes con EII, incluso si están en remisión. La anemia ferropénica es la manifestación extraintestinal más prevalente de la EII crónica.

En la endoscopia, la CU se visualiza como un proceso inflamatorio que se disemina continuamente desde el recto en dirección oral y, según el grado de compromiso, se clasifica en:

- proctitis,
- colitis del lado izquierdo
- colitis que se ha extendido más allá del ángulo esplénico.

El grado de actividad inflamatoria puede clasificarse por su apariencia endoscópica. En la colitis del lado izquierdo se puede observar el llamado parche cecal. La respuesta al tratamiento debe comprobarse mediante endoscopia a intervalos de 3 a 6 meses. El objetivo del tratamiento de la CU es la curación de la mucosa, documentada de manera endoscópica, aunque esto no siempre se puede lograr en todos los pacientes. Si la endoscopia no está disponible, la respuesta al tratamiento debe valorarse con otros parámetros objetivos.

El carcinoma de colon está asociado con la CU de larga duración. Por lo tanto, se recomienda la valoración endoscópica de forma regular, comenzando de 6 a 8 años después del diagnóstico de CU, a intervalos que dependen de la estratificación del riesgo. Además, los sujetos que padecen simultáneamente colangitis esclerosante primaria deben ser sometidos a una vigilancia intensiva, con una colonoscopia anual desde del momento del diagnóstico de la colangitis esclerosante primaria, ya que su riesgo de desarrollar carcinoma de colon es aun más elevado, y también tienen mayor riesgo de carcinoma hepatobiliar.

Los intervalos de seguimiento para colonoscopia de vigilancia del octavo año de enfermedad en adelante, según la estratificación del riesgo en pacientes con colitis ulcerosa (si se cumplen varios criterios, se asigna la categoría de riesgo correspondiente más alta) son los siguientes:

- Anual (alto riesgo):
 - Colitis extensa con inflamación de alto grado.
 - Familiares de primer grado menores de 50 años con carcinoma colorrectal.
 - Neoplasia intraepitelial en los últimos cinco años.
 - Colangitis esclerosante primaria anualmente desde el momento del diagnóstico (cromoendoscopia + biopsias aleatorias).

- Estenosis.
- Cada 2-3 años (riesgo intermedio):
 - Colitis leve a moderadamente activa.
 - Familiares de primer grado mayores de 50 años con carcinoma colorrectal.
 - Muchos pseudopolipos.
- Cada 4 años (riesgo bajo)
 - En ausencia de todos los criterios anteriores.

En la CU con grado bajo de actividad, la ecografía del colon generalmente arroja hallazgos sin importancia. La ecografía intestinal se utiliza cada vez más para el seguimiento después de un episodio agudo de CU, ya que permite valorar la eficacia del tratamiento a las 2 semanas. Los métodos tomográficos complementarios son útiles para distinguir la CU de la enfermedad de Crohn.

Tratamiento

En general, la elección del tratamiento para la CU se basa en el patrón de compromiso de la enfermedad y el grado de actividad clínica. La mesalamina es el pilar de la farmacoterapia para la CU. Se ha demostrado que la administración de esta agente por vía oral o por recto, en forma de supositorio, espuma o enema, induce la remisión y sirve como terapia de mantenimiento. La administración rectal de mesalamina se prefiere a la administración oral para inducir la remisión. La administración rectal y oral combinada es más eficaz que la administración oral sola, tanto para la inducción de la remisión como para la terapia de mantenimiento. Para el tratamiento de la proctitis, la mesalamina tópica es el agente de primera elección.

El tratamiento de primera línea de la CU del lado izquierdo de leve a moderada recomendado es la combinación de mesalamina oral y rectal. La CU del lado izquierdo, con actividad inflamatoria leve a moderada que no responde a la mesalamina, puede tratarse con budesonida oral. Los pacientes con CU leve a moderada y compromiso extenso deben tratarse inicialmente con mesalamina por vía oral y rectal. Los corticoides sistémicos se utilizan si no se puede inducir la remisión de otro modo, así como para el tratamiento primario de pacientes con CU grave aguda, en este último caso, preferentemente por vía intravenosa. Estos agentes solo deben administrarse a corto plazo, y no como terapia de mantenimiento.

La mesalamina tópica u oral es la opción estándar para la terapia de mantenimiento en la CU no complicada. El tratamiento de mantenimiento de la remisión debe continuarse durante al menos 2 años. El tratamiento con *Escherichia coli* Nissle es una alternativa para los pacientes que no pueden tolerar la mesalamina.

Un curso complicado de CU es aquel en el que la enfermedad no responde al tratamiento convencional. Las guías actuales establecen una distinción entre los cursos dependientes de esteroides y los resistentes a los esteroides. Las tiopurinas, el infliximab, el adalimumab, el golimumab, el vedolizumab, y los

agentes recientemente introducidos tofacitinib y ustekinumab, se pueden usar para tratar la CU dependiente de esteroides.

No se puede dar una recomendación clara sobre el orden de prioridad de los diversos agentes biológicos actualmente disponible. La proctitis resistente al tratamiento se puede tratar con supositorios de beclometasona o tacrolimus.

Para tratar la CU refractaria a los esteroides se pueden utilizar fármacos similares (excepto la azatioprina) a los recomendados para tratar la CU dependiente de esteroides. En este caso tampoco se puede brindar una recomendación clara sobre el orden de prioridad de los diferentes agentes biológicos. Siempre que haya un cambio de tratamiento que involucre un agente biológico, se recomienda discutir con el paciente sobre la opción terapéutica adicional de la proctocolectomía.

La CU fulminante debe ser tratada de forma hospitalaria por un equipo multidisciplinario. En estos casos, si no hay una mejoría clínica clara después de tres o cuatro días de tratamiento con esteroides intravenosos en dosis altas, las alternativas terapéuticas son la proctocolectomía de emergencia o la farmacoterapia con ciclosporina o infliximab.

La colectomía es el tratamiento quirúrgico más frecuente para la CU, y generalmente se realiza en pacientes con pancolitis. La CU refractaria a los medicamentos y la neoplasia asociada con la colitis son las principales indicaciones de colectomía. La decisión de operar debe ser tomada de manera interdisciplinaria. El paciente debe estar informado sobre los riesgos asociados con la colectomía. El adenocarcinoma es una indicación absoluta de colectomía, al igual que la displasia epitelial en una lesión que no se puede resear endoscópicamente. La estenosis colónica en un paciente con CU es una indicación quirúrgica relativa. La colectomía parcial debe realizarse solo en casos especiales raros.

En pacientes que presentan riesgo quirúrgico elevado, o que han sido tratados con inmunosupresores o agentes biológicos hasta el momento de la cirugía, la proctocolectomía debe realizarse de manera escalonada, en 3 operaciones planificadas de manera secuencial.

Colitis ulcerosa en niños y adolescentes

La CU puede afectar a niños y adolescentes de cualquier edad y, en estos casos, la enfermedad suele ser complicada, agresiva y progresar de forma rápida. Cuanto más pequeño sea el niño en el momento del diagnóstico, más probable es que el proceso inflamatorio se limite al colon. Otro aspecto especial de la CU en niños es el compromiso concomitante del tracto gastrointestinal superior.

En pacientes pediátricos, la evaluación diagnóstica inicial siempre incluye ileocoloscopia y endoscopia digestiva alta, y en casos dudosos, también se obtienen imágenes del intestino delgado. En bebés y niños pequeños con EI crónica, el estudio inicial debe complementarse con pruebas inmunológicas y genéticas.

La tasas de hospitalización para el tratamiento de la colitis aguda grave y la tasa de colectomía a los 10 años es mayor en niños con CU que en adultos con esta enfermedad.

Es importante destacar la relativa escasez de opciones terapéuticas para la CU en niños y adolescentes, y el diferente perfil de efectos secundarios en este grupo de edad. Hasta la fecha, solo el infliximab ha sido aprobado para el tratamiento de pacientes menores de 18 años con CU.

La EII crónica en pacientes jóvenes amenaza no solo su salud física, sino también su desarrollo físico, psicosocial y ocupacional. Por lo tanto, la CU en niños y adolescentes plantea un desafío especial, por lo que estos pacientes deben ser atendidos por un equipo pediátrico multidisciplinario especializado en EII crónicas.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2021