



**Clínica
Médica
B**

Hospital de Clínicas
Facultad de Medicina
UDELAR

ATENEO CLÍNICO

Clínica Médica B - Hospital de Clínicas Dr Manuel Quintela
Julio 2023

Dra. Luana Maggiari
Dra. Noelia Navarrete
Dra. Stephanie Semperena
Dra. Teresa Vidal
Residentes HCFFAA

SM, 30 años, procedente de Montevideo
Misión a Congo 2018-2019 sin cuadros infeccioso
Sin viajes recientes al exterior

Antecedentes Personales:

- Ex Fumador
- Drenaje absceso perianal 23/3
(recibió ATB amoxicilina/sulbactam 7 días, luego 7 días amoxicilina/clavulánico)
- Fístula perianal - resolución quirúrgica pendiente

Enfermedad Actual:

Consulta por deposiciones líquidas con alta tasa (15 deposiciones/día) de 12 días de evolución, agrega sangrado en todas las deposiciones y gleras, tenesmo rectal, incontinencia fecal, fiebre Tax max 38°.

No náuseas ni vómitos.

Dolor abdominal permanente en hemiabdomen inferior a predominio de flanco izquierdo que no calma con las deposiciones.

Refiere adelgazamiento no sabe especificar Kg.

No lesiones cutáneas ni en mucosa oral.

Examen Físico:

Lúcido, normopeso, apirético. Hemodinamia estable.

PyM: sin lesiones, bien hidratado y perfundido, normocoloreado

CV: RR 90 cpm, RBG, SL.

PP: MAV +/- sin estertores

Abd: blando, depresible, dolor a la palpación de hemiabdomen inferior, sin elementos de irritación peritoneal

Orificio fistuloso hora 3 con escasa secreción serosa. Hemorroides externas sin complicaciones. TR: esfínter hipotónico, mucosa rectal nodular, sangre al guante.

Planteo clínico

Diarrea aguda + Disentería + Fiebre

- Enterocolitis aguda de etiología infecciosa disenteriforme
- Diarrea por ATB / Clostridium difficile.

Paraclínica

Hemograma	Hb 10,6 - Hto 32% - VCM 80 - HCM 27 Leu 16000 - Neutrofilia PLQ 636.000
Función renal	Crea 0,94 - Azo 15
Ionograma	Na 130 - K 2,9 - Cl 89
Hepatograma	BT 0,58 - GGT 19 - FA 49 - GPT 30/ GOT 25 - Alb 3,40
Crisis	TP 70% - INR 1,04
RFA	PCR 285 / VES 50

Planteo

Enterocolitis aguda infecciosa

Repercusión hidroelectrolítica y hematométrica

Anemia normocítica normocrómica pura

Se inicia reposición hidroelectrolítica

Ingresa a sala de medicina

Evolución

Se inicia ATB empírico: Vancomicina 125 mg v/o cada 6 hrs + Metronidazol
+ Amikacina

Coprocultivo y Coproparasitario negativo

Clostridium difficile toxinas A/B y GDH positivos

Tomografía Computada

Engrosamiento parietal de última asa ileal, todo el colon y recto, circunferencial, no estenosante, con franco predominio de la capa submucosa que está edematizada, con engrosamiento de las haustras. Aumento de densidad grasa pericólica y adenopatías mesentéricas inflamatorias.

Líquido libre escaso de distribución difusa.

Colección perianal interesfinteriana de 14 mm x 30 mm, sin compromiso de planos perirrectales ni peritoneales ni musculares.

**En suma: Signos de colitis extensa
sin evidencia de isquemia ni perforación.
Sin evidencia de hemorragia digestiva**



Estudios endoscópicos

VGC: Sin lesiones

VCC: Se explora recto y colon hasta proximidades de ángulo izquierdo

Persistencia constante de sangre roja

Mucosa nodular y ulcerada de forma constante y difusa.

Rigidez parietal.

Evolución

- Adelgazamiento
- Anemia ferropénica severa que requirió en varias oportunidades transfusión GR
- Persistencia de deposiciones líquidas con sangre 1 mes evolución
- Calprotectina > 1000
- VES en ascenso

Rectocolitis severa con sospecha de EII

Se inicia mesalazina 4 gr/día v/o y enemas de mesalazina noche.

Anatomía Patológica

Mucosa colorectal con acortamiento de las glándulas, criptas tortuosas y bifurcadas, atrofia glandular. Epitelio con disminución de mucosecreción y cambios degenerativos. Criptitis y abscesos crípticos, no granulomas. Abundante exudado fibrinopioleucocitario.

**En suma: Mucosa colorectal con presencia de una Colitis Crónica
con caracteres morfológicos que sugieren una EII de tipo Colitis
Ulcerosa.
en actividad moderada a severa**

Evolución

VRSC de control: mucosa con friabilidad espontanea, pérdida del patrón vascular úlceras entre 5 y 15 mm con fibrina, algunas profundas.

Recibe Hidrocortisona i/v sin cambios clínicos

Planteo: **Colitis ulcerosa severa corticorresistente**

Recibe Ciclosporina durante 5 días

Evolución

Dada no mejora se realiza **colectomía total con ileostomía** de coordinación.

En postoperatorio instala shock séptico (absceso pelviano + hemoperitoneo)

Nueva rectoscopia + exteriorización quedando con Vacumm pack 72 hrs posteriores relaparotomía y cierre de la pared abdominal.

Cultivo líquido peritoneal: Proteus Mirabilis, Enterobacter cloacae, Enterococo
Candida sp.

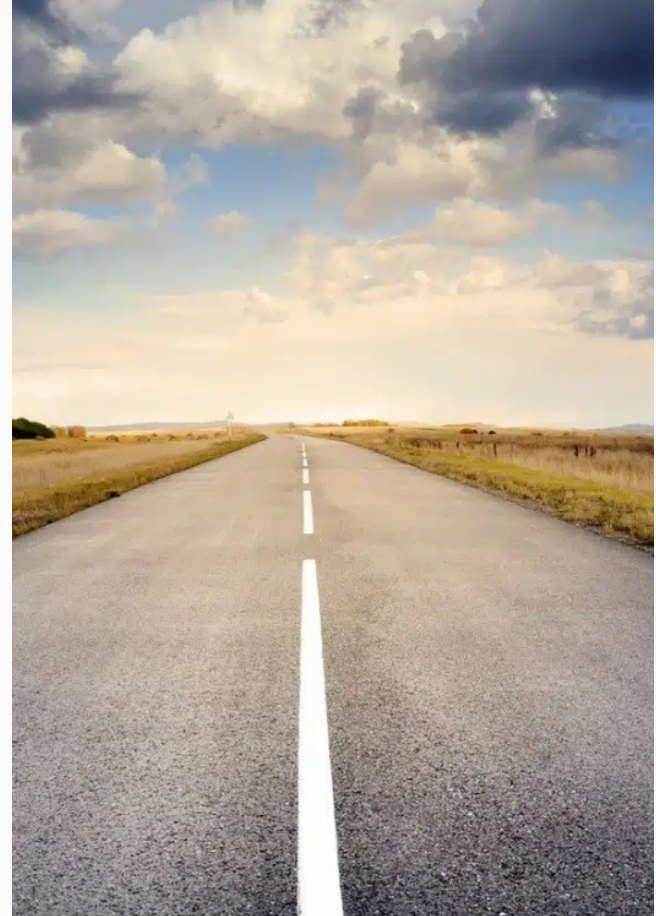
Se realiza tratamiento antibiótico: Cefotaxime + Ampicilina + Metronidazol
+Fluconazol por 21 días

COLITIS ULCEROSA CRÓNICA



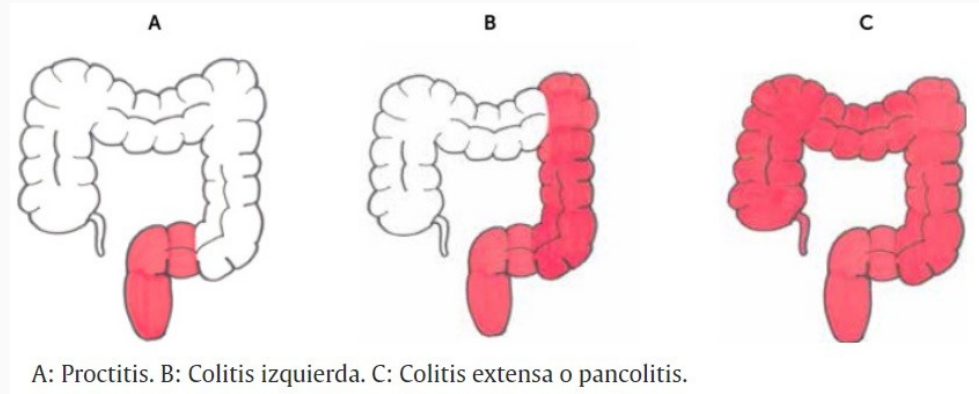
Mapa de ruta

- Generalidades
- Clínica y paraclínica
- Biomarcadores
- Imagenología
- Definiciones de actividad
- Complicaciones
- Tratamiento
- Control y seguimiento
- Conclusiones



Generalidades

- Enfermedad crónica, progresiva e inmunomediada
- Afección colónica
- Inicio en recto y progresión a colon proximal
- Afección continua a forma de brotes
- Manejo médico y potencialmente quirúrgico



Manifestaciones clínicas y endoscópicas en enfermedad inflamatoria intestinal. [REV. MED. CLIN. CONDES - 2019; 30(4) 273-282]



- Sintomatología gradual y progresiva
- Diarrea con sangre
- Evacuaciones frecuentes y de poco volumen (inflamación rectal)
- Dolor abdominal cólico, urgencia, tenesmo e incontinencia rectal
- Síntomas sistémicos (adelgazamiento, fiebre)
- Sdr funcional anémico



Manifestaciones extraintestinales



- **Musculoesquelético:**
Artropatía periférica de grandes articulaciones (Espondilodiscitis anquilosante).
Osteopenia, osteoporosis , osteonecrosis.

- **Ojo:** Uveítis y Epiescleritis

- **Piel:** Eritema Nodoso y Pioderma gangrenoso

- **Hepatobiliar:** Colangitis esclerosante primaria, Esteatosis hepática

- **Hematológico:**
Mayor riesgo de ETEV, AHAI.

- **Pulmonar:** EPI, Neumonitis eosinofílica ,
Bronquiectasias.

Anterior Uveitis



Paraclínica

- Hemograma
(Anemia multifactorial: pérdidas + inflamatoria)
- PEF (hipoalbuminemia)
- Reactantes de fase aguda
- Coprocultivo / Coproparasitario (C. difficile)
- Hepatograma si sospecha afección biliar



Biomarcadores

Reactantes de fase aguda:

- **PCR** 50% valores normales en empuje.
- **VES** elevada en procesos inflamatorios, no útil en el seguimiento.
- **PCT** predicción de complicaciones infecciosas.

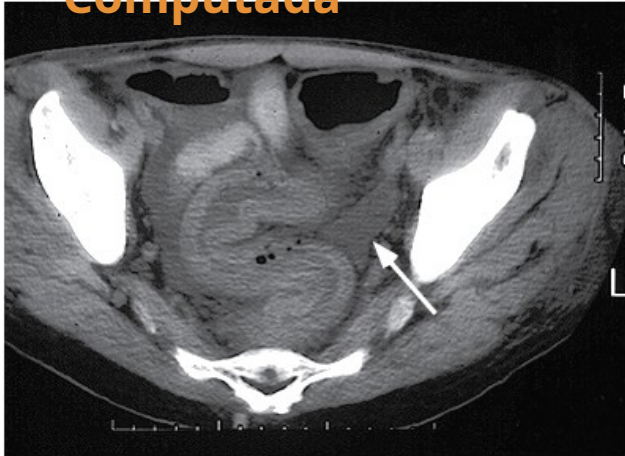
Anticuerpos:

- **ANCAp** elevados en un 55%, factor de mal pronóstico, cuando son negativos pueden responder a Infliximab

Marcadores Fecales:

- **Calprotectina** (S 93% y E 96%)
 - Directamente proporcional a la actividad de neutrófilos en la luz enteral
 - Muy buena correlación entre escala endoscópica y clínica de actividad.
 - Marcador no invasivo de curación mucosa y respuesta al tto.

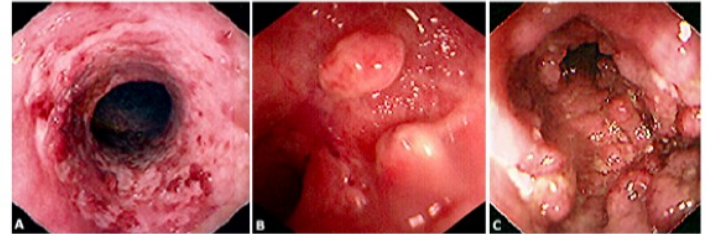
Tomografía Computada



La tomografía computarizada axial a través de la pelvis muestra un marcado engrosamiento de la pared del recto y el colon sigmoide con algo de líquido libre en la pelvis (flecha). Estas características no son específicas y pueden verse en cualquier forma de colitis.

Endoscopia

Ulcerative colitis



Endoscopic appearance of ulcerative colitis. Extensive ulceration of the mucosa is the most common endoscopic finding (panel A). The surface is irregular, friable, and erythematous, with loss of the normal vascular markings. Pseudopolyps may form as a reaction to inflammation (panel B); these can become quite extensive (panel C).

Courtesy of James B McGee, MD.

UpToDate®

Definiciones de actividad

Colitis Ulcerosa (Definiciones internacionales basadas en criterios de Truelove-Witts)

Remisión Sintomática	Leve	Moderada	Grave	Fulminante
ACG	< 4 deposiciones/día (con o sin sangre) sin signos sistémicos de toxicidad. ERS normal.	> 4 deposiciones por día. Mínimos signos de toxicidad.	≥ 6 deposiciones con sangre/d. Signos de toxicidad (fiebre, anemia, taquicardia). ERS aumentada.	≥ 10 heces/día. Sangrado continuo/ toxicidad. Distensión/dolor abdominal. Requerimiento de transfusiones. Dilatación colónica.

Adaptado de Peyrin-Biroulet L, Clin Gastroenterol Hepatol. 2016.

ACG: American College of Gastroenterology. ERS: Eritrosedimentación.

Definiciones de actividad

Factores asociados a curso más agresivo con riesgo de colectomía:

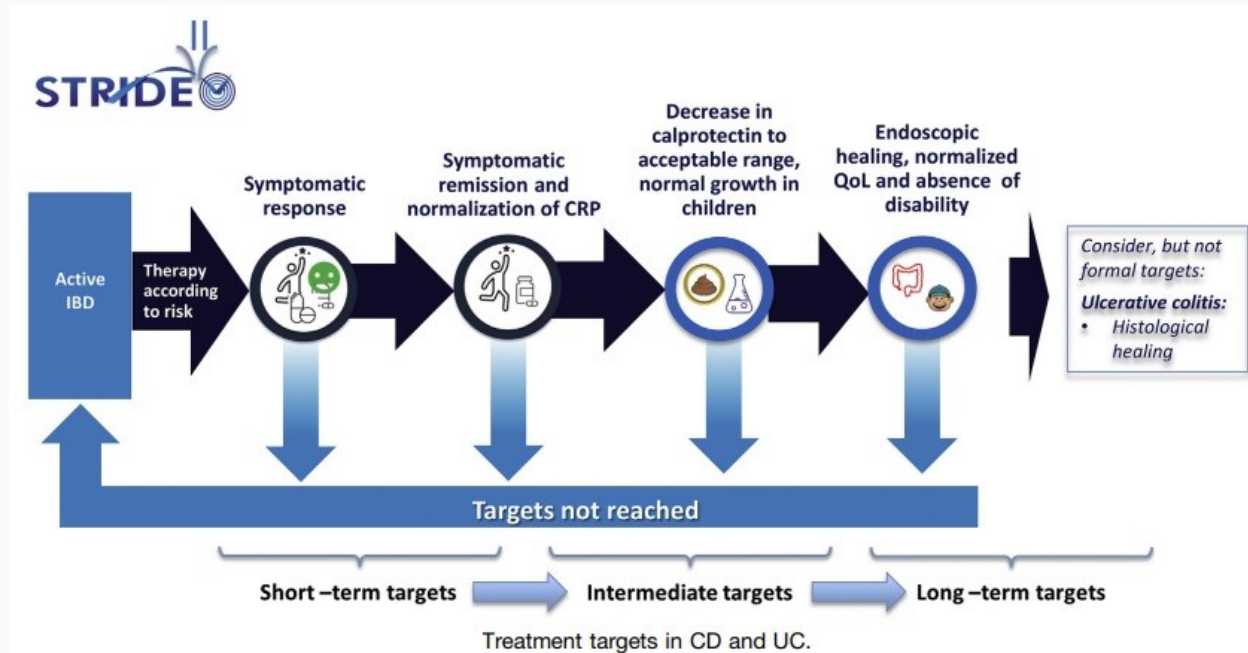
- Diagnóstico a edad temprana (< 40 años)
- Colitis extensa
- Actividad endoscópica severa (presencia de úlceras profundas)
- Brotes frecuentes que requieren CC y/u hospitalización
- Infecciones por Citomegalovirus y *Clostridium difficile*



Complicaciones

- Sangrado severo/masivo - Colectomía urgente
- Colitis fulminante
- Megacolon tóxico
- Perforación (mayor frecuencia como complicación de MT)

Treat to Target



Tratamiento

Enfermedad leve a moderada

● 5 Aminosalicilatos (5-ASA)

*Sulfasalazina (efectos secundarios de la sulfapiridina)

***Mesalazina** v/o dosis única o tópica:

- supositorios: si afectación rectal
- espuma: si afectación rectosigmoidea
- enema: en lesiones que abarquen hasta el ángulo esplénico

● Corticoides

*En enfermedad moderada y en no respondedores a 5-ASA

*Para inducción de remisión no de mantenimiento

*No más de 12 semanas con descenso gradual

Tratamiento

Enfermedad moderada a severa

En pacientes con intolerancia a tto convencional o corticorrefractoriedad:

- Biológicos
 - Infliximab
 - Adalimumab
 - Golimumab, Vedolizumab, Ustekinumab
- Pequeñas moléculas (Tofacitinib)

Enfermedad grave

1ra línea: Corticoides endovenosos

Si corticorresistencia:

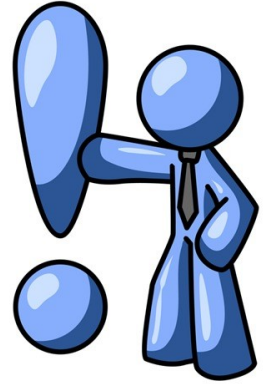
- Ciclosporina
- Infliximab
- Cirugía (Colectomía subtotal con pouch ileoanal)

Control y seguimiento

- Prevención, detección y tratamiento de osteoporosis. / Calcio y vitamina D.
- Detección de ansiedad / depresión
- Tamizaje CCR
- Detección anual de cáncer cervical para mujeres con EII en terapia inmunosupresora
- Examen anual de piel por dermatólogo
- Vacunación. Influenza / Antineumocócica

Conclusiones

- Enfermedad inflamatoria crónica que compromete mucosa colónica
- Diarrea disenteriforme /dolor abdominal
- Evolución clínica: exacerbaciones remisión.
- Descartar en empuje colitis por *C. difficile*.
- Tratamiento condicionado a gravedad y extensión de la enfermedad.
- La CUG es una urgencia médico-quirúrgica
- 20% de los pacientes precisarán una colectomía a lo largo de su vida
- Tamizaje de CCR , principal complicación a largo plazo.



Gracias

