

COLITIS ULCEROSA CRÓNICA INESPECÍFICA.  
GENERALIDADES Y DIAGNOSTICO CLÍNICO\*

DR. ADOLFO PARDO GILBERT\*\*

**L**A COLITIS ulcerosa crónica inespecífica es una enfermedad con inflamación aguda y crónica y ulcerativa del colon y del recto. Es un síndrome clínico-patológico con características propias, a pesar de que sus manifestaciones y su curso clínico son extraordinariamente variables.

La primera descripción del padecimiento se remonta a 1859 y, desde entonces, permanece desconocido el factor causal del padecimiento, por lo que es inevitable que la naturaleza de éste continúe siendo motivo de discusión.

El desconocimiento de la causa se refleja en la existencia de multitud de hipótesis etiológicas, algunas de las cuales se antojan muy atractivas; pero muy pocas han sido probadas experimentalmente en forma adecuada y ninguna de ellas ha sido plenamente demostrada.

Por otra parte, es de tenerse en cuenta la posibilidad de que en la etiología del síndrome intervengan varios factores asociados, o bien, que el padecimiento sea un estado anormal de la mucosa del colon, secundario a numerosas condiciones que inician el proceso degenerativo que en sí constituye la colitis ulcerosa.

Es difícil precisar la frecuencia general de este padecimiento; sin embargo, es más común de lo que se cree y su hallazgo parece ir en aumento. Afecta principalmente al adulto joven, de 20 a 40 años; pero es frecuente en niños y no es rara en adultos mayores de 50 años.

En cuanto al sexo, predomina en el femenino.

Desde el punto de vista epidémico, no es epidémica, infecciosa ni transmisible y su aparición en más de un miembro de una familia parece acercarse al 10 por ciento.

\* Trabajo de Sección (Cirugía General), leído por su autor en la sesión del 25 de abril de 1962.

\*\* Maestro en Ciencias, Gastroenterología, U.N.A.M. Profesor de Gastroenterología, Facultad de Medicina, U.N.A.M. Profesor Adjunto, Curso de Adiestramiento Clínico en Enfermedades del Colon y del Recto, Escuela de Graduados, U.N.A.M. Proctólogo del Hospital de Enfermedades de la Nutrición y del Instituto Mexicano del Seguro Social. Miembro de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. Miembro de la Sociedad Mexicana de Proctología.

En lo que concierne a sintomatología, el curso de la enfermedad es extremadamente variable y se caracteriza por remisiones y exacerbaciones que son casi imprevisibles; sin embargo, es notorio que a menudo las recaídas se asocian a estados de tensión emocional o a otras enfermedades.

La historia clínica revela una diarrea mucosanguinolenta, casi siempre de evolución prolongada. Un hecho interesante es que la diarrea ocurre tanto en la noche como durante el día y tiene tendencia a aparecer en forma periódica y, durante las remisiones, la evacuación se torna de caracteres normales. En ocasiones, las evacuaciones son tan frecuentes, que puede aparecer incontinencia.

En las primeras etapas de la enfermedad el dolor abdominal es casi constante, de tipo cólico, localización variable y, a menudo, se asocian meteorismo y tenesmo.

La anorexia es frecuente, sobre todo durante las etapas de actividad del padecimiento y, como resultado de la disminución de la ingestión calórica y aumento de su pérdida debido a la diarrea, en todos los pacientes hay pérdida de peso.

Aunque menos frecuentes, se encuentran también astenia y fiebre.

Si bien es cierto que la localización principal de la colitis ulcerosa está confinada a la porción terminal del tubo digestivo, puede haber manifestaciones extraintestinales que afectan principalmente la piel y las articulaciones, hallazgos que, en nuestro medio, han sido poco frecuentes.

Desde un punto de vista didáctico, resulta práctico dividir las complicaciones de la colitis ulcerosa en dos categorías: médicas y quirúrgicas, dependiendo de cuál sea su tratamiento principal.

Es de hacer notar que, en nuestro medio, también las complicaciones graves de la enfermedad, como lo son la variedad fulminante, la dilatación aguda del colon, la hemorragia profusa y el carcinoma son poco frecuentes.

El examen físico de los pacientes con colitis ulcerosa crónica no revela nada característico; sin embargo, hay ciertas manifestaciones locales y generales que llaman la atención. Por lo general se observan signos de pérdida de peso, deshidratación ligera, palidez y de avitaminosis. Los ruidos intestinales están aumentados y hay dolor a la presión, sobre todo en área de proyección de sigmoides y colon descendente. A menudo, el tacto rectal es doloroso.

Desde el punto de vista psíquico, el interrogatorio revela la asociación frecuente de choques emotivos y exacerbación de la colitis. La mayoría de los pacientes son angustiados, agresivos y sumamente dependientes. Algunos pacientes parecen estar sumamente adaptados a su enfermedad y muestran su interés por acaparar la atención, tanto del médico como de sus familiares, en quienes encuentran sobreprotección y dependencia absoluta.

Las pruebas de laboratorio más frecuentemente alteradas son la citología hemática (que muestra anemia casi siempre en la mitad de los casos, de tipos

normocítico, normocrómico o hipocrómico y aumento de la sedimentación globular).

En las heces, es frecuente el hallazgo de moco, pus y, por supuesto, sangre en cantidad variable. Se practican siempre exámenes coproparasitoscópicos y bacteriológicos. Los primeros son casi siempre negativos y en los segundos, se encuentra sólo el desarrollo de gérmenes de la flora intestinal normal.

Teniendo en cuenta las manifestaciones extraintestinales de la enfermedad, es conveniente practicar pruebas encaminadas a conocer si existe o no hipoalbuminemia, el funcionamiento hepático, renal y en ocasiones, suprarrenal. Por último, se recomienda también investigar la posible presencia de alergia a alimentos.

El diagnóstico diferencial se encamina a aquellos padecimientos en los que la diarrea es un síntoma predominante. Dada su frecuencia en nuestro medio, la proctocolitis amibiana es el diagnóstico diferencial más obligado y no es rara su asociación con la colitis inespecífica, por lo que el hallazgo de la amiba en las heces o en la secreción tomada directamente de la luz del recto, no descarta el diagnóstico de colitis ulcerosa inespecífica, el cual se confirma después del tratamiento adecuado de la amibiasis y la desaparición del parásito en las heces y en la secreción rectal.

La observación y vigilancia a largo plazo, tanto en las etapas de remisión como de exacerbación de los síntomas, ayudan a confirmar el diagnóstico de la colitis ulcerosa crónica inespecífica.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Esesarte, Gerardo de: *Colitis Ulcerosa Crónica Inespecífica. Generalidades, sintomatología y diagnósticos endoscópicos y de laboratorio*. Rev. de Gastroenterología de México, XXV, 301; 1960.
2. Strygler, Isaías: *Colitis Ulcerosa Crónica Inespecífica. Consideraciones clínicas sobre algunos aspectos peculiares. Experiencia en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición*. Rev. de Gastroenterología de México, XXV, 309; 1960.
3. Pardo Gilbert, Adolfo: *Colitis Ulcerosa Crónica Inespecífica. Tratamiento y experiencia con salicilazosulfapiridina*. Rev. de Gastroenterología de México, XXV, 331; 1960.
4. Kirsner, Joseph B.: *New Frontiers in Ulcerative Colitis (Simposio)*. Gastroenterology, Vol. 40, 287-369; 1961.
5. Hightower, Nicholas C.: *Chronic Ulcerative Colitis. I. Diagnostic Considerations*. Am. J. Dig. Dis. Vol. 3, 722; 1958.
6. Hightower, Nicholas C.: *Chronic Ulcerative Colitis. II. Complications*. Am. J. Dig. Dis. Vol. 3, 861; 1958.
7. Pardo Gilbert, Adolfo: *Colitis Ulcerosa Crónica Inespecífica. Aspectos clínicos y tratamiento médico*. Trabajo de Simposio leído en la sesión de la Sociedad Mexicana de Proctología, el 6 de abril de 1962.
8. Buie, Lous A.: *Practical Proctology*. Second Edition, 365. Charles C. Thomas, Publisher, 1960.
9. Turrell, Robert: *Diseases of the Colon and Anorectum*. W. B. Saunders Company. Vol. II, 658; 1959.
10. Coligher, J. C.: *Surgery of the Anus, Rectum and Colon*. Cassell, London. 652, 1961.