



EXPERIENCIA TERAPEUTICA DE CUCI EN EL SERVICIO DE COLON Y RECTO DEL HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "DR. JUAN I. MENCHACA.

Valenzuela-Pérez JA, Maciel-Gutiérrez VM, Centeno-Flores MW, Cervantes-Ortiz S, Figueroa-Becerra JH, Cardozo-Aguilar JC, Arellano-Pérez C, Gutiérrez-Andrade E, Maciel-Acevedo VH, Centeno-Reynoso M.

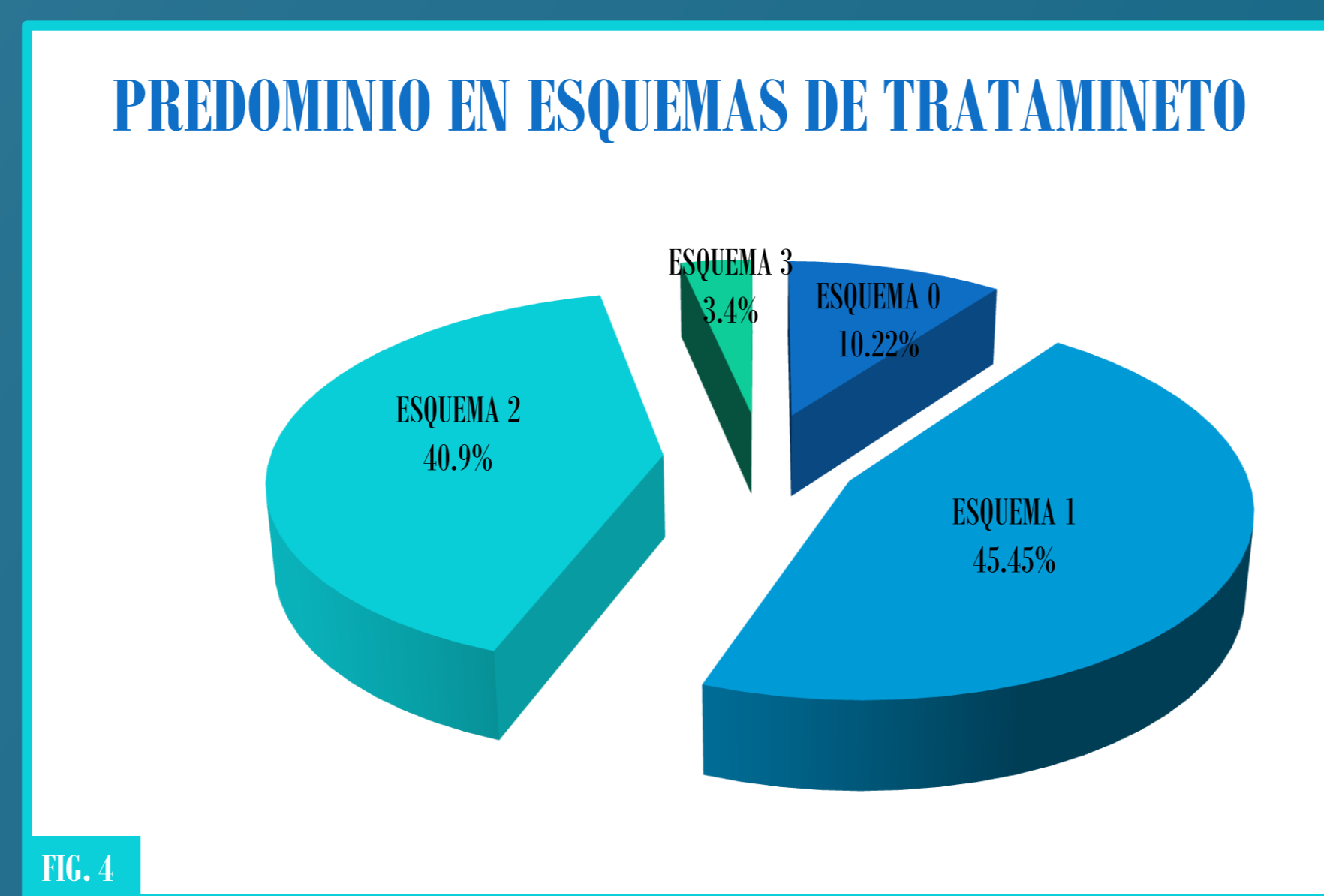
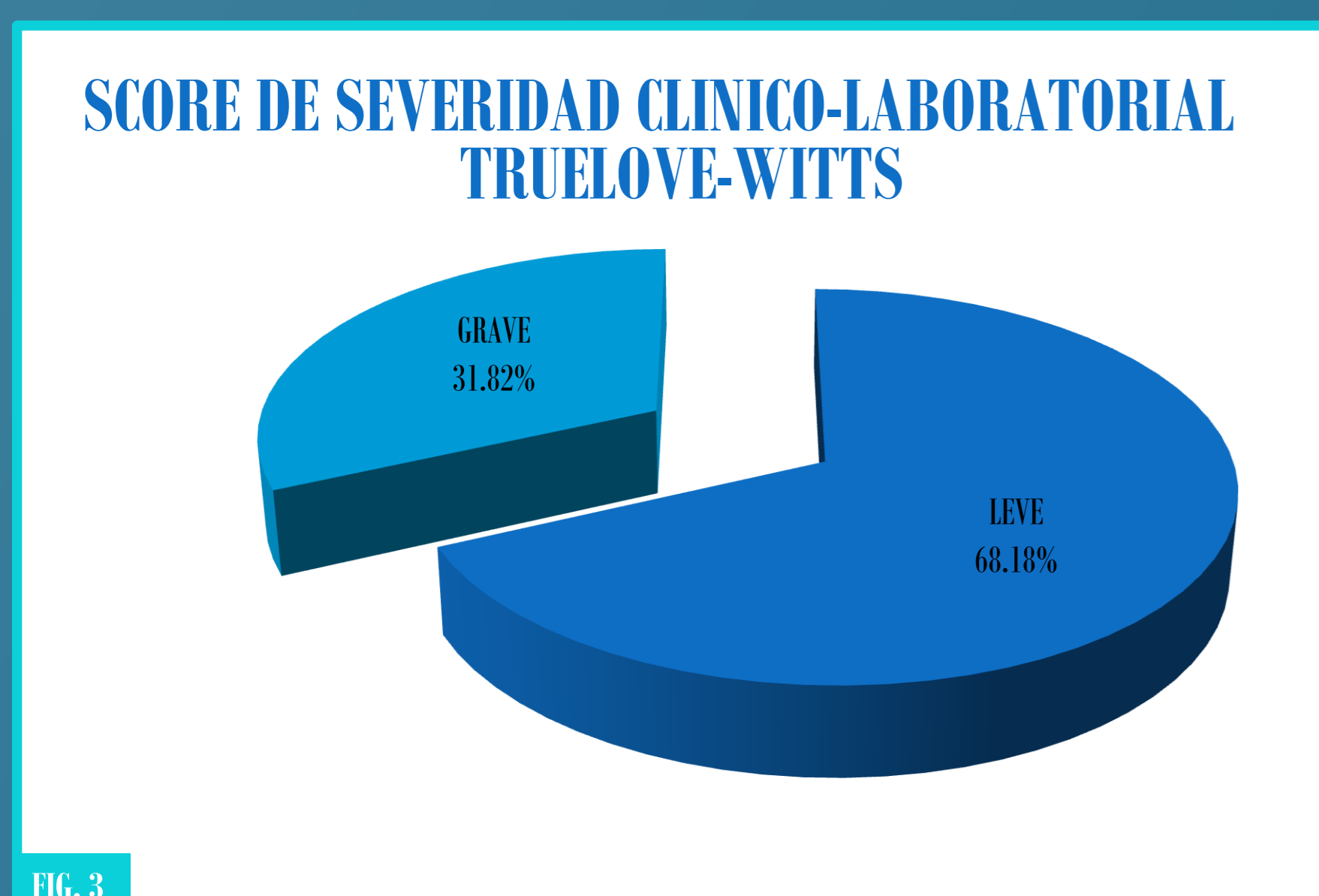
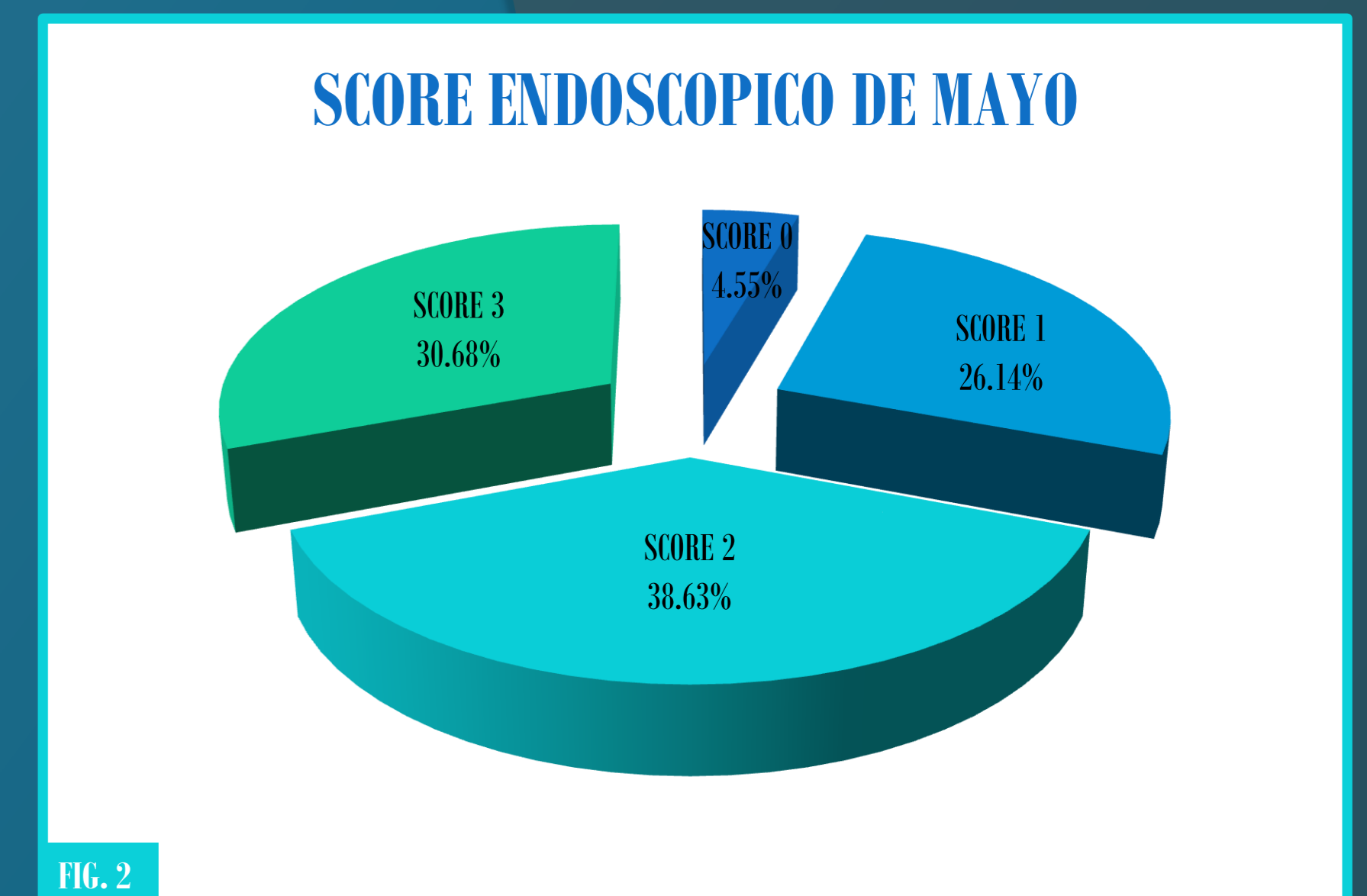
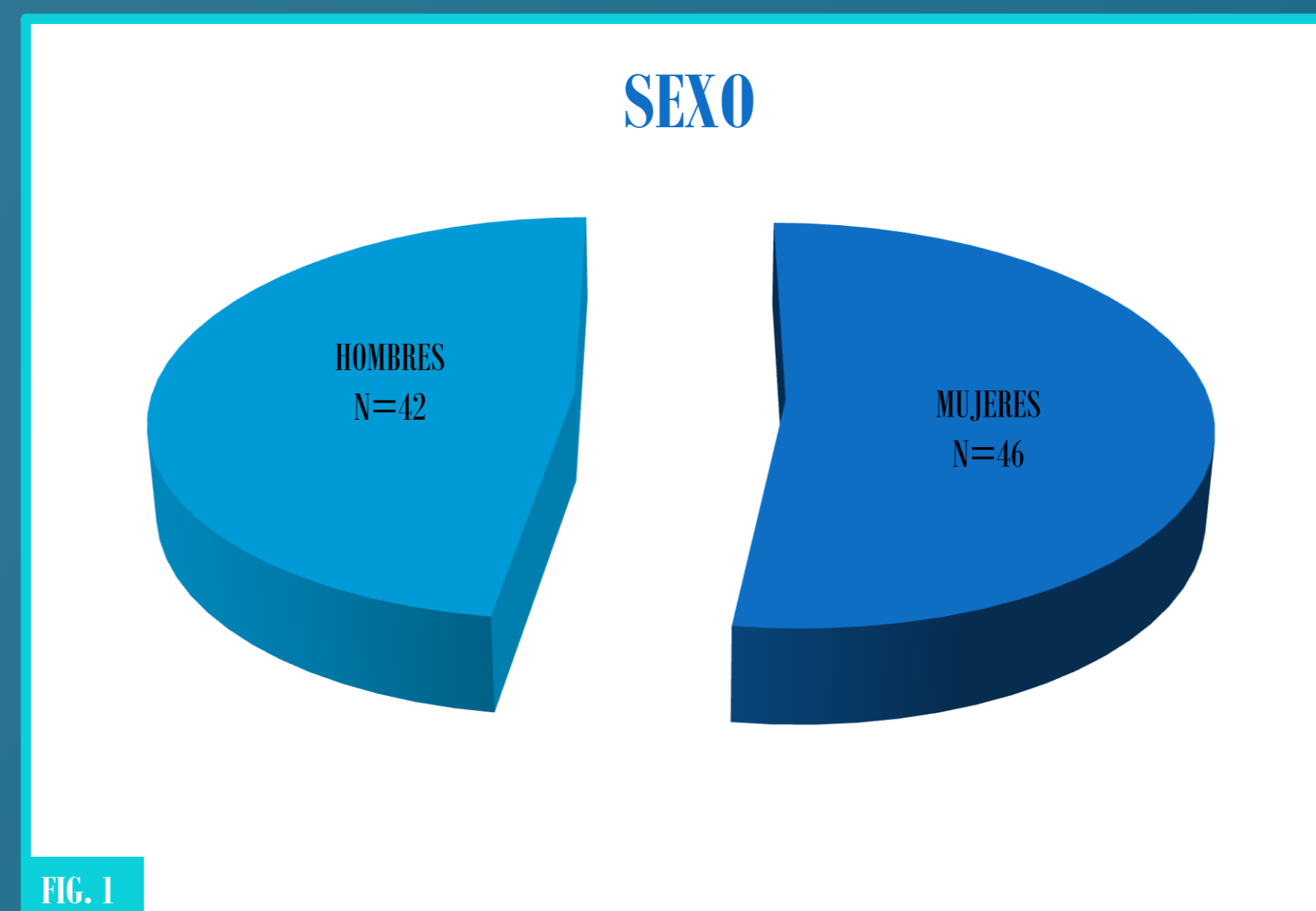
Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca".
Servicio de Colon y Recto.



INTRODUCCION: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un grupo de patologías crónicas inflamatorias de etiología desconocida que comprometen el tracto gastrointestinal, las cuales envuelven dos grandes entidades: Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica (CUCI) y la Enfermedad de Crohn (EC). La epidemiología de CUCI en Latinoamérica incluyendo México es todavía desconocida, algunos reportes han sugerido una incidencia baja y un curso moderado de la enfermedad. Solo se han reportado estudios no multicéntricos con estadísticas locales, siendo éstos principalmente por prevalencia en admisiones hospitalarias con reportes de 2.6 casos por cada 1,000 admisiones hospitalarias y de 74 casos por cada 1,000 pacientes atendidos en un servicio de Gastroenterología. El tratamiento inicial en la mayoría de los pacientes es a base de medicamentos orales, entre los más utilizados se encuentran los antiinflamatorios derivados del ácido 5-aminosalicílico (5-ASA; sulfasalazina y mesalazina) y los esteroides, también pueden utilizarse inmunosupresores ó inmunomoduladores. El tipo de medicamento y la vía de administración dependerá del grado de actividad inflamatoria valorado por un patrón anatomoclínico y endoscópico de presentación.

OBJETIVO: Describir la experiencia terapéutica de CUCI en el servicio de colon y recto del Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca" de Enero de 1998 a Diciembre del 2010, describiendo la presentación clínica y la respuesta terapéutica en base a mejoría clínica y endoscópica; así como la morbi-mortalidad.

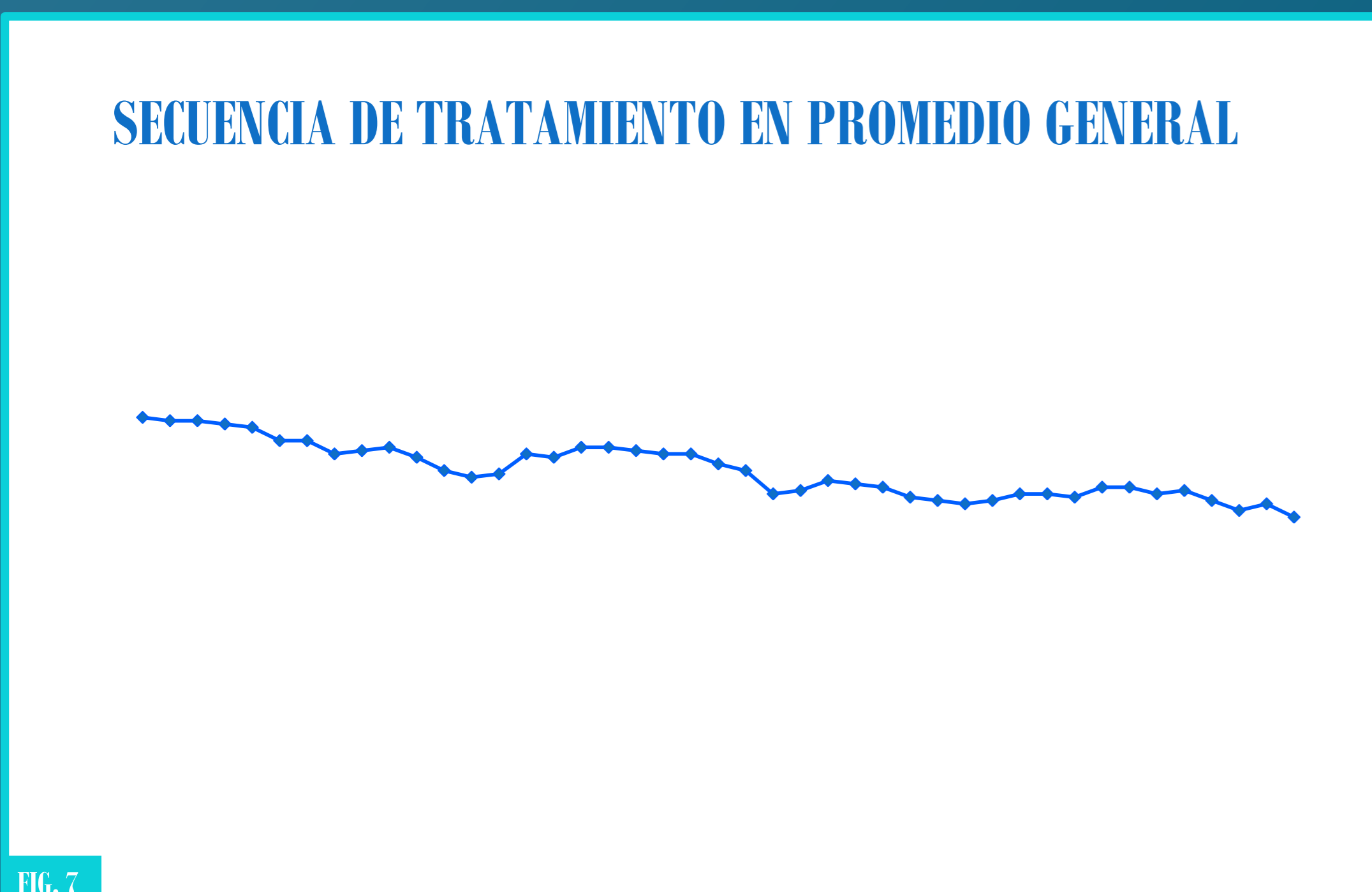
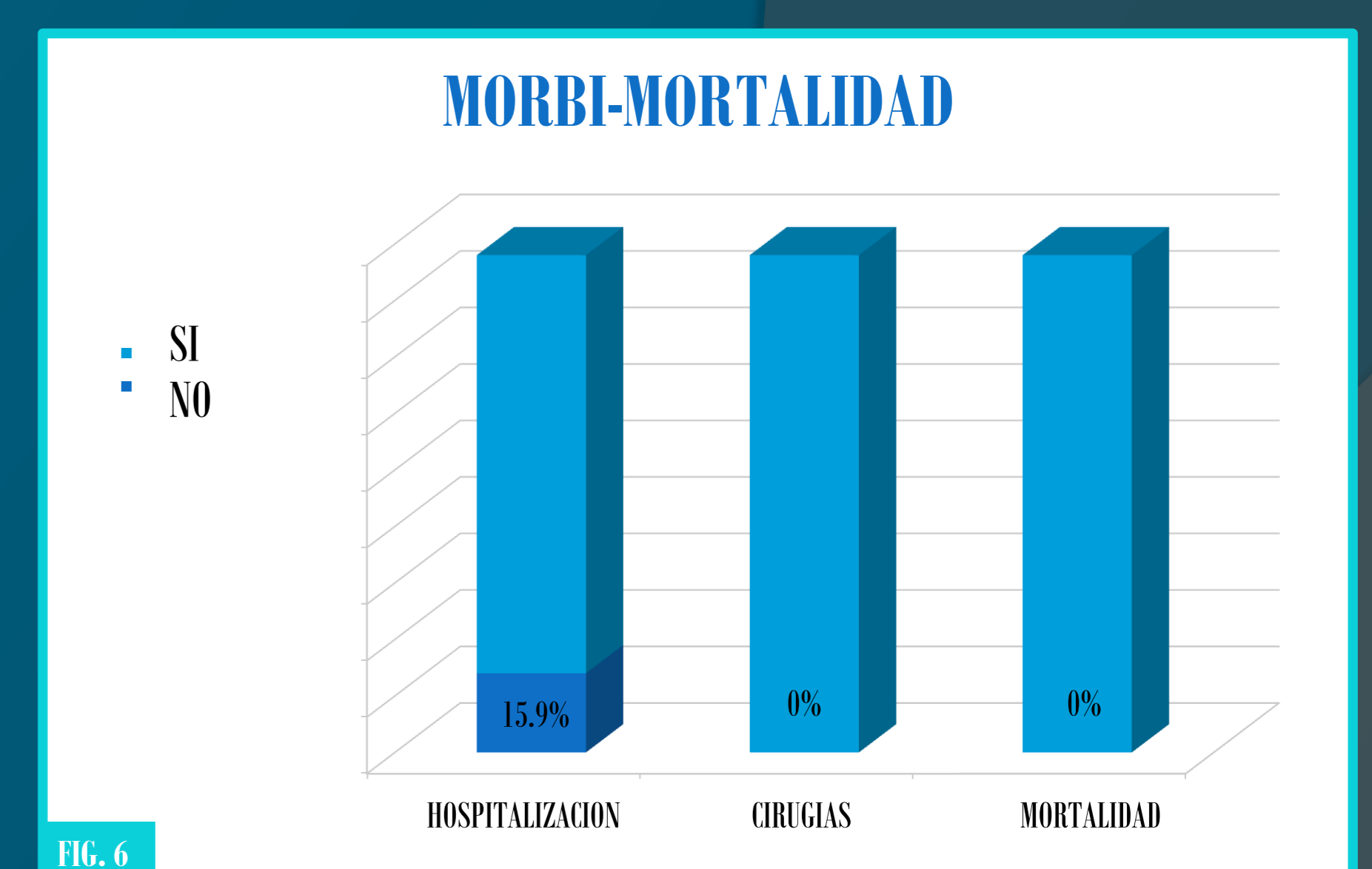
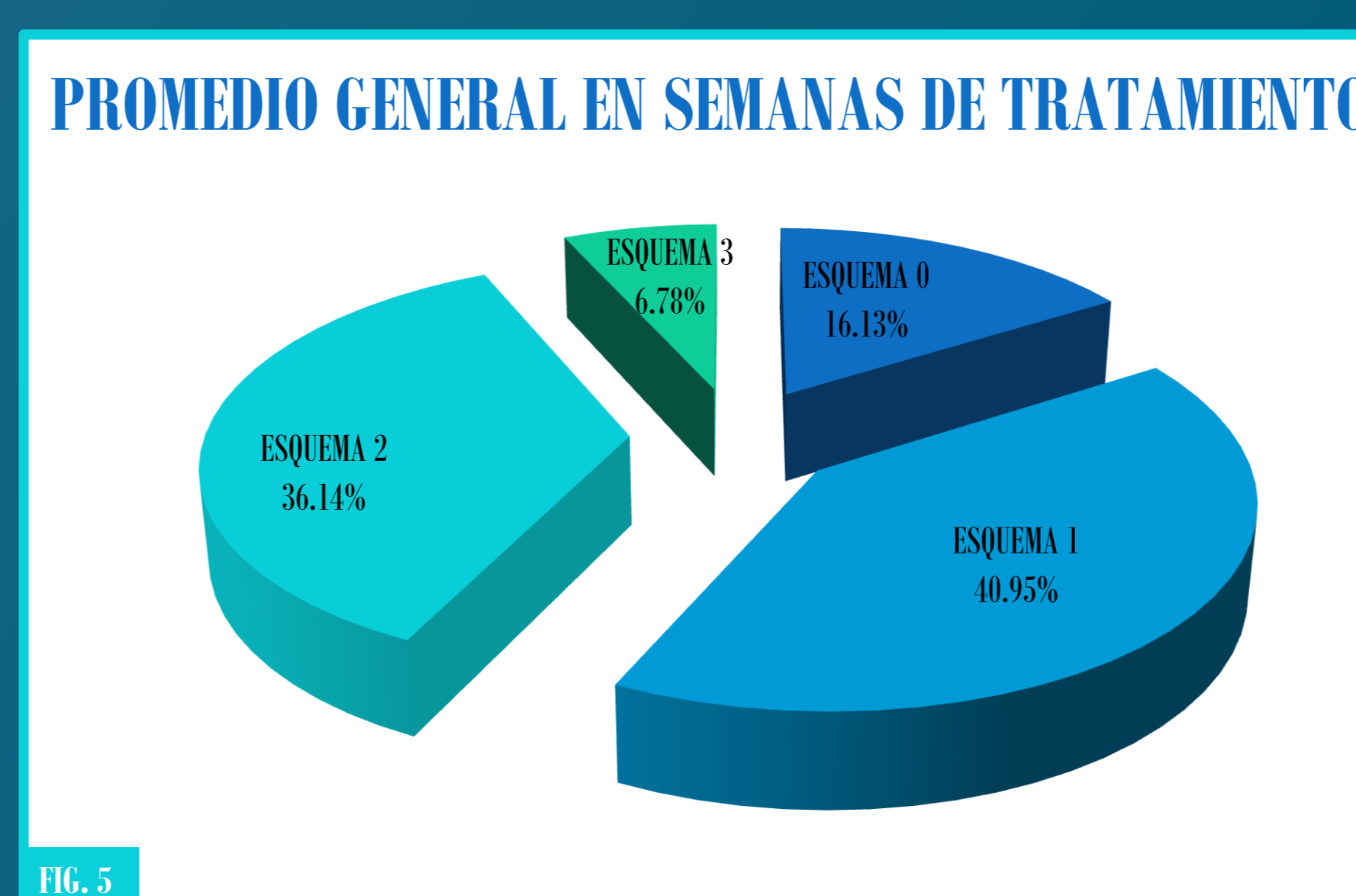
MATERIAL Y METODOS: Se incluyeron a todos los pacientes ingresados al servicio de colon y recto con el diagnóstico histopatológico de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica, con expediente completo y en consultas subsecuentes. Se revisaron las variables epidemiológicas como edad y sexo; las clínicas, como el Índice de Severidad Endoscópica de MAYO y el Índice de Severidad Clínica y Laboratorial de TrueLove-Witts; Adicionalmente se evaluaron hospitalizaciones, cirugías ó si hubo muerte a causa de CUCI. Así como la secuencia por número de semanas en base a esquemas de tratamiento:



0=Sin tratamiento específico (con probióticos, medidas higiénico-dietéticas). 1=LEVE- Supositorios de mesalazina 250mg/día y/o ASA-5 hasta 1000mg VO por día. 2=MODERADO- ASA-5 de 1.5gr hasta 3gr VO por día con o sin Azatioprina de 25 a 100mg VO por día con o sin Corticoide (enema de retención Hidrocortisona 100mg ó Dexametasona 8mg/día.) Con o sin Prednisona de 5 a 20mg VO por día. 3=GRAVE- ASA-5 de 4 a 8gr VO por día con prednisona 25mg al día o más (1mg/kg/día VO) ó hidrocortisona 300 hasta 1500mg IV por día ó Dexametasona 24mg IV por día, Azatioprina más de 100mg por día (1.5mg/kg/día).con o sin Ciprofloxacino 500mg IV c/12hrs ó Levofloxacino 1gr. IV c/24hrs. ó con esquema alternativo para bacterias anaerobias. Los cuales se analizaron en conjunto con porcentajes de semanas de tratamiento y en que esquema se encontraban en cada una de ellas. Para esto se realizaron mediciones en porcentaje, y medidas de tendencia central.

RESULTADOS: De los 88 pacientes estudiados, 46 fueron mujeres y 42 fueron hombres con una relación 1.09:1. (Fig. 1). La edad promedio fue de 46 años teniendo una máxima de 81 y una mínima de 17 años. Al diagnóstico el 4.55% (n=4) contaban con un Score 0 del Índice Endoscópico de Severidad de Mayo, un 26.14% (n=23) tenían un Score 1, otro 38.63% (n=34) un Score 2 y el 30.68% (n=27) un Score 3. (Fig. 2) En el Índice de Severidad Clínica y Laboratorial (TrueLove-Witts), 68.18% (n=60) se encontraban en nivel Leve y el 31.82% (n=28), en el grave. (Fig. 3). En cuanto a la evolución del tratamiento, se vio que el 45.45% (n=40) de los pacientes predominaron en el esquema 1 de tratamiento, además un 40.9% (n=36) predominaron en un esquema 2 de tratamiento, un 10.22% (n=9) estuvieron en el esquema 0 y solo un 3.4% (n=3) estuvieron en el 3. (Fig. 4).

Analizando el total de semanas en porcentaje de todos los pacientes se obtuvo que un 40.95% de las semanas los pacientes estuvieron en esquema 1, un 36.14% en esquema 2, otro 16.13% en el 0 y solo un 6.78% de las semanas en el 3. (Fig. 5). Refiriéndose a la morbi-mortalidad solo un 15.9% (n=14) requirió hospitalización a causa de su enfermedad, ninguno requirió cirugía y hubo 0% de mortalidad a causa de CUCI. (Fig. 6).



DISCUSION: Basándose en la terapéutica empleada en los pacientes de nuestro servicio, tenemos que el 45.45% (n=40) se encuentran en mantenimiento con un esquema 1, y se refuerza con la estadística de porcentaje de semanas en la que se encuentra el esquema 1 con el 40.95% de éstas. Aun así, es importante enfatizar que los pacientes que se predominaron en esquema 2, (que son el siguiente nivel en frecuencia con un 40.9%) de éstos el 85%, solo fueron ubicados en este nivel únicamente por tener dosis de mesalazina mayor a 1 gr. por día sin tener otros medicamentos agregados, como azatioprina y/o corticoides. En cuanto a la secuencia de tratamiento se expresa en la figura 7, se ve en promedio general como los esquemas van de un nivel 3 a un nivel 1. Por otro lado encontramos un porcentaje bajo de hospitalización, y nulo de cirugías y mortalidad; No correspondiendo con las características de severidad y esquema de tratamiento empleados en otros lugares, como Europa y Norteamérica.

CONCLUSIONES: Según nuestra experiencia, podemos considerar que la CUCI tiene un comportamiento clínicamente menos severo en nuestros pacientes, logrando mejor control con esquemas de tratamiento a dosis mas bajas y menos medicamentos que los requeridos en otros lugares del mundo.

BIBLIOGRAFIA:
 *Abraham C, Cho J. Inflammatory Bowel Disease. N Engl J Med 2009;361(21): 2066-2073. *Castillo D, Rosas J, Serrano A, Amezcua L. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2005;10(2):10-20. *Vergara O, Takahashi T, Gonzalez U. Conceptos Actuales en Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica. Cir Gen 2006;28(1):42-49. *Yamamoto J. Clinical Epidemiology of Ulcerative Colitis in Mexico. A Single Hospital-based Study in 20-year Period (1987-2006). J Clin Gastroenterol 2009;43(3):221-224. *Hurtado H, et al. Guías Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento de la Colitis Ulcerativa Crónica Idiopática (CUCI). Tratamiento Médico. Rev Gastroenterol Mex 2007;72(3):302-304. *Sanjurjo J, et al. Guías Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento de la Colitis Ulcerativa Crónica Idiopática (CUCI). Diagnóstico. Imagen. Rev Gastroenterol Mex 2007;72(3):300-301. *Perez J, et al. Guías Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento de la Colitis Ulcerativa Crónica Idiopática (CUCI). Tratamiento de la CUCI leve a moderada. Inducción de Remisión y su Mantenimiento. Rev Gastroenterol Mex 2007;72(3):305-308. *Bosques F, et al. Guías Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento de la Colitis Ulcerativa Crónica Idiopática (CUCI). Tratamiento de la CUCI Grave y Conducta de Seguimiento para Evaluar el Riesgo de Cáncer. Rev Gastroenterol Mex 2007;33:309-319.