

# Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI)

## MESA 3. Tratamiento médico

**Coordinador:** Dr. Humberto Hurtado-Andrade

**Participantes:** Dra. Angélica Hernández-Guerrero, Dr. Catarino García-Díaz, Dr. Domingo Nava-Muciño, Dr. Juan Francisco Rivera-Ramos, Dr. Manuel Vallejo-Soto

### ¿POR QUÉ Y CÓMO DEBO EVALUAR LA GRAVEDAD DEL CUADRO?

La gravedad de la enfermedad se debe evaluar porque permite determinar si el tratamiento debe ser ambulatorio o intrahospitalario, seleccionar los fármacos que deben emplearse, elegir las dosis óptimas, definir en qué momento se deben modificar las dosis o cambiar los medicamentos, evaluar la respuesta terapéutica, elegir el personal participante en el estudio y tratamiento, estratificar los pacientes en proyectos de investigación, comparar los resultados de investigaciones clínicas, estimar el pronóstico a corto y a largo plazo, prever el riesgo de mala evolución o de necesidad de colectomía y predecir repercusiones en el entorno del enfermo.

La gravedad de la EII se evalúa objetivamente mediante diversos índices de actividad, de los cuales algunos utilizan parámetros clínicos, bioquímicos, endoscópicos, radiológicos o histológicos. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que los síntomas del paciente no son un indicador confiable de la actividad de la enfermedad, que existe poca correlación entre los síntomas y el grado de inflamación observado en la endoscopia

y entre la remisión clínica y la mejoría endoscópica, que la endoscopia puede ser de utilidad para clasificar la extensión de la inflamación, pero que los datos endoscópicos no necesariamente se correlaciona con el grado de inflamación histológica y que la colonoscopia subestima la extensión de la enfermedad en comparación con la histología y que no siempre hay paralelismo entre las alteraciones histológicas y el cuadro clínico.

Por estas razones, la evaluación debe hacerse de manera objetiva y aunque no existe un criterio estandarizado, la gravedad de la enfermedad se puede evaluar mediante algunos índices de actividad, de los cuales los más usados y más recomendables son el índice de Truelove y Witts, el índice de actividad clínica de la Clínica Mayo y el índice de actividad de colitis ulcerativa. **Nivel 3. Recomendación C.**

El índice de Truelove y Witts<sup>1</sup> toma en cuenta síntomas, signos y estudios de laboratorio. La gravedad de la enfermedad se determina en el *cuadro 1*.

Los pacientes con menos de seis criterios de actividad tienen actividad moderada.

Aunque este índice es una evaluación cualitativa, se usa con frecuencia por su simplicidad y es de utilidad clínica, pero no permite una discriminación suficiente

**CUADRO 1**  
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

	Leve	Grave
Número de evacuaciones diarias	≤ 5	> 5
Hematoquezia	Pequeñas cantidades	Grandes cantidades
Temperatura	< 37.5 °C	≥ 37.5 °C
Pulso	< 90/min	≥ 90/min
Velocidad de sedimentación globular	< 30 mm/h	≥ 30 mm/h
Hemoglobina	> 10 g/dL	≥ 10 g/dL

Moderada: Intermedia entre leve y grave.

en los estudios clínicos debido a que la variedad moderada tiene un rango amplio de gravedad, de tal modo que si por ejemplo la moderada mejora pero sin llegar a ser leve, podría pensarse que el tratamiento no ha sido de beneficio a pesar de la mejoría clínica.

El índice de actividad clínica, también llamado índice Mayo o calificación sintomática de colitis ulcerativa, calcula la gravedad de una manera sencilla y toma en cuenta la frecuencia de evacuaciones, la hemorragia rectal, los hallazgos de la endoscopia y la valoración global médica. A cada uno se dan de 0 a 3 puntos, con puntuación global variable de 0 a 12. Las puntuaciones más altas indican mayor gravedad.<sup>2</sup>

El índice de actividad de colitis ulcerativa descrito por Sutherland y cols.<sup>3</sup> es un índice elaborado específicamente para investigaciones clínicas e incluye tres parámetros clínicos y uno endoscópico. El índice se calcula mediante la suma de cuatro parámetros a los cuales se asignan puntuaciones de 0 a 3, siendo de 12 la más grave:

a) Frecuencia de evacuaciones:

- 0: normal
- 1: 1 a 2 evacuaciones por día más que lo normal.
- 2: 3 a 4 evacuaciones por día más que lo normal.
- 3: más de 4 evacuaciones por día más que lo normal, con base en el promedio de los últimos 3 días.

b) Hemorragia rectal:

- 0: negativa.
- 1: trazas de sangre.
- 2: sangre franca.
- 3: sangre principalmente, usando el episodio de hemorragia más intenso en los últimos 3 días de un periodo.

c) Aspecto endoscópico de la mucosa:

- 0: normal.
- 1: eritema, red vascular disminuida, friabilidad leve, mínima granularidad.
- 2: friabilidad, eritema marcado, no vascularización, erosiones, pus.
- 3: ulceración, hemorragia espontánea, pus.

d) Valoración médica global:

- 0: sin enfermedad activa.
- 1: enfermedad leve.
- 2: enfermedad moderada.
- 3: enfermedad grave.

De acuerdo con la suma de puntajes, la actividad de la enfermedad se clasifica como sigue: 0-2, nula o leve; 3-5, discreta; 6-8, moderada y 9-12, grave. La remisión se ha definido como una puntuación menor de 2 y la mejoría como una disminución del índice de 2 o más puntos en relación con la basal.

Por otra parte, algunos parámetros clínicos, radiológicos o endoscópicos han sido identificados como factores predictivos de evolución a mayor gravedad o de la necesidad de colectomía: a) datos clínicos y de laboratorio: alteraciones de conciencia,<sup>4</sup> pulso mayor de 120 x min, fiebre mayor de 38 °C, ruidos intestinales disminuidos,<sup>5</sup> hipoalbuminemia,<sup>6</sup> alcalosis metabólica (pH > 7.5; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> ≥ 32 mmol/L) o desequilibrio electrolítico (Ca<sub>2+</sub> < 2 mmol/L; Cl<sub>-</sub> < 95 mmol/L; K<sup>+</sup> < 2.5 mmol/L),<sup>7</sup> PCR > 45 mg/L;<sup>8</sup> b) radiografía simple de abdomen: islotes mucosos, dilatación colónica, úlceras colónicas profundas<sup>5</sup> o distensión de intestino delgado (amenaza de megacolon),<sup>9</sup> y c) características endoscópicas: úlceras colónicas profundas.<sup>10</sup>

### ¿DEBO INDICAR MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ESPECIALES?

No hay medidas higiénicas específicas. Sin embargo, es recomendable respetar los cambios de estilo de vida del paciente que le sean benéficos, proporcionar información cuidadosa, material escrito o audiovisual, ayuda de grupos de apoyo y relación con otros miembros del grupo de salud, solicitar facilidades en el entorno del enfermo (escolares, laborales) y ofrecer el apoyo de enfermeras especializadas y terapia de grupo en pacientes con estomas.

En cuanto a las medidas dietéticas, se recomienda evitar los alimentos que causan molestias al enfermo, en fase aguda de la enfermedad tomar una dieta balanceada, con escasa fibra, en cuatro o cinco tomas, sin lácteos (**Recomendación D**), en la fase de remisión, dieta con abundante fibra (**Recomendación D**), si hay deficiencia de lactosa evitar los lácteos (**Recomendación D**), evitar o disminuir las carnes rojas,<sup>11</sup> evitar el consumo de alcohol, (**Recomendación B**), disminuir el pescado, nueces, huevo y alimentos con conservadores como pan, cerveza, bebidas alcohólicas, salchichas y frutas secas (**Recomendación D**), consumir de vitamina C y frutas (**Reco-**

**mendación D)**, consumir prebióticos mediante dieta con fibra resistente<sup>12</sup> para aumentar la población de *Bifidobacillus* y *Lactobacillus* en el colon y aumentar las concentraciones de butirato (**Recomendación D**) y administrar prebióticos<sup>13</sup> (**Recomendación C**).

### EL ESQUEMA INICIAL: 5-ASA VS. ESTEROIDES

El tratamiento inicial es a base de derivados del ácido 5-aminosalicílico (5-ASA) a dosis de 2 a 4.8 gramos<sup>14</sup> (**Evidencia 1. Recomendación A**). La sulfasalazina se ha empleado durante muchos años, es igualmente efectiva que los nuevos 5-ASA para inducir la remisión clínica<sup>15</sup> y aunque tiene la ventaja de ser más barata, tiene más efectos colaterales<sup>16</sup> y es menos efectiva para inducir la mejoría endoscópica.

En pacientes con enfermedad extensa, el tratamiento combinado de mesalazina 4 g/día por vía oral y mesalazina 1 g/día por vía rectal es más efectivo que el tratamiento oral solo,<sup>17</sup> por lo cual se considera que debe ser el tratamiento de elección de primera línea. (**Evidencia 2. Recomendación B**).

Los corticoides no se emplean como tratamiento inicial de la enfermedad leve.

### EL FACTOR DOSIS: ¿EXISTE UNA CONDUCTA ESTABLECIDA Y EFECTIVA EN CUANTO A DOSIS-RESPUESTA?

La respuesta al tratamiento sí depende de las dosis. La dosis óptima de mesalazina es de 2 a 4.8 g/día para la administración oral y de 1 g/día para la administración rectal.<sup>18,19</sup> (**Evidencia 1. Recomendación A**).

### EL FACTOR TIEMPO: ¿CUÁNDO DEBO INCREMENTAR, CAMBIAR O SUSPENDER LOS MEDICAMENTOS?

Las dosis de los medicamentos se deben incrementar cuando existe reactivación de la enfermedad o cuando no se logra la inducción de la remisión con las dosis óptimas.

Los medicamentos se deben cambiar cuando no se logra la inducción de la remisión con dosis máximas de un medicamento, cuando lograda la remisión se desea evitar la reactivación de la enfermedad a largo plazo con medicamentos menos tóxicos, cuando aparecen efectos adversos, cuando se presenta reactivación de la enfermedad, cuando falta apego al tratamiento, cuando el pa-

ciente tiene preferencia por otra presentación del medicamento o por razones económicas.

Se recomienda no suspender nunca el medicamento, aunque pudiera interrumpirse en enfermos con lesiones distales quienes, después de lograda la remisión, permanecen asintomáticos por lo menos dos años y en aquellos que se han sometido a proctocolectomía.

### REFERENCIAS

1. Truelove SC, Witts LJ. Cortisone in ulcerative colitis; preliminary report on a therapeutic trial. *Br Med J* 1954; 2(4884): 375-8.
2. Naber AHJ, de Jong DJ. Assessment of disease activity in inflammatory bowel disease; relevance for clinical trials. *Neth J Med* 2003; 61: 105-10.
3. Sutherland LR, Martin F, Greer S, Robinson M, Greenberger N, Saibil F, et al. 5-Aminosalicylic acid enema in the treatment of distal ulcerative colitis, proctosigmoiditis, and proctitis. *Gastroenterology* 1987; 92: 1894-8.
4. Jalan KN, Sircus W, Card WI, Falconer, Bruce CB. An experience of ulcerative colitis. *Gastroenterology* 1969; 57: 68-82.
5. Lennard-Jones JE, Ritchie JE, Hilder W, Spicer CC. Assessment of severity in colitis: a preliminary study. *Gut* 1975; 16: 579-84.
6. Choquet A, Yamamoto-Furusho JK, Vargas-Vorácková F, Uscanga L, Reyes E, Takahashi-Monroy T. Predictores de colectomía en enfermos con colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI). Análisis de una cohorte de 184 casos. *Rev Invest Clin* 2004; 56(1): 11-15.
7. Caprilli R, Frieri G, Latella G, Vernia P, Frieri G. Multiple organ dysfunction in ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 1258-62.
8. Travis SP, Farrant JM, Ricketts C, Nolan DJ, Mortensen NM, Kettlewell MG, Jewell DP. Predicting outcome in severe ulcerative colitis. *Gut* 1969; 38: 905-10.
9. Caprilli R, Vernia P, Colaneri O, Torsoli A. Blood pH: a test for assessment of severity on proctocolitis. *Gut* 1976; 17: 763-9.
10. Buckell NA, Williams GT, Bartram CI, Lennard-Jones JE. Depth of ulceration in acute colitis. Correlation with outcome and clinical and radiological features. *Gastroenterology* 1980; 79: 19-25.
11. Jowett SL, Seal CJ, Pearce MS, et al. Influence of dietary factors on the clinical course of ulcerative colitis: a prospective cohort study. *Gut* 2004; 53: 1479-84.
12. Hallert C, Bjorck I, Nyman M, et al. Increasing fecal butyrate in ulcerative colitis patients by diet: controlled pilot study. *Inflamm Bowel Dis* 2003; 9: 116-21.
13. Guslandi M, Giollo P, Testoni PA. A pilot trial of *Saccharomyces boulardii* in ulcerative colitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2003; 15(6): 697-8.
14. Sutherland LR, May GR, Shaffer EA. Sulfasalazine revisited: a meta-analysis of 5-aminosalicylic acid in the treatment of ulcerative colitis. *Ann Int Med* 1993; 118: 540-9.
15. Sutherland L, MacDonald JK. Oral 5-aminosalicylic acid for induction of remission in ulcerative colitis. The Cochrane Library. The Cochrane Collaboration; 2007, Vol. 2.
16. Sulfasalazine intolerance: a retrospective study of the reasons for discontinuing treatment with sulfasalazine in patients with chronic inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol* 1982; 17: 389-93.
17. Marteau P, Probert CS, Lindgren S, Gassul M, Tan TG, Dignass A, Befrits R, et al. Combined oral and enema treatment with Pentasa (mesalazine) is superior to oral therapy alone in patients with extensive mild/moderate active ulcerative colitis: a randomized, double blind, placebo controlled study. *Gut* 2005; 54(7): 960-5.
18. Sutherland L, MacDonald JK. Oral 5-aminosalicylic acid for induction of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 3: CD000543.
19. Cohen RD, Woseth DM, Thisted RA, et al. A meta-analysis and overview of the literature on treatment options for left-sided ulcerative colitis and ulcerative proctitis. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 1263-76.