

## A LA VEJEZ, COLITIS

Dr. Ignacio Lasierra Lavilla<sup>1</sup> / Dra. Julien Paola Caballero Castro<sup>1</sup> / Dr. Mario Nicolás Albani Pérez<sup>2</sup> / Dra. Gemma Boloix Peiro<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel

<sup>2</sup> Servicio de Neumología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

<sup>3</sup> Centro de Salud Teruel Ensanche. Teruel

### RESUMEN

La Colitis Ulcerosa se trata de una inflamación crónica de la mucosa del colon, que se inicia en el recto y puede extenderse a lo largo del colon. Su etiología es multifactorial y suele aparecer entre los 30 y los 40 años, aunque puede aparecer en pacientes de mayor edad. Su clínica más habitual son deposiciones diarreicas y dolor abdominal, aunque también puede presentar manifestaciones extraintestinales. Para el diagnóstico son importantes los hallazgos endoscópicos e histológicos. El tratamiento se realiza con inmunosupresores y en casos refractarios podemos usar fármacos biológicos o realizar intervenciones quirúrgicas.

A continuación, se presenta un caso de un varón de 86 ingresado por un cuadro de 15 días de evolución caracterizado por deposiciones líquidas con presencia de sangre roja escasa llegando hasta 8-10 veces al día, hiporexia progresiva y deterioro del estado general, que fue estudiado en el servicio de medicina interna, llegando al diagnóstico de colitis ulcerosa.

### PALABRA CLAVE

Colitis Ulcerosa, vejez, enfermedad inflamatoria intestinal

### ABSTRACT

Ulcerative colitis is a chronic inflammatory disease that affects the colon. It starts in the rectum and extends to proximal segments of the colon. The pathogenesis is multifactorial and most commonly afflicting adults aged 30–40 years, although it may appear in older patients. The most prominent manifestation is bloody diarrhea and abdominal pain, although it can also present extraintestinal manifestations. The diagnosis is based on endoscopic findings and histology. The treatment is based on immunosuppressant and in refractory cases, biological drugs or surgery can be used or performed.

Next, a case of an 86-year-old man admitted with a period of 15-days of liquid stools with the presence of scant red blood reaching up to 8-10 times a day, hyporexia and deterioration of general condition, that was studied in internal medicine and diagnosed as ulcerative colitis.

### KEY WORDS

Ulcerative colitis, elderly, inflammatory bowel disease

## INTRODUCCIÓN

La Colitis Ulcerosa se trata de una inflamación crónica de la mucosa del colon, que se inicia en el recto y puede extenderse a lo largo del colon de forma continua. Su etiología es multifactorial, existiendo una predisposición genética, defectos en la barrera epitelial, alteraciones del sistema inmune y factores ambientales<sup>1</sup>.

La edad más frecuente de aparición es entre los 30 y los 40 años, sin predominio por género. Su incidencia esta aumentando en los últimos años, especialmente en los países más industrializados<sup>1,2</sup>.

Las manifestaciones clínicas más habituales son deposiciones diarreicas, dolor abdominal y tenesmo. También pueden aparecer manifestaciones extraintestinales hasta en un tercio de los pacientes como la artritis, la colangitis esclerosante o el pioderma gangrenoso. Entre sus complicaciones destacan el megalocolon (que aumenta el riesgo de perforación intestinal) y la aparición de tumores intestinales<sup>1,3,4</sup>.

Para el diagnóstico nos basamos en una combinación de síntomas, elevación de reactantes de fase aguda (PCR y VSG), hallazgos endoscópicos e histológicos<sup>1,3</sup>.

El tratamiento se basa en conseguir la remisión de los síntomas con corticoides y fármacos inmunosupresores y en evitar la aparición de nuevos brotes, para lo que usamos principalmente los 5-ASA (ácido 5 aminosalicílico) como la Mesalazina. En los últimos años, con la aparición de los fármacos biológicos, han surgido nuevas alternativas para los casos refractarios como los anti TNF-alfa, el Tocilizumab, el Ustekinumab y el Vedolizumab. En caso de enfermedad muy severa o de complicaciones se puede optar por un tratamiento quirúrgico<sup>1,3</sup>.

En los pacientes que tienen un debut en edades más avanzadas, la historia de la enfermedad es similar a cuando debuta en la juventud, pero si que cambia a la hora de hacer el diagnóstico, ya que es muy importante descartar infecciones concomitantes (por *C. difficile* o Citomegalovirus), y las opciones terapéuticas son menores, debido a la polimedicación del anciano y a las posibles interacciones que puedan surgir con los tratamientos empleados para el tratamiento de la colitis ulcerosa<sup>4,5</sup>.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 86 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, fibrilación auricular en tratamiento anticoagulante, enfermedad de Alzheimer con deterioro cognitivo leve, aneurisma aórtico y enfermedad renal crónica estadio<sup>3</sup>. Fue intervenido quirúrgicamente de amigdalectomía y exéresis de quiste hidatídico hepático.

Vive con su esposa e hija, dependiente parcial para actividades básicas de vida diaria (precisa ayuda para aseo), deambula con ayuda de bastón, niega incontinencias y disfagia.

Acudió a urgencias remitido por su médico de atención primaria (MAP) por un cuadro de 15 días de evolución caracterizado por deposiciones líquidas con presencia de sangre roja escasa llegando hasta 8-10 veces al día, hiporexia progresiva y deterioro del estado general. Fue valorado previamente por su MAP quien pauta tratamiento con ciprofloxacino 500mg cada 12 horas y Ultra-levura 100mg cada 8 horas sin mejoría, motivo por el cual lo remite a urgencias. No presentó fiebre, náuseas ni vómitos.

A la exploración, destaca abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, peristaltismo presente, no masas ni megalias, cicatriz de intervención previa (quiste hidatídico), sin defensa abdominal ni signos de irritación peritoneal, en el tacto rectal se objetivaron restos de heces en ampolla rectal con pequeños hilos de sangre sin rectorragia. No lesiones palpables en el recto ni en el esfínter anal.

En la analítica inicial realizada en urgencias destaca la elevación de la PCR (73.6 mg/L) e hipopotasemia leve (3.3 mEq/L), sin presencia de anemia, ni alteraciones de la coagulación u otras alteraciones hidroelectrolíticas. Durante su estancia en planta persiste PCR elevada de 119.3mg/L y deposiciones diarreicas. Se le realizaron 2 determinaciones para *Clostridium difficile* siendo ambas negativas y un coprocultivo compatible con flora comensal habitual. También se le realizó una ecografía abdominal sin resultados significativos.

Ante la persistencia de síntomas se inicia tratamiento con Metronidazol sin objetivar mejoría, por lo que se solicita colonoscopia. En la colonoscopia se observó colitis difusa desde

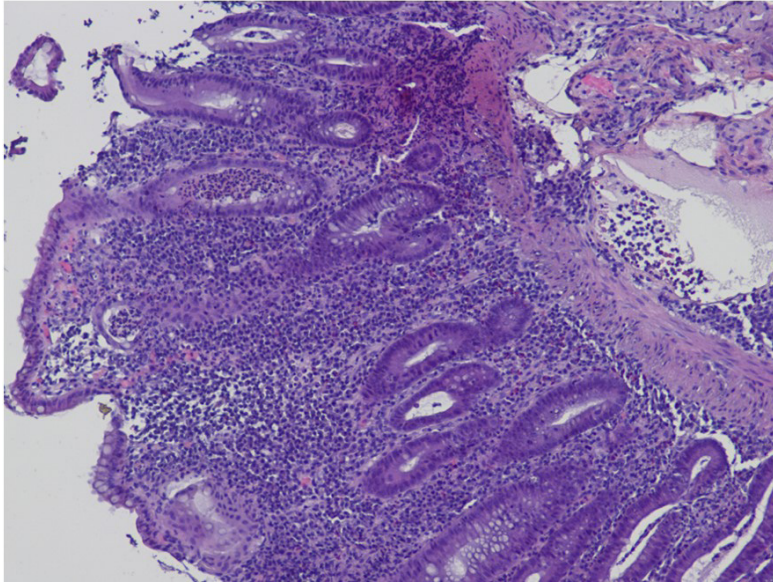


Fig. 1. Mucosa colónica con marcado componente inflamatorio y distorsión de la arquitectura glandular.

ángulo hepático hasta recto, con edema y membranas aisladas en sigma, cuyo estudio anatomopatológico fue diagnóstico de Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) compatible con colitis ulcerosa en fase activa (Fig. 1 y 2).

Se inicia tratamiento con corticoides a dosis elevadas consiguiendo una importante mejoría clínica, con disminución del número de deposiciones, desaparición de sangre en estas y mejoría analítica con disminución de la PCR. Posteriormente fue derivado a CCEE Digestivo.

## DISCUSIÓN

El aumento de casos de colitis ulcerosa que debutan en edades avanzadas en los países más industrializados nos sugiere que los factores ambientales juegan un importante papel en estos pacientes<sup>2</sup>. Además, no suele existir historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal en contraposición con los que debutan en edades más tempranas, similar a lo referido por nuestro paciente<sup>6</sup>.

En algunos países se ha observado que existe un segundo pico de incidencia de debut colitis ulcerosa en pacientes mayores de 60 años<sup>4</sup>, y que en este caso hay una mayor prevalencia de varones, como nuestro paciente, a diferencia de cuando se produce el debut entre los 30 y los 40 años que es más frecuente en mujeres<sup>6</sup>.

En cuanto a la clínica vemos que en los ancianos es menos frecuente la enfermedad severa<sup>2</sup>. Algunos estudios mencionan que esto podría estar relacionado con el envejecimiento del sistema inmune y por consiguiente menor frecuencia de manifestaciones extraintestinales propias de la enfermedad<sup>5</sup>. Como nuestro paciente que presentó únicamente deposiciones diarreicas con restos de sangre.

El diagnóstico en los pacientes ancianos lo realizamos de forma similar a la habitual, agrupando clínica, elevación de reactantes de fase aguda, colonoscopia e histología. Aunque

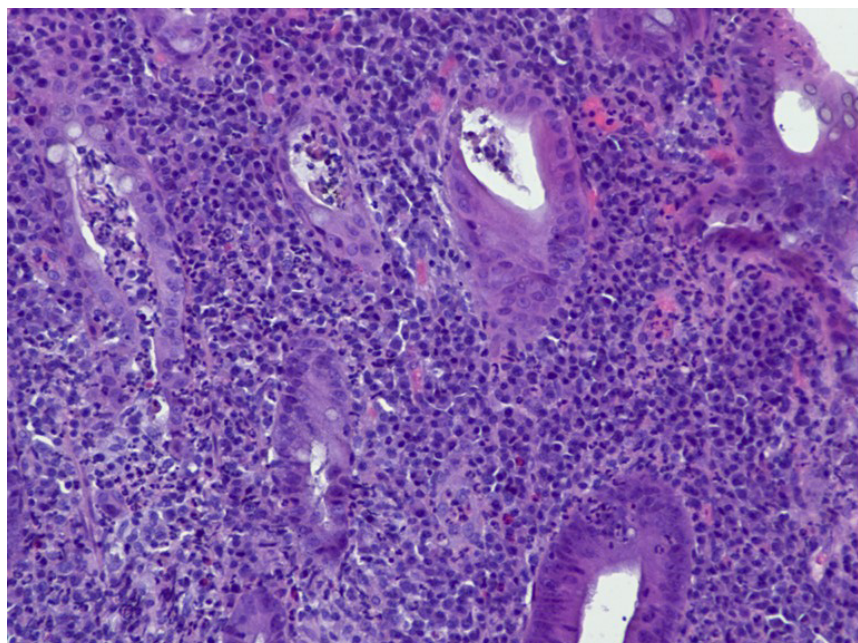


Fig. 2. Mucosa colónica con marcado componente inflamatorio: linfocitos, células plasmáticas, neutrófilos y eosinófilos.

## Notas Clínicas

es de especial importancia descartar infecciones intestinales como *Clostridium difficile*, *Campylobacter* o *E. coli*<sup>4</sup>. Nuestro caso cuenta con un coprocultivo normal y con 2 determinaciones de *C. difficile* negativas. Aunque en un primer momento la colonoscopia parecía compatible con colitis pseudomembranosa, la histología nos dio el diagnóstico definitivo de colitis ulcerosa.

En lo que respecta al tratamiento, si encontramos ciertas diferencias en los pacientes

de mayor edad, ya que la presencia de un mayor número de comorbilidades, así como la polimedición de muchos de ellos, limita las alternativas terapéuticas. Esto también conlleva a que el número de pacientes mayores que requieren cirugía es mayor comparado con los más jóvenes<sup>4,5,7</sup>. En nuestro caso se comenzó la primera línea de tratamiento con corticoides a dosis elevadas, consiguiendo una importante mejoría clínica y analítica.

### BIBLIOGRAFIA

1. Ulcerative colitis. Ryan Ungaro, Saurabh Mehandru, Patrick B Allen, Laurent Peyrin-Biroulet, Jean-Frédéric Colombel. 2017.
2. Factores pronósticos en colitis ulcerosa de reciente diagnóstico. Gonzalo Pizarro, Rodrigo Quera, Carolina Figueroa. 2017.
3. Ulcerative Colitis—Diagnostic and Therapeutic Algorithms. Torsten Kucharzik, Sibylle Koletzko, Klaus Kannengiesser, Axel Dignass. 2020.
4. Management of elderly ulcerative colitis in Japan. Masaaki Higashiyama, Akira Sugita, Kazutaka Koganei, Kenji Wanatabe, Yoko Yokoyama, Motoi Uchino, Masakazu Nagahori, Makoto Naganuma, Shigeki Bamba, Shingo Kato, Ken Takeuchi, Teppei Omori, Tomohisa Takagi, Satohiro Matsumoto, Mitsuo Nagasaka, Shintaro Sagami, Kazuya Kitamura, Takehiko Katsurada, Ken Sugimoto, Noritaka Takatsu, Masayuki Saruta, Toshiyuki Sakurai, Kazuhiro Watanabe, Shiro Nakamura, Yasuo Suzuki, Ryota Hokari. 2019.
5. Elderly-onset vs adult-onset ulcerative colitis: a different natural history?. Irene Zammarchi, Francesco Lanzarotto, Rosanna Cannatelli, Francesca Munari, Federica Benini, Alessandro Pozzi, Alberto Lanzini, Chiara Ricci. 2020
6. Impact of the age of diagnosis on the natural history of ulcerative colitis. Tiago Cúrdia Gonçalves, Francisca Dias de Castro, Joao Firmino Machado, Maria Joao Moreira, Bruno Rosa, José Cotter. 2015
7. Guía GETECCU 2020 para el tratamiento de la colitis ulcerosa. Elaborada con metodología guía GRADE GETECCU para el tratamiento de la colitis ulcerosa. Beatriz Sicilia. 2020.