



■ Artículo original

Epidemiología y características clínicas de la colitis ulcerosa crónica idiopática en el noreste de México

Bosques-Padilla FJ,¹ Sandoval-García ER,¹ Martínez-Vázquez MA,¹ Garza-González E,² Maldonado-Garza HJ.¹

1 Servicio de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González.

2 Departamento de Microbiología, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L., México.

Recibido el 24 de junio de 2010; aceptado el 05 de noviembre de 2010.

■ Resumen

Antecedentes: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende dos entidades: la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC). La prevalencia e incidencia de estas entidades clínicas varían ampliamente en función de etnicidad y localización geográfica. Históricamente, la EII se ha considerado como una enfermedad rara en México.

Objetivo: Determinar la frecuencia de nuevos casos de CUCI y sus características clínicas en un hospital de tercer nivel del noreste de México.

Métodos: Se realizó un estudio epidemiológico,

Palabras clave: Enfermedad inflamatoria intestinal, colitis ulcerativa, incidencia, colon, México.

■ Abstract

Background: Inflammatory Bowel Disease (IBD) comprises two entities: Ulcerative Colitis (UC) and Crohn Disease (CD). The incidence and prevalence vary widely in relation to ethnicity and demographic localization. Historically it has been considered a rare disease in Mexico.

Objective: To determine the frequency of new UC cases and their clinical characteristics in a referral hospital of North-Eastern Mexico.

Methods: An epidemiological, descriptive and retrospective study was made which included newly diagnosed patients with UC in a five years period.

Keywords: Inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, incidence, colon, Mexico.

descriptivo, en forma retrospectiva, que incluyó a los pacientes evaluados y diagnosticados con CUCI en un periodo de cinco años.

Resultados: La tasa ajustada de pacientes diagnosticados con CUCI al número de ingresos por año, fue de 2.3, 2.6, 3.0, 3.6 y 4.1/1000 ingresos de 2004 a 2008. La media de nuevos casos de CUCI se duplicó en 2008, comparado con año 2004 ($p < 0.05$). De los pacientes con CUCI, 55% presentaron enfermedad leve, 30% presentaron enfermedad moderada y 15% enfermedad grave. De los pacientes, 50% manifestaron pancolitis, 21% presentó colitis izquierda o distal y 29%, proctitis ulcerosa. Otros aspectos clínicos de la CUCI correspondieron a los descritos previamente.

Conclusiones: La frecuencia de nuevos pacientes diagnosticados con CUCI ha incrementado significativamente en este centro de referencia en los cinco años estudiados.

Results: The adjusted rate of patients diagnosed with UC to the number of admissions for year was 2.3, 2.6, 3.0, 3.6 and 4.1/1000 admissions between 2004 and 2008. The rate of newly diagnosed patients with UC has doubled in the year 2008 compared with the year 2004 ($p < 0.05$). Fifty five percent of the patients showed mild disease, 30% showed moderate disease and 15% showed severe disease. Fifty percent of the patients had pancolitis, left sided colitis was present in 21% and 29% of the patients just had proctitis. Other clinical aspects of UC corresponded to those previously described.

Conclusion: The frequency of new patients diagnosed with UC has significantly increased in this tertiary-care referral hospital for the last five years.

■ Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un término genérico que incluye a la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), a la enfermedad de Crohn (EC) y a la colitis indeterminada, las cuales están bien definidas en cuanto sus aspectos clínico-patológicos. La etiología de estas enfermedades no se ha comprendido del todo. Se ha propuesto que en individuos genéticamente condicionados, algunos factores ambientales están involucrados en la patogénesis de la enfermedad, lo cual conduce a un desequilibrio en el sistema inmune gastrointestinal.¹

La mayor incidencia y prevalencia EII se ha señalado en el norte de Europa, Reino Unido y Estados Unidos de América, que son las regiones geográficas a las cuales se ha ligado históricamente. Sin embargo, en los últimos años se ha informado un aumento en la incidencia y prevalencia de EII en otras áreas del mundo como lo son Europa central, Europa del sur, Asia, África y Latinoamérica.² En los Estados Unidos de América, la incidencia

de CUCI es de 2.2 a 14.3 casos, la de EC es de 3.1 a 14.6 y la prevalencia de CUCI es de 37 a 246 y la EC de 26 a 201; en todos los casos, estos datos son por año y por 100 mil habitantes.^{2,3} En Europa, la incidencia es mayor, con aproximadamente 8.7 a 11.8 para CUCI y de 3.9 a siete para EC, por 100 mil habitantes. En este continente, las tasas de CUCI y EC son 40% y 80% más altas en el norte que en el sur, respectivamente.⁴ De acuerdo a lo anterior, la EII es considerada una enfermedad de los países desarrollados.

Los cambios epidemiológicos que suceden cuando una sociedad ejerce la transición entre estar en desarrollo a ser desarrollado, han permitido comprender mejor la patogénesis de la EII. Se ha observado que con el desarrollo y la modernización de una población específica, la EII emerge principalmente como CUCI; ya posteriormente, se da el incremento en EC, después de un periodo de tiempo variable.⁵

En América Latina existen pocos informes sobre la epidemiología de EII, aunque se ha sugerido una menor incidencia y un curso de enfermedad

más leve.⁶ En Puerto Rico, se ha informado una incidencia de 12.5 para CUCI y 5.9 para EC por 100 mil habitantes, por año.⁷ En México, recientemente se publicó un aumento en la incidencia de CUCI en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán en la última década, con 76 pacientes diagnosticados por año, comparada con la década anterior, con promedio de 28 pacientes por año.⁸

El objetivo principal de este estudio fue determinar la frecuencia de nuevos pacientes diagnosticados con CUCI en un periodo de cinco años en un hospital de tercer nivel del noreste de México, así como describir las características clínicas del CUCI en la población de este centro.

■ Métodos

Población de estudio: El Hospital Universitario Dr. José E. González es un hospital de tercer nivel; centro de referencia, ubicado al noreste de México, con una extensión territorial que asciende a 451.30 kilómetros cuadrados. Se incluyeron los pacientes que ingresaron al hospital en el periodo de enero de 2004 a diciembre de 2008, a quienes se les estableció el diagnóstico de CUCI; estos datos fueron utilizados para calcular el aumento en la frecuencia de la institución.

Para las características clínicas, además de los pacientes del hospital, también fueron incluidos pacientes referidos por otros centros con diagnóstico inicial de CUCI. Todos fueron evaluados bajo los mismos criterios corroborando el diagnóstico y evaluados por los mismos investigadores.

Diseño del estudio: Se realizó un estudio epidemiológico, descriptivo y retrospectivo. Se seleccionaron todos los pacientes que fueron hospitalizados con diagnóstico de probable CUCI y a los cuales se les confirmó el diagnóstico de esta enfermedad. Se recopilaron los datos de los expedientes médicos y se excluyeron los pacientes de los que no se contaba con suficiente información en el expediente.

El diagnóstico de CUCI se realizó utilizando los criterios de Lennard-Jones que incluyen: a) evolución de la enfermedad; b) síntomas clínicos; c) apariencia de la mucosa durante la colonoscopia, y; d) el informe anatomopatológico de las biopsias.⁹ Se recopilaron datos clínicos, demográficos y de evolución para determinar, entre otros aspectos, la severidad de la enfermedad, según la escala de Truelove y Witts;¹⁰ la extensión de la

enfermedad, según la clasificación de Montreal,¹¹ así como si se requirió de tratamiento quirúrgico.

Análisis estadístico: Se utilizó análisis descriptivo expresado en medias y porcentajes. Los casos nuevos se reportaron como frecuencia por año. Se utilizó la prueba de *Ji cuadrada* y el programa SPSS 16.0 para el análisis de datos y el valor para significancia se determinó como <0.05 .

■ Resultados

Pacientes y frecuencia: Se incluyeron 104 pacientes con diagnóstico presuntivo de EII: 75 CUCI, seis EC, nueve con colitis indeterminada y en 14 pacientes el reporte de patología fue colitis aguda inespecífica, por lo cual fueron excluidos del estudio. De los 75 pacientes diagnosticados con CUCI, se excluyeron 13 pacientes, ya que no se contó con datos suficientes en el expediente médico, quedando un total de 62 pacientes diagnosticados con CUCI durante el periodo del estudio.

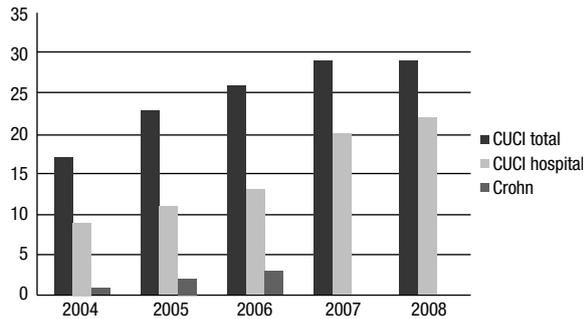
Para realizar el análisis de las características clínicas de CUCI se incluyeron a los 45 pacientes diagnosticados en el medio privado para completar un total de 107 pacientes con CUCI.

La frecuencia de nuevos pacientes diagnosticados con CUCI mostró una tendencia al incremento en los últimos cinco años (**Figura 1**). La tasa ajustada de pacientes diagnosticados con CUCI al número de ingresos al servicio de medicina interna por año fue de 2.3, 2.6, 3.0, 3.6 y 4.1/1000 ingresos de 2004 a 2008, respectivamente. La media de nuevos casos casi se duplicó en los últimos cinco años (2004 a 2008) de 17 a 29 casos por año ($p < 0.05$). La frecuencia se incrementó 1.7 veces, comparando los años 2004 y 2008.

Características clínicas del CUCI: En el análisis de las características clínicas de la CUCI, hubo una proporción similar entre mujeres y hombres (52% y 48% respectivamente). Con respecto a la edad de presentación de la enfermedad, la mayoría de los diagnosticados se encontró entre la tercera y quinta década de vida (**Figura 2**). Adicionalmente, la evolución de la enfermedad al momento del ingreso fue mayor de cinco semanas en 56% de los pacientes, ocho semanas de sintomatología en 42%. Solamente en 18% de los casos se realizó diagnóstico en las primeras dos semanas de evolución.

Los síntomas predominantes en los pacientes fueron hematoquezia ($n = 102$, 95%), dolor abdominal ($n = 78$, 73%) y fatiga ($n = 57$, 53%).

■ **Figura 1.** Frecuencia de EII diagnosticada en el Hospital Universitario Dr. José E. González, UANL, en el periodo de 2004 a 2008. Tasa ajustada al número de ingresos fue 2.3, 2.6, 3.0, 3.6 y 4.1/1000 ingresos durante los cinco años de estudio.



Por el contrario, la frecuencia de pérdida de peso ($n = 37$, 35%), fiebre ($n = 33$, 31%) y tenesmo ($n = 25$, 23%) fue baja. La manifestación extra-intestinal más frecuente fue la artralgia periférica (14%). Cincuenta y nueve pacientes con CUCI presentaron enfermedad leve (55%), 32 presentaron enfermedad moderada (30%) y 16 presentaron enfermedad severa (15%).

Con respecto a la extensión de la enfermedad de CUCI según la clasificación de Montreal, la mitad de los pacientes presentó pancolitis, mientras que la otra mitad estuvo dividida entre colitis izquierda o distal (21%) y proctitis ulcerosa (29%).

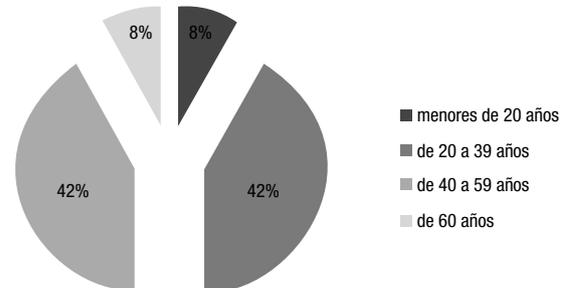
Necesidad de cirugía: Un total de 14 (13%) pacientes con CUCI fueron sometidos a tratamiento quirúrgico y 11 de ellos (79%) presentaron pancolitis al ingreso. Únicamente tres (21%) pacientes, presentaron colitis izquierda y ninguno de los que presentaron proctitis ulcerosa requirió cirugía.

Tratamiento médico: Los medicamentos 5-ASA fueron utilizados para el tratamiento de 103 pacientes con CUCI (96%), mientras que 34 enfermos (32%) utilizaron esteroides por largo plazo. El uso de inmunosupresores fue menos común y sólo 14 (13%) tuvieron tratamiento a largo plazo con azatioprina.

■ Discusión

La información con respecto a la epidemiología y aspectos clínicos de la EII en países latinoamericanos es escasa y hasta hace poco, algunos informes

■ **Figura 2.** Edad de presentación de CUCI. La gran mayoría de pacientes presentó la enfermedad entre la tercera y quinta década de vida.



habían sugerido una menor incidencia y un curso clínico más leve en pacientes con CUCI.⁶ Los datos de este estudio provienen de una ciudad desarrollada e industrializada del noreste de México y los resultados sugieren un incremento en la frecuencia de nuevos pacientes diagnosticados con CUCI en los cinco años analizados. Por el contrario, la frecuencia de EC se ha mantenido estable y sin casos reportados en los últimos dos años. Se ha señalado que el CUCI emerge primero entre las enfermedades inflamatorias cuando en una sociedad se dan el desarrollo y la modernización. Con base a esto, es de esperarse que en la próxima década la incidencia de la EC se incremente en la población estudiada.⁵

Al igual que el incremento de la frecuencia observada en este trabajo, Yamamoto-Furusho informó en otra publicación en México que la frecuencia de nuevos pacientes diagnosticados con CUCI se ha incrementado significativamente en la última década en comparación con la década anterior⁸ y que la posible explicación para este aumento en la incidencia es el estilo de vida occidentalizado, en términos de hábitos alimentarios, además de la mejora en el diagnóstico de la enfermedad.^{8,12}

De forma similar a otros estudios epidemiológicos, en este trabajo no hubo diferencia en la distribución de la enfermedad en relación con el sexo. Además, a 80% de los pacientes se les realizó el diagnóstico entre la tercera y quinta década de vida, dato similar al encontrado en el otro estudio de población mexicana.⁸ Sin embargo, no obedece

a la descripción tradicional que sugiere dos picos de edad de presentación de CUCI.

La mayoría de pacientes fueron diagnosticados con CUCI después de tener más de cinco semanas de evolución. Una posible explicación de este periodo de tiempo es que en nuestro país, las infecciones intestinales con disentería no son raras y frecuentemente son tratadas de manera empírica. Además, debido a su muy baja prevalencia la CUCI no es la primera opción en el diagnóstico diferencial en los pacientes que presentan estos síntomas.

Más de la mitad (55%) de los pacientes con CUCI incluidos en el estudio, presentaron enfermedad leve según los criterios de Truelove y Witts. En 30% de los pacientes, se presentó enfermedad moderada, y en 15% severa. Esta clasificación, la cual es simple y útil en la práctica clínica, se puede aplicar mejor a los pacientes con enfermedad extensa y probablemente no refleja adecuadamente la severidad de la enfermedad en los pacientes con colitis limitada, además de que no toma en cuenta los hallazgos endoscópicos para clasificar la severidad.¹³

La mitad de los pacientes con CUCI se presentaron con pancolitis o clasificación E3 de Montreal. Este hallazgo puede tener sesgo, ya que ingresaron al servicio de medicina interna solamente aquellos pacientes con enfermedad grave, por lo que es posible que no se incluyeran pacientes con enfermedad leve. Sin embargo, en otro estudio en población mexicana, 59% de los pacientes se presentaron con pancolitis.⁸ Otros estudios en hispanos realizados en Puerto Rico, informaron resultados diferentes entre ellos: Nguyen y colaboradores¹⁴ señalaron que 80% de los pacientes presentaba pancolitis, mientras que Moreno y colaboradores^{15,16} informaron que sólo 14% de los pacientes tenían esta extensión de la enfermedad. Los datos encontrados en este estudio son similares a lo observado en Japón, Líbano y Kuwait con un rango de 40% a 45% de pacientes con pancolitis, mientras que en otros países asiáticos, como China, Corea del Sur, Irán e Israel, menos de 25% de los pacientes presentan la afección de todo el colon.¹⁷

Entre las limitaciones de nuestro estudio, cabe mencionar que se trata de una serie de casos retrospectiva, lo que implica que algunos pacientes no pudieron ser incluidos por información insuficiente en los expedientes; debido a ello, no fue

posible evaluar otras características clínicas y demográficas importantes del CUCI. En cuanto a la frecuencia de nuevos casos de CUCI, existe sesgo relacionado a que el dato obtenido se basó en pacientes que fueron hospitalizados y no se incluyeron pacientes externos.

En conclusión, el incremento en la frecuencia de pacientes diagnosticados con CUCI observado en nuestro medio, parece reflejar un aumento; sin embargo, consideramos que se requiere de estudios de epidemiología prospectivos de alta calidad, que formen parte de un registro nacional. Con respecto a la gravedad y la extensión del padecimiento, el CUCI en la población estudiada muestra una conducta agresiva.

Referencias

1. Torres MI, Rios A. Current view of the immunopathogenesis in inflammatory bowel disease and its implications for therapy. *World J Gastroenterol* 2008;14:1972-1980.
2. Loftus EV Jr. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology* 2004;126:1504-17.
3. Kappelman MD, Rifas-Shiman SL, Kleinman K, et al. The prevalence and geographic distribution of Crohn's disease and ulcerative colitis in the United States. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5:1424-1429.
4. Shivananda S, Lennard-Jones J, Logan R, et al. Incidence of inflammatory bowel disease across Europe: is there a difference between north and south? Results of the European Collaborative Study on Inflammatory Bowel Disease (EC-IBD). *Gut* 1996;39:690-697.
5. Shanahan F, Bernstein CN. The evolving epidemiology of inflammatory bowel disease. *Curr Opin Gastroenterol* 2009;25:301-305.
6. Garrido A, Martínez MJ, Ortega JA, et al. Estudio epidemiológico de la enfermedad inflamatoria intestinal en la zona norte de Huelva. *Rev Esp Enferm Dig* 2004;96:687-694.
7. Gímera CS, Aladrén BS. Inflammatory bowel diseases: A disease (s) of modern times? Is incidence still increasing? *World J Gastroenterol* 2008;14:5491-5498.
8. Yamamoto-Furusho JK. Clinical epidemiology of ulcerative colitis in Mexico. A single hospital-based study in a 20 year period (1987-2006). *J Clin Gastroenterol* 2009;43:221-4.
9. Lennard-Jones JE. Classification of inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol* 1989;170:2-6.
10. Truelove SC, Witts LJ. Cortisone in ulcerative colitis final report on a therapeutic trial. *BMJ* 1955;2:1041-8.
11. Satsangi J, Silverberg MS, Vermeire S, Colombel JF. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. *Gut* 2006;55:749-53.
12. Salas SD, Heifetz R, Barrett-Connor E. Intestinal parasites in Central American immigrants in the United States. *Arch Intern Med* 1990;150:1514-1516.
13. Su C, Lichtenstein G. Ulcerative Colitis. In: Sleisenger M, Feldman M, Friedman L, Brandt L, editores. *Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and liver disease textbook*. 8a. Edición. Canada: Editorial Saunders. 2006; pp:2499-2538.
14. Nguyen GC, Torres EA, Regueiro M, et al. Inflammatory bowel disease characteristics among African Americans, Hispanics and non-Hispanic Whites: characterization of a large North American cohort. *Am J Gastroenterol* 2006;101:1012-1023.
15. Moreno JM, Rubio CE, Torres EA. Inflammatory disease of the gastrointestinal tract at the University Hospital Medical Center Puerto Rico. *Bol Asoc Med PR* 1989;21:214-8.
16. Hou JK, El-Serag H, Thirumurthi S. Distribution and manifestations of inflammatory bowel disease in Asians, Hispanics and African-Americans: A systematic review. *Am J Gastroenterol* 2009;104:2100-2109.
17. Thia KT, Loftus EV Jr, Sandborn WJ, Yang SK. An update on the epidemiology in Inflammatory Bowel Disease in Asia. *Am J Gastroenterol* 2008;103:3167-3182.