

Tratamiento de la colitis ulcerosa distal

P. Nos Mateu

Servicio de Medicina Digestiva. Hospital la Fe. Valencia.

Nos Mateu P. TREATMENT OF DISTAL ULCERATIVE COLITIS. Rev Sdad Valenciana Patol Dig 2000;19(4): 153-4.

Un porcentaje variable de pacientes con colitis ulcerosa tiene una enfermedad que se extiende sólo al colon izquierdo; en la mayoría de las series este porcentaje oscila entre el 30%-50%. La principal peculiaridad de este grupo es la posibilidad de recibir tratamiento administrado por vía rectal. De hecho, el término *colitis distal*, en ocasiones utilizado para definir la proctosigmoiditis y en ocasiones para la enfermedad que llega al ángulo esplénico, se entiende hoy en día como el que acuña a la colitis ulcerosa susceptible de recibir tratamiento tópico por vía rectal. Otra particularidad de este grupo es la habitual falta de expresión biológica (alteraciones analíticas), lo que acontece especialmente en las proctitis, y la ausencia de afectación sistémica (fiebre, taquicardia...). Debido a ello, los índices de actividad habitualmente empleados en la colitis ulcerosa (Truelove-Witts) no suelen ser útiles en estas formas para monitorizar la respuesta al tratamiento.

El concepto de colitis distal no es exclusivamente terapéutico. Se ha sugerido que refleja diferencias fisiopatológicas. Además, en esta forma de colitis es menos habitual que en las formas más extensas la aparición de brotes graves, aunque, por contra, es frecuente la presencia de refractariedad al tratamiento.

Las distintas opciones terapéuticas dependen de la situación clínica concreta y de la extensión del proceso.

Las mejores evidencias en cuanto al tratamiento tanto de la fase aguda como al mantenimiento de la remisión están resumidas en los meta-análisis de Marshall (3) y Cohen (4).

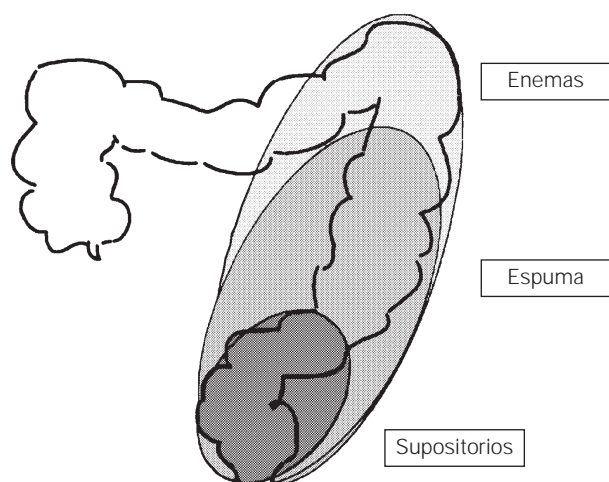
En la colitis izquierda, los enemas de mesalazina son superiores a los de corticoides (hicrocortisona / metilprednisolona) y también son superiores a los aminosalicilatos orales para inducir la remisión. En la proctitis los supositorios de mesalazina también son superiores a los corticoides rectales. En ambos casos, el efecto es mayor al prolongar la duración del tratamiento, pero sin relación dosis-respuesta. La dosis habitualmente utilizada es la de 1 g/día de mesalazina durante 8-12 semanas. En el mantenimiento de la remisión, las ventajas también favorecen a la mesalazina administrada por vía rectal, con un porcentaje de remisión del 75% al 90% a los seis meses y del 61% al 90% a los 12 meses.

Existen evidencias que avalan la mayor eficacia, en la inducción de la remisión, del tratamiento combinado. Así, la administración de mesalamina oral (2-3 g/día) y rectal (1 g/día) facilita el control de la enfermedad, aumenta la tasa de respuesta y produce una mejoría más rápida y está especialmente indicada en las formas que alcanzan el ángulo esplénico. En cuanto al mantenimiento de la remisión se aconseja mantener la dosis oral completa de mesalazina e ir disminuyendo paulatinamente el tratamiento rectal hasta un mínimo de dos aplicaciones por semana.

Brote agudo	Situación	Enfermedad quiescente
Inducir la remisión	Objetivo	Mantener la remisión
	Tratamiento	
	ORAL	
	TÓPICO	
	ORAL + TÓPICO	

Fig. 1. Situación clínica: brote/mantenimiento.

Distribución del tratamiento rectal



Supositorios: 80% se distribuyen en recto y sigma.
Espumas: 90% se distribuyen en recto y sigma.
Enemas: 80% se distribuyen en colon izquierdo.

Fig. 2. Situación clínica: extensión (proctitis, proctosigmoiditis, colitis izquierda).

A pesar de la terapia combinada, en aproximadamente el 20% de los pacientes no se alcanza la remisión tras ocho semanas de tratamiento. Si el cuadro clínico es trascendente, la mejor alternativa, incluso antes de llegar a las ocho semanas, consiste en añadir corticoides orales (prednisona: 40 mg/día). Pese ello, algunos pacientes siguen presentando rectorragias y síndrome rectal en ausencia de manifestaciones sistémicas. En estos casos, existe alguna evidencia que avala el tratamiento combinado rectal con mesalazina y corticoides. Otra alternativa podría ser el uso de budesonida en enemas (2 g/día), que ha mostrado una similar eficacia a la de los corticoides clásicos sin alterar los niveles de cortisol plasmático.

Es especialmente importante antes de considerar una colitis como refractaria valorar la correcta aplicación y dosificación del tratamiento tópico y oral. También es importante excluir otras causas de colitis, so-

bre todo las infecciosas secundarias a transmisión sexual.

En la enfermedad refractaria establecida, se debe considerar el uso de inmunosupresores, especialmente de azatioprina 2-3 mg/k peso/día. También existe la posibilidad de tratamiento con ciclosporina oral (5-8 mg/k peso/día), en las formas clínicas con actividad moderada, con un beneficio más rápido que con la azatioprina. La duración del tratamiento inmunosupresor no está universalmente establecida.

Pese a que el tratamiento comentado es el más avalado, existen numerosos estudios, habitualmente con un reducido número de pacientes, que han valorado otras alternativas en el tratamiento de las formas distales de la colitis ulcerosa. Entre los aminosalicilatos, se ha utilizado el 4-ASA por vía rectal, entre los corticoides tópicos la beclometasona, la fluticasona y el toxicortol. También se ha valorado la administración enemas de enemas de ciclosporina, especialmente en las formas refractarias, sin que se haya demostrado su utilidad. Otras alternativas en la colitis distal refractaria incluyen el uso de enemas de subsalicilato de bismuto y el de enemas de ácidos grasos de cadena corta (butirato).

BIBLIOGRAFÍA

1. Minchetti P, Peppercorn MA. Inflammatory bowel disease. Medical Therapy of specific clinical presentations. *Gastroenterol Clin N Am* 1998; 28:353-70.
2. Ardizzone S, Bianchi Porro G. A Practical guide to the management of distal ulcerative colitis. *Drugs* 1998;55:519-42.
3. Marshall JK, Irvine EJ. Rectal corticosteroids versus alternative treatments in ulcerative colitis: a meta-analysis. *Gut* 1997;40:775-81.
4. Cohen RD, Woseth DM, Thisted RA, Hanauer SB. A meta-analysis and overview of the literature on treatment options for left-sided ulcerative colitis and ulcerative proctitis. *Am J Gastroenterol* 2000;98:1263-76.