

HISTORIA DE LA COLITIS ULCEROSA

2

Dr Miquel Àngel Gassull

Director de l'Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol

Dra Míriam Mañosa

Médec adjunt. Unitat de Malalties Inflammatòries Intestinals.
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Introducción

La colitis ulcerosa es una de las enfermedades inflamatorias intestinales que se caracteriza por la presencia de úlceras en la mucosa del intestino grueso, llamado también colon, por lo que el nombre de colitis ulcerosa define claramente la enfermedad. La inflamación propia de la colitis ulcerosa afecta la mucosa, la capa interna del intestino, a diferencia de la enfermedad de Crohn que afecta todas las capas. A nivel mundial, la colitis ulcerosa es la forma más frecuente de inflamación intestinal. Desde la primera vez que se describió esta entidad hasta la actualidad, se ha observado un cambio sustancial tanto en el manejo y el tratamiento como en el pronóstico de los pacientes que padecían esta enfermedad.

¿Desde cuando se conoce la enfermedad?

La literatura disponible sobre la historia de la colitis ulcerosa es escasa. Esta enfermedad se describió por primera vez en el año 640 a.C. Los primeros textos escritos por autores como Aretaeus y Soranus describían varias formas de diarrea no contagiosa. Posteriormente, hacia 1745, algunas fuentes aseguraron que el príncipe Carlos Eduardo Estuardo, pretendiente jacobita al trono de Gran Bretaña como "*Carlos III de Inglaterra y Escocia*" había sufrido un episodio de diarrea que mejoró con una dieta sin leche y que probablemente se tratara de un brote de Colitis ulcerosa.

No fue hasta 1859, que la enfermedad fue nombrada como colitis ulcerosa por primera vez por el Dr Samuel Wilks que describió un caso de una paciente con colitis ulcerosa, por lo que el descubrimiento de la enfermedad se ha relacionado con su nombre. El artículo que escribió el Dr Wilks era en realidad una carta a "The Times" y Gaceta Médica que contenía la descripción de una autopsia que el Dr. Wilks había realizado a una joven, Isabella, que había muerto tras semanas de diarrea con sangre. En la carta, se afirmó que a pesar de que la mujer había sufrido un episodio de diarrea por una causa no infecciosa, había muerto como resultado de tomar un veneno para provocar el aborto. A raíz de este comentario, se abrió una gran polémica ya que la dama en cuestión era la amante del Dr. Thomas Smethrust y por este motivo éste fue acusado de asesinarla. El médico fue sometido a un juicio en el que hubo gran controversia sobre la causa de la muerte. Algunos dijeron que Isabella había muerto de disentería, mientras que otros afirmaban que había muerto por envenenamiento. Al final del juicio se consideró que el médico era culpable de asesinato. Sin embargo, muchos médicos escribieron cartas de apoyo al Dr. Smethrust en el periódico local. Como resultado de estas cartas, y dado el conflicto sobre la causa de la muerte, el Ministro de Interior concedió el indulto al Dr. Smethrust. Si nunca se hubiera concedido el indulto, el médico hubiera sido condenado a muerte de manera injusta, ya que su amante había muerto de la enfermedad inflamatoria intestinal.

Unos años después que el Dr. Wilks empleara el nombre de colitis ulcerosa para referirse a la enfermedad, un cirujano general del Ejército de la Unión (que describió la historia médica de la Guerra Civil Americana), también se refirió directamente a la colitis ulcerosa e incluso aportó descripciones muy detalladas de la enfermedad que ayudaron, a que más adelante, la colitis ulcerosa se caracterizara clínica y patológicamente por Wilks y Moxon (1875), Allchin (1885) y Hale-White (1888), diferenciándola de otras entidades que afectaban el colon. Poco a poco, la colitis ulcerosa se hizo más conocida. En 1909, en un simposio de la Sociedad Real de Medicina británica, se presentaron unos 300 casos de colitis ulcerosa recogidos en los distintos hospitales de Londres en los últimos 30 años y describieron sus características.

En esa época la mayoría de casos procedían de pacientes con brotes agudos de colitis ulcerosa que no habían superado el episodio porqué se desconocía cuál debía ser el tratamiento para esta enfermedad.

La evolución histórica de las distintas hipótesis sobre la causa de la colitis ulcerosa

A día de hoy, aún no se conoce cual es la causa de la colitis ulcerosa pero ya desde las primeras descripciones se especuló sobre sus posibles causas. A pesar que en el siglo XIX ya se sabía que la colitis ulcerosa no era contagiosa, durante el inicio del siglo XX, se realizaron múltiples estudios con el objetivo de relacionar la colitis ulcerosa con distintos gérmenes como agentes causales, sin embargo, los resultados no apoyaron la teoría de que la colitis ulcerosa tenía origen infeccioso y estudios más recientes tampoco han demostrado la certeza esta hipótesis. Otra teoría sobre la causa de la colitis ulcerosa fue la que consideraba que la colitis ulcerosa podía ser debida a alergia a la leche de vaca. Sin embargo, los distintos estudios realizados tampoco pudieron comprobar esta hipótesis.

Una de las teorías sobre la etiología de la colitis ulcerosa que perduró durante varios años fue la que consideraba la colitis ulcerosa como una respuesta fisiológica del cuerpo al estrés emocional. En 1930, Murray estableció una relación cronológica entre los síntomas intestinales de los pacientes con colitis ulcerosa y eventos emocionales determinantes e importantes en la vida de los pacientes. Entre 1930 y 1950, incluso se publicaron tratados de psiquiatría que definían la "personalidad de los pacientes con colitis ulcerosa" como inmadura, indecisa, dependiente e inhibida para las relaciones interpersonales relacionadas con situaciones emocionales difíciles (pérdida, dominancia materna, miedo al rechazo social). De hecho, uno de los tratamientos para pacientes con colitis ulcerosa era la psicoterapia y se observó en algún estudio que los pacientes que realizaban psicoterapia presentaban menor riesgo de intervenciones y menos complicaciones. Sin embargo, todos estos datos procedían de estudios con pocos pacientes, retrospectivos y que en muchas ocasiones carecían de información completa. De hecho, unos años más tarde, estudios de mayor calidad y con mayor número de pacientes no demostraron esta relación y estudios más reciente tampoco han demostrado la solidez de esta teoría. Por otro lado, los estudios epidemiológicos -que son aquellos que evalúan las características generales de los pacientes que presentan una enfermedad específica- de los primeros casos descritos observaron que era una enfermedad más frecuente en zonas urbanas que en zonas rurales, así como en países occidentales y del Norte de Europa y en caucásicos y judíos.

Evolución de los métodos utilizados para diagnosticar la colitis ulcerosa

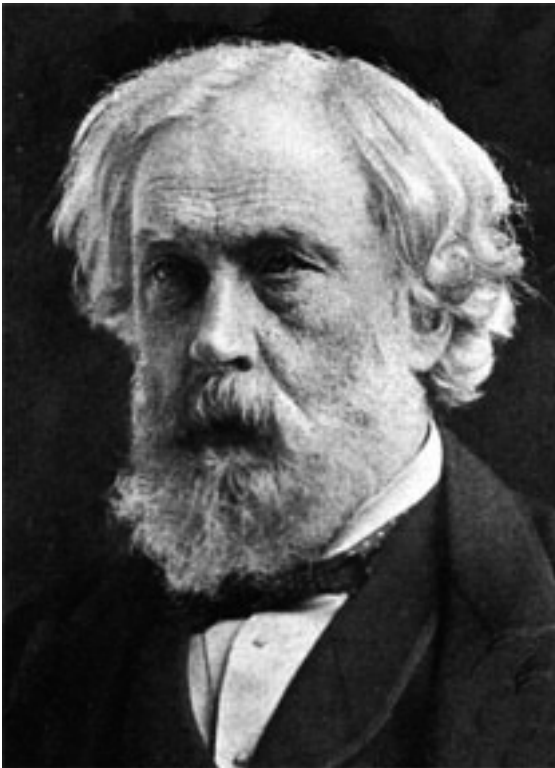
Los síntomas más característicos de la colitis ulcerosa, y los más frecuentes, son la diarrea y la rectorragia (deposiciones con sangre). Otros síntomas frecuentes son el dolor abdominal tipo cólico y el tenesmo rectal y otros menos frecuentes son la fiebre,

pérdida de peso, náuseas y vómitos. Según la gravedad del brote de colitis ulcerosa se añadirán otros síntomas relacionados con la afectación general del paciente.

Durante los primeros años tras haber identificado la enfermedad, el diagnóstico se realizaba mediante los síntomas del paciente. A pesar que los signos y síntomas eran muy característicos y dado que uno de los tratamientos más utilizados, los esteroides, podían enmascarar síntomas, se vio necesario ayudar al diagnóstico con la realización de pruebas diagnósticas. Los procedimientos diagnósticos que se utilizaban entonces eran las radiografías simples de abdomen y los enemas de bario. Otra de las pruebas imprescindibles actualmente es la colonoscopia. En esa época no se disponía de la colonoscopia como hoy día. En 1894, Kelly introdujo el primer rectosigmoidoscopio. Este endoscopio medía unos 30 cm y era rígido por lo que únicamente podía explorar el recto y el sigma (la parte final del colon). No fue hasta 1928, que se desarrolló un endoscopio flexible para examinar todo el colon hasta ciego. Más tarde en 1963, se aplicó la fibra óptica aportando iluminación al endoscopio. Esto tuvo una gran relevancia clínica ya que proporcionó la capacidad de ampliar la utilidad del colonoscopio para la toma de biopsias.

¿Cómo ha evolucionado el tratamiento de la colitis ulcerosa?

El tratamiento al inicio de los primeros casos de colitis ulcerosa consistía en una variedad de distintas dietas y en distintos procedimientos quirúrgicos. En esos años la mortalidad de la enfermedad era muy alta: muchos pacientes morían por perforación del colon o hemorragia. Uno de los tratamientos quirúrgicos probados fue la *apendicectomía*, en 1902 por el Dr Weir, que consistía en realizar en un paciente con colitis ulcerosa una intervención quirúrgica en la que se localizaba el apéndice cecal y se abocaba en la pared abdominal para facilitar la irrigación de permanganato de potasio para tratar una presunta infección. En 1938, aparecieron las sulfasalazinas que son las precursoras de los salicilatos que se utilizan actualmente y que fueron el primer tratamiento efectivo para tratar la colitis ulcerosa. En los años 40 se probó el tratamiento con distintos antibióticos y finalmente en 1950 se empezaron a administrar los esteroides para los brotes agudos de colitis ulcerosa. Los esteroides son muy efectivos para el tratamiento de los brotes agudos moderados y graves de la colitis ulcerosa, pero hay un porcentaje que no responden o que presentan dependencia a éstos. Por este motivo, se empezaron a utilizar otros tratamientos para evitar la dependencia a los esteroides, como la azatioprina, y se buscaron otras alternativas a los esteroides en los brotes graves, cuando estos no funcionaban. A inicios de los 90 se empezó a utilizar la ciclosporina como tratamiento en los pacientes con brotes de colitis ulcerosa que habían fracasado a los esteroides y recientemente, en el 2005, se aprobó la utilización de infliximab en la misma indicación.



Samuel Wilks
(1824-1911).

Bibliografía

- 1- <http://pmj.bmj.com/content/44/515/684.full.pdf>
- 2- Kirsner JB. Historicalorigins of current IBD concepts. World J Gastroenterol 2001, 7(2): 175-184.