

¿QUÉ OTRAS ENFERMEDADES PUEDEN APARECER RELACIONADAS CON LA COLITIS ULCEROSA?

9

José Ignacio Fortea Ormaechea^a e Ignacio Marín-Jiménez^b

^a Sección de Medicina del Aparato Digestivo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Leonor. Madrid. España.

^b Sección de Gastroenterología. Servicio de Medicina del Aparato Digestivo. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. España

La colitis ulcerosa (CU) afecta fundamentalmente al intestino grueso, por lo que sus síntomas habitualmente son consecuencia de la inflamación de esta porción del tracto digestivo. No obstante, esta entidad es considerada una enfermedad "sistémica" ya que puede asociar síntomas o complicaciones a nivel de otros órganos o sistemas. Al conjunto de estos síntomas se les denomina "*manifestaciones o complicaciones extraintestinales*".

La mayoría de los órganos o sistemas pueden verse afectados (Tabla 1), aunque los más frecuentes implicados son los ojos, piel y articulaciones. Su frecuencia oscila entre un 6 a un 47 % según los distintos estudios realizados.

Tabla 1: Manifestaciones extraintestinales de la colitis ulcerosa

1. **M. osteomusculares**
 - Artropatía periférica
 - i. Artritis tipo I y tipo II
 - Artropatía axial
 - i. Sacroilítis
 - ii. Espondilitis asintomática
 - Patología metabólica ósea
 - i. Osteopenia/osteoporosis

2. **M. mucocutáneas**
 - Eritema nodoso
 - Pioderma gangrenoso
 - Estomatitis aftosa
 - Síndrome de Sweet
 - Crohn metastásico

3. **M. oculares**
 - Uveítis
 - Epiescleritis
 - Otras: retinitis, oclusión arterial y venosa retiniana, y neuritis óptica

4. **M. hepatobiliares**
 - Colangitis esclerosante primaria
 - Esteatosis hepática
 - Otras: pileflebitis, trombosis venosa portal, abscesos hepáticos, pseudotumor inflamatorio hepático, amiloidosis, y cirrosis biliar primaria

5. **M. renales y del tracto urinario**
 - Nefrolitiasis
 - Amiloidosis
 - Glomerulonefritis
 - Nefritis túbulo-intersticial
 - Proteinuria

6. **M. pulmonares**
 - Estenosis traqueal inflamatoria, bronquitis, bronquiectasias, neumonitis intersticial y bronquiolitis obliterante con neumonía organizada

7. **M. pancreáticas**
 - Pancreatitis aguda y crónica

8. **M. cardiovasculares**
 - Pericarditis o perimiocarditis

9. **M. neurológicas**
 - Esclerosis múltiple, neuritis óptica, y neuropatía periférica

10. **Complicaciones tromboembólicas**

11. **Anemia**

1. ¿Se conoce la causa que origina las manifestaciones extraintestinales?

A día de hoy, todavía no se conoce con exactitud la patogenia, es decir, los mecanismos biológicos que, en última instancia, dan lugar a la aparición de cada una de estas manifestaciones extraintestinales. Se piensa que en algunas de ellas está implicado el sistema inmune, mientras que otras son consecuencia de las propias alteraciones anatómicas o metabólicas producidas por la colitis ulcerosa.

2. ¿Cuáles son las alteraciones osteoarticulares más frecuentes?

Las manifestaciones osteoarticulares de la colitis ulcerosa constituyen la manifestación extraintestinal más frecuente. Se pueden dividir en dos grandes grupos: manifestaciones articulares y patología metabólica ósea (enfermedades relacionadas con el metabolismo del calcio).

Las primeras son las manifestaciones extraintestinales más comunes, apareciendo hasta en el 20-30 % de los pacientes. Pueden subdividirse, a su vez, en la artropatía periférica y axial, en función de si afectan a las articulaciones periféricas o a la columna vertebral, respectivamente. La artropatía periférica se caracteriza por una inflamación de las articulaciones con aparición de hinchazón, enrojecimiento, calor y dolor sobre la zona afectada. En función del tamaño y el número de las articulaciones afectadas, así como de su relación con la actividad de la enfermedad intestinal se distinguen dos tipos de artropatía periférica:

- **Artritis tipo 1:** afecta a menos de 5 articulaciones de gran tamaño (tobillos, rodillas, caderas, muñecas, codos y hombros) y suele resolverse en un plazo de 5 semanas. Normalmente aparece paralela a un brote de actividad de la colitis ulcerosa y no deja secuelas, pero entre un 25 a un 40% de los pacientes recaen.
- **Artritis tipo 2:** afecta a más de 5 articulaciones de pequeño tamaño de forma simétrica (fundamentalmente articulaciones de la mano), tiene un curso generalmente independiente de la actividad de la colitis ulcerosa y suele persistir meses o incluso años. No suele ser erosiva ni deformante, aunque sí que se ha descrito este tipo de complicaciones hasta en el 10% de los casos.

La artropatía axial es menos frecuente que la anterior y se subdivide en la sacroiliitis aislada y la espondilitis anquilosante (EA). La primera suele cursar sin síntomas, mientras que la segunda presenta como síntomas principales el dolor lumbar de características inflamatorias (mejoría con el ejercicio y empeoramiento con el reposo) secundario a la afectación de la columna vertebral y articulaciones sacroilíacas (Foto 1), la rigidez matutina y tras periodos de inactividad, y las entesitis (inflamación de la



Imagen 1: Radiografía de articulaciones sacroilíacas de paciente con espondilitis anquilosante donde se aprecia afectación articular bilateral de las articulaciones sacroilíacas en un paciente con enfermedad de Crohn de base (cortesía del Dr. Carlos González, Servicio de Reumatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid).

zona de inserción del tendón en el hueso), típicamente del tendón de Aquiles y de la planta del pie. Su prevalencia global en la colitis ulcerosa oscila entre el 4 y el 10%.

Respecto a la patología metabólica ósea, la colitis ulcerosa constituye un factor de riesgo para el desarrollo de osteoporosis y osteopenia, las cuales tienen una frecuencia que oscila entre un 2-30% y un 40-50%, respectivamente. Su desarrollo implica un mayor riesgo de fracturas con respecto a la población general.

La actitud a seguir ante la aparición de cada uno de los síntomas previamente comentados debe ser siempre la de acudir al médico de Atención Primaria o especialista en Digestivo en función de la disponibilidad de cada uno. La urgencia de la derivación dependerá, entre otros, de la gravedad de la sintomatología. En este sentido, existen determinados síntomas denominados "de alarma", que obligan a una pronta valoración médica. Dichos síntomas son los siguientes:

- Fiebre.
- Síndrome constitucional (cansancio y pérdida de apetito y peso).
- Pérdida de fuerza o sensibilidad.
- Dolor de tipo neuropático: continuo, "quemante", no relacionado con el movimiento y con empeoramiento nocturno, asociado a parestesias (sensación de hormigueo en la zona afecta o cercana).
- Empeoramiento progresivo de los síntomas.
- Pérdida de control de esfínteres con desarrollo de incontinencia anal y/o urinaria.

3. ¿Cuáles son las manifestaciones cutáneas más frecuentemente asociadas a la colitis ulcerosa?

Entre el 10 y el 20% de los pacientes con colitis ulcerosa desarrollan complicaciones cutáneas en el curso de la enfermedad, siendo las más importantes el eritema nodoso, el pioderma gangrenoso y la estomatitis aftosa.

El eritema nodoso se caracteriza por la aparición de nódulos subcutáneos sobreelevados, dolorosos a la palpación, de color rojo o violeta y de 1,5 cm de diámetro que afectan preferentemente a las superficies extensoras de las extremidades inferiores (Foto 2). Su prevalencia oscila entre el 4,2 y 7,5%. Suele coincidir con un brote de colitis ulcerosa y generalmente curan sin dejar cicatriz en unas 3-6 semanas.



Imagen 2: Eritema nodoso en paciente con colitis ulcerosa de base con brote agudo de su enfermedad colónica concomitante (cortesía del Dr. Ricardo Suárez, Jefe del Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario "Gregorio Marañón", Madrid).

El pioderma gangrenoso se observa hasta en el 2% de los pacientes con colitis ulcerosa y constituye la manifestación cutánea más grave. Se caracteriza por la aparición inicial de pápulas (lesiones sobreelevadas de la piel menores de 1 cm) o pústulas (cavidades de pus) eritematosas múltiples que dan lugar a úlceras profundas de bordes irregulares violáceos (Foto 3). Suele dejar cicatriz y se ha descrito una reaparición recidiva de las lesiones hasta en un 35% de los casos. Las localizaciones más frecuentes



Imagen 3: Pioderma gangrenoso en paciente con enfermedad de Crohn de larga evolución (cortesía del Dr. Ricardo Suárez, Jefe del Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario "Gregorio Marañón", Madrid).

son las superficies de extensión de las extremidades inferiores y las zonas adyacentes a las ostomías (abertura en la pared abdominal realizada quirúrgicamente para dar salida a una viscera al exterior, como el intestino o los uréteres). Un rasgo característico del pioderma gangrenoso es el fenómeno de patergia (aparición de las lesiones en respuesta a un mínimo golpe), pero sólo ocurre en un 20% de los pacientes. A diferencia del eritema nodoso puede o no coincidir con un brote de la colitis ulcerosa.

Finalmente, la estomatitis aftosa ocurre en aproximadamente el 10% de los pacientes con colitis ulcerosa. Clínicamente se caracteriza por la aparición de aftas (úlceras mucosas a modo de llagas) dolorosas en la cavidad oral. Suelen aparecer en contexto de un brote de la colitis ulcerosa y desaparecen una vez alcanzada la remisión de la enfermedad de base.

En caso de aparición de alguno de estos síntomas se debe siempre buscar atención médica, ya sea acudiendo al médico de Atención Primaria o al especialista en Digestivo.

4. ¿Cuáles son los problemas oculares más frecuentes?

Aproximadamente, entre un 2 a un 5% de los pacientes con colitis ulcerosa, presentarán complicaciones oculares. De éstas, las dos formas más frecuentes son la epiescleritis y uveítis.

La epiescleritis (inflamación de la epiesclera, la capa más externa de la esclera, la "parte blanca del ojo") cursa con un enrojecimiento ocular sin pérdida de visión asociada (Foto 4). Suele presentarse coincidiendo con un brote de la colitis ulcerosa.



Imagen 4: Epiescleritis en paciente con colitis ulcerosa.

La uveítis (inflamación de la úvea, la capa intermedia del ojo) se caracteriza por la aparición de dolor ocular agudo o subagudo con visión borrosa, fotofobia (intolerancia a la luz), enrojecimiento ocular y cefalea (dolor de cabeza). No suele cursar con pérdida de visión. Puede afectar a uno o los dos ojos y a diferencia de la anterior su aparición no está relacionada con los brotes de la colitis ulcerosa. Es menos frecuente que la epiescleritis, pero mucho más grave, ya que puede dejar secuelas importantes.

Como se ha descrito, ambas entidades cursan con enrojecimiento ocular, por lo que pertenecen al denominado *síndrome del ojo rojo*. Dentro de este síndrome se incluyen un amplio abanico de enfermedades, algunas de ellas graves, por lo que siempre se debe buscar atención médica ante la aparición de un ojo rojo o de otros síntomas oculares. Los síntomas de "alarma" ante un ojo rojo son:

- Alteraciones en la transparencia de la córnea (la lente transparente del ojo).
- Uso de lentillas.
- Anomalías en la pupila del ojo.
- Cefalea importante.

- Aparición de pus (líquido espeso de color amarillento).
- Náuseas o vómitos.
- Dolor ocular.
- Traumatismo.
- Cambios en la agudeza visual u otros cambios visuales.
- Falta de respuesta al tratamiento.
- Alteraciones en la movilidad ocular.

5. ¿Cuáles son los problemas hepatobiliares más frecuentes?

Las alteraciones analíticas que sugieren daño hepático son frecuentes en la colitis ulcerosa, observándose hasta en el 50% de los pacientes. Las causas más frecuentes son las siguientes: hepatotoxicidad secundaria a fármacos, esteatosis (depósito de grasa en el hígado), y la colangitis esclerosante primaria. Ésta última constituye la manifestación hepática más grave y específica asociada a la colitis ulcerosa. Se caracteriza por la destrucción progresiva de los conductos biliares intra y extrahepáticos (las tuberías que transportan la bilis al intestino), pudiendo desarrollar en última instancia una enfermedad hepática terminal. Su prevalencia en la colitis ulcerosa oscila entre el 2 y el 7%. Generalmente cursa de manera asintomática, y se sospecha por la presencia de alteraciones en las pruebas del hígado en un análisis rutinario. Su diagnóstico se basa fundamentalmente en la realización de pruebas de imagen, siendo la colangiografía magnética la técnica de elección. Su presencia constituye un factor de riesgo para el colangiocarcinoma (cáncer de la vía biliar) y el cáncer de colon, lo que obliga a realizar cribado anual con ecografía abdominal y colonoscopia, respectivamente.

6. ¿Pueden condicionar las manifestaciones extraintestinales el tratamiento de la colitis ulcerosa?

Sí, y lo pueden hacer de 3 formas diferentes:

- *Obligando a una intensificación del tratamiento:* en algunas ocasiones son las propias manifestaciones extraintestinales las que obligan a una intensificación del tratamiento, pese a que la colitis ulcerosa esté controlada. Así por ejemplo, el pioderma

gangrenoso y la uveítis requieren de la administración de corticoides o fármacos antiTNF (infliximab y adalimumab) para su control.

- *Influyendo en la selección del tratamiento farmacológico:* algunas de estas complicaciones pueden empeorar con el tratamiento de la colitis ulcerosa, como es el caso de los corticoides y la osteoporosis. Ello obliga a utilizar medicamentos "ahorradores" de este tipo de fármacos que permiten reducir o incluso suspender su administración.
- *Condicionando la evolución de la colitis ulcerosa:* a modo de ejemplo, los AINE son frecuentemente utilizados para aliviar los dolores asociados a las alteraciones de los huesos y de las articulaciones. Estos fármacos se han asociado, si bien con cierta controversia, a reactivaciones de la colitis ulcerosa.

Bibliografía y páginas web recomendadas:

1. Página web del Grupo Español de Trabajo para la Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETTECU): <http://www.getteccu.org>
2. Página web de la Confederación de Asociaciones de enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España (ACCU España): <http://www.accuesp.com/es/>
3. Página web de la Crohn's and Colitis Foundation America: <http://www.ccfa.org>