

REMISIÓN CLÍNICA Y ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL MEDIANTE EL USO DE AMINOSALICILATOS, CORTICOIDES SISTÉMICOS E INMUNOMODULADORES

¹María García ¹Emma Armanie

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva transversal con el objetivo de determinar la remisión clínica y endoscópica de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) con el uso de aminosalicilatos, corticoides sistémicos e inmunomoduladores en pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda de Barquisimeto, estado Lara, durante el período 2012-2020 usando los índices de Montreal, Mayo, CDEIS y Harvey-Bradshaw. La población estuvo conformada por 87 registros de historias clínicas de pacientes que cumplieron con los criterios establecidos. La edad de prevalencia fue entre 41 y 62 años; 65.5% del sexo femenino. 44.9% de pacientes con colitis ulcerosa (CU) presentaban colitis izquierda y 34.6% pancolitis. En enfermedad de Crohn (EC), 88.9% de los pacientes presentó patrón inflamatorio. La actividad clínica de la CU al diagnóstico fue leve (47.7%) y moderada (44.9%). Después de la inducción, 87% de pacientes que no lograron remisión clínica se encontraron en actividad leve. Al momento del diagnóstico de la EC, prevaleció la actividad clínica leve (77.8%). La actividad endoscópica en el diagnóstico de CU fue moderada (56.4%) y severa (32.1%) y en la colonoscopia control durante la terapia de mantenimiento, el porcentaje de pacientes en actividad leve y moderada fue de 40% en ambos grupos. En CU, se utilizó prednisona (47.4%) o mesalazina (24.3%) para inducción y mantenimiento, azatioprina más mesalazina o sulfasalazina (35.9% y 25.6%), respectivamente. En EC, se utilizó prednisona (88.9%) para inducción y para mantenimiento, aminosalicilatos (77.8%) y aminosalicilatos más azatioprina (22.2). En CU, 70.5% presentó remisión clínica y 29.5% remisión endoscópica. En EC, el 88.9% presentó remisión clínica y 33.3% endoscópica.

Palabras claves: enfermedades intestinales, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, endoscopia del sistema digestivo, antiinflamatorios

CLINICAL AND ENDOSCOPIC REMISSION IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE USING AMINOSALICILATES, SYSTEMIC CORTICOESTEROIDS AND IMMUNOMODULATORS

ABSTRACT

A cross-sectional transversal research was conducted with the aim of determining clinical and endoscopic remission of inflammatory bowel disease (IBD) with the use of aminosalicylates, systemic corticosteroids and immunomodulators in patients attended at the Servicio de Gastroenterología of the Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda, Barquisimeto, Lara state, during the period 2012-2020, using the Montreal, Mayo, CDEIS, Harvey-Bradshaw and Harvey-Bradshaw indices. The population consisted of 87 records from the clinical histories of patients who met the established criteria. The prevalence age was between 41 and 62 years; 65.5% were females. 44.9% of patients with ulcerative colitis (UC) showed left colitis and 34.6% pancolitis. In Crohn's disease (CD), 88.9% of patients showed an inflammatory pattern. Clinical activity of UC at diagnosis was mild (47.7%) and moderate (44.9%). After induction, 87% of patients who did not achieve clinical remission were found to have mild activity. In CD at diagnosis, mild clinical activity prevailed (77.8%). Endoscopic activity at UC diagnosis was moderate (56.4%) and severe (32.1%) and at control colonoscopy during maintenance therapy, the percentage of patients in mild/moderate activity was 40% in both groups. In UC, prednisone (47.4%) or mesalazine (24.3%) was used for induction and for maintenance, azathioprine + mesalazine or sulfasalazine (35.9% and 25.6%), respectively. In CD, prednisone (88.9%) was used for induction and for maintenance, aminosalicylates (77.8%) and aminosalicylates + azathioprine (22.2). In UC, 70.5% presented clinical remission and 29.5% endoscopic remission. In CD, 88.9% showed clinical remission and 33.3% endoscopic remission.

Key words: intestinal diseases, colitis, ulcerative, Crohn disease, endoscopy, digestive system, anti-inflammatory agents

¹Decanato de Ciencias de la Salud, Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Barquisimeto, Venezuela. Correo electrónico del autor principal: mfgm21@hotmail.com

Recibido: 02/05/2022
Aceptado: 20/07/2022



Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional

INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) corresponde a una patología inflamatoria multifactorial no bien conocida que ocasiona una afectación crónica del tubo digestivo. Esta engloba dos grupos principales de expresión de la enfermedad: la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC), consideradas de gran importancia en la clínica contemporánea debido al deterioro severo de la calidad de vida de quienes las padecen.

La CU es una enfermedad crónica que afecta exclusivamente la mucosa del colon, se inicia en recto y compromete el resto del órgano en forma ascendente, progresiva y simétrica, de forma continua y puede alcanzar una extensión variable en sentido proximal hasta el ciego. Por su parte, la EC se caracteriza por inflamación focal del tubo digestivo, crónica, que evoluciona hacia fibrosis estenosante, abscesos y fístulas. Esta enfermedad se localiza principalmente a nivel del colon, la parte final del intestino delgado y la región perianal.

Cabe resaltar que la EII presenta signos y síntomas como diarrea, fiebre, fatiga y dolor abdominal, heces con sangre, hiporexia, pérdida de peso, entre otras, además de una serie de manifestaciones extraintestinales. La misma afecta a individuos de todas las edades, pero en general comienza antes de los 30 años de edad, con incidencia entre los 14 y 24 años⁽¹⁾.

Por su parte la EII es más frecuente en individuos originarios del norte de Europa y anglosajones. La incidencia es más baja en las regiones centrales y meridionales de Europa y más baja aún en Sudamérica, Asia y África. Sin embargo, la incidencia está aumentando entre individuos de raza negra y latinoamericanos que residen en Norteamérica. Afecta por igual a ambos sexos⁽¹⁾.

En relación al diagnóstico de esta patología, se hace necesario el análisis clínico y endoscópico ya que permite iniciar el tratamiento más adecuado de forma individualizada, así como la monitorización a la respuesta de los tratamientos. La enfermedad inflamatoria intestinal es un trastorno que cursa con recidivas y remisiones siendo los objetivos generales del tratamiento inducir y mantener la enfermedad en remisión el mayor tiempo posible, controlando la reacción inflamatoria y obtener la curación completa de las lesiones de la mucosa⁽²⁾.

Entre los grupos farmacológicos utilizados para el tratamiento de la patología, se encuentran los aminosalicilatos (5-ASA), corticosteroides, inmunomoduladores, agentes biológicos (fármacos anticitocinas) y en ocasiones los antibióticos⁽¹⁾. Tanto el uso de 5-ASA, como el uso de corticoides, han demostrado significancia estadística para la inducción de la remisión⁽³⁾.

En relación con lo anterior, se ha encontrado remisión con el uso de 5-ASA en más de 50% de pacientes con CU y con el uso de corticoides remisión en ambas patologías (CU, EC)⁽⁴⁾. Asimismo, la presencia de remisión clínica y endoscópica se encontró en 58.2% de los pacientes con CU y en 45.5% de los pacientes con EC⁽⁵⁾. Sin embargo, a nivel nacional no se tienen estadísticas que avalen el comportamiento de los pacientes con EII con respecto a la remisión clínica y endoscópica.

Por lo antes expuesto en esta investigación se revisaron los registros clínicos de los pacientes atendidos en la consulta de Gastroenterología del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda, Barquisimeto, estado Lara, durante el período 2012-2020 con el objetivo de determinar la remisión clínica y endoscópica en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) mediante el uso de aminosalicilatos, corticoides sistémicos e inmunomoduladores.

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación es de tipo descriptivo transversal. La población en estudio estuvo constituida por 87 registros de las historias clínicas de los pacientes atendidos en la consulta del Servicio de Gastroenterología del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda, durante el período 2012-2020 y que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: pacientes que acudieron a la consulta de EII del Servicio de Gastroenterología, mayores de 18 años, que tuvieron estudios endoscópicos de diagnóstico y control y quien en su historia clínica describieron el tratamiento utilizado para inducción y mantenimiento. Los criterios de exclusión fueron: registros de historias clínicas incompletos, pacientes sin seguimiento en la consulta, con EII no clasificable y que recibieron tratamiento biológico.

Se empleó un instrumento tipo ficha de recolección de datos, elaborada a partir de los objetivos de esta investigación utilizando como referencia la historia clínica. Esta ficha estuvo estructurada en seis (6) partes, la cual contiene los datos de identificación, edad, sexo, tipo de enfermedad (CU ó EC), clasificación de EII por la escala de Montreal, índice de actividad clínica y endoscópica de la EII, tipo de tratamiento utilizado para lograr remisión clínica y mantenimiento de la misma, evaluación clínica y endoscópica posterior al tratamiento. Cada ficha tuvo una identificación con el nombre del paciente con la finalidad de facilitar una nueva revisión en el caso que se requirió completar o aclarar el dato. Las historias clínicas fueron seleccionadas previa revisión de los criterios de inclusión y exclusión. Una vez confirmados dichos criterios se realizó la revisión y extracción de la data en el período 2012 hasta el 2020, tomando en cuenta los indicadores referidos en la ficha.

El procesamiento de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 18.0 y se

usaron estadísticos descriptivos (promedio, desviación estándar). Los datos se describieron y fueron presentados en cuadros y figuras.

RESULTADOS

Al distribuir los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en la consulta por grupo de edad se observa que el 33.3% se encontraba entre 52 y 62 años y el 24.1% de los pacientes entre 41 y 51 años. En menor porcentaje estaban los pacientes entre 63 y 74 años, entre 30 y 40 años y entre 19 y 29 años, con 16.1%, 13.8% y 12.6%, respectivamente. 65.5% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal eran de sexo femenino. El 89.7% tenían colitis ulcerosa y el 10.3% eran pacientes con enfermedad de Crohn.

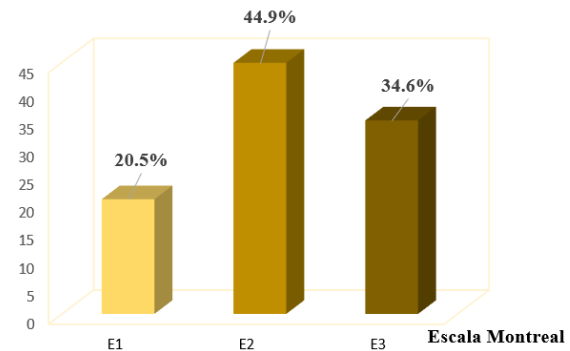


Figura 1. Pacientes con colitis ulcerosa según la clasificación de Montreal al momento del diagnóstico. Servicio de Gastroenterología del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda. Barquisimeto estado Lara, durante el período 2012-2020.

Al distribuir a los pacientes con colitis ulcerosa atendidos en la consulta según la escala de Montreal al momento del diagnóstico, se encontró que 44.9% presentaban colitis izquierda (E2), 34.6% pancolitis (E3) y 20.5% proctitis (E1) (figura 1).

Al clasificar a los pacientes atendidos en la consulta con enfermedad de Crohn según la escala de Montreal al momento del diagnóstico, se encontró que en cuanto a la edad de

diagnóstico, 88.9% tenían más de 40 años (A3) y 11.1% tenían menos de 17 años (A1). Sobre el comportamiento de la enfermedad, la mayoría (88.9%) fue inflamatorio (ni estenosante ni perforante) (B1) y 11.1% fue estenosante (B2). Con respecto a la localización más de la mitad (66.7%) fue a nivel del ileal (L1), 11.1% fue solo en colon (L2) y 22.2% fue en íleon más colon (L3) (figura 2).

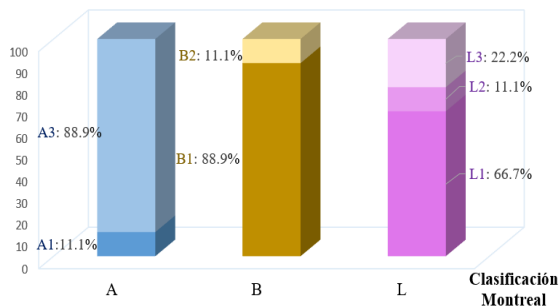


Figura 2. Pacientes con enfermedad de Crohn según la clasificación de Montreal al momento del diagnóstico. Servicio de Gastroenterología del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda. Barquisimeto estado Lara, durante el período 2012-2020.

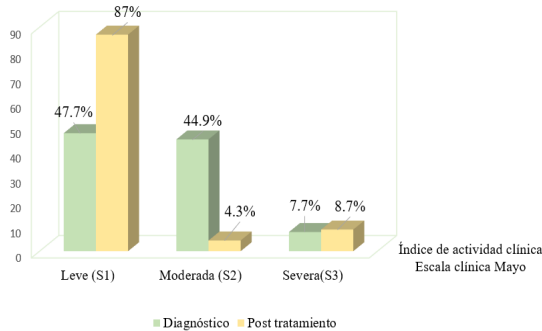


Figura 3. Índice de actividad clínica según escala de Mayo en pacientes con colitis ulcerosa al momento del diagnóstico y post tratamiento de inducción. Servicio de Gastroenterología del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda. Barquisimeto estado Lara, durante el período 2012-2020.

La figura 3 muestra el índice de actividad clínica según escala clínica Mayo de los pacientes con colitis ulcerosa, donde al momento del diagnóstico 47.7% fue leve (S1), 44.9% moderada (S2) y 7.7% severa (S3). Posterior al

tratamiento de inducción, 23 pacientes no lograron remisión clínica, de los cuales 87.7% presentó actividad clínica leve (S1), 4.3% moderada (S2) y 8.7% severa (S3).

Se puede observar que el índice de actividad clínica en pacientes con enfermedad de Crohn según índice Harvey-Bradshaw (HBI) al momento del diagnóstico, 77.8% presentó actividad leve y 22.2% moderada. Posterior al tratamiento de inducción sólo un paciente no presentó remisión clínica, presentando actividad leve (figura 4).

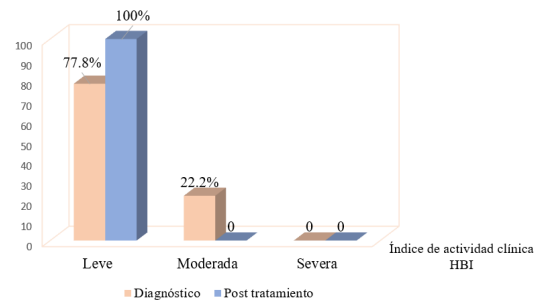


Figura 4. Índice de actividad clínica según Índice Harvey-Bradshaw (HBI) en pacientes con enfermedad de Crohn al momento del diagnóstico y post tratamiento de inducción. Servicio de Gastroenterología del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda. Barquisimeto estado Lara, durante el período 2012-2020.

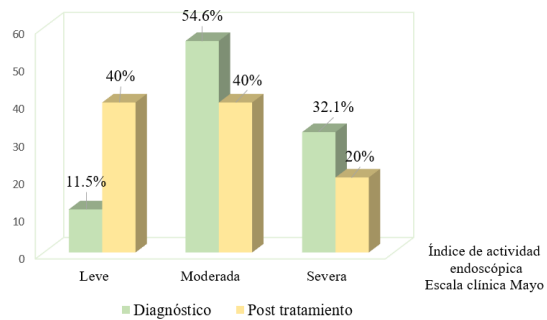


Figura 5. Índice de actividad endoscópica según escala de Mayo en pacientes con colitis ulcerosa al momento del diagnóstico y post tratamiento de inducción y mantenimiento. Servicio de Gastroenterología del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda. Barquisimeto estado Lara, durante el período 2012-2020.

La figura 5 muestra el índice de actividad endoscópica en los pacientes con colitis ulcerosa al momento del diagnóstico y posterior a recibir el tratamiento de inducción y mantenimiento, donde se puede observar que 11.5% presentaron actividad leve al momento del diagnóstico, 56.4% moderada y 32.1% severa. Posterior al tratamiento, permanecieron 70.5% (55 pacientes) con actividad endoscópica, de los cuales el 40% presentó actividad leve y el mismo porcentaje actividad moderada; 29.5% (23 pacientes) lograron remisión endoscópica.

Puntaje CDEIS	Momento			
	Diagnóstico		Post tratamiento	
	N°	%	N°	%
3	2	22,2	0	0
4	3	33,3	2	33,3
5	1	11,1	3	50,1
6	1	11,1	1	16,6
7	1	11,1	0	0
25	1	11,1	0	0
44	0	0	0	0
Total	9	100,0	6	100

Cuadro 1. Índice de actividad endoscópica según Crohn's Disease Endoscopic Index of Severity (CDEIS) en pacientes con enfermedad de Crohn al momento del diagnóstico y posterior a recibir el tratamiento de inducción y mantenimiento. Servicio de Gastroenterología del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda, Barquisimeto, estado Lara, durante el período 2012-2020.

En el cuadro 1 se observa que según el índice de severidad endoscópica CDEIS (Crohn's Disease Endoscopic Index of Severity) en los pacientes con enfermedad de Crohn para el momento del diagnóstico, la totalidad tenían valores entre 3 y 25 puntos. Después del tratamiento de inducción y mantenimiento quedaron seis pacientes sin presentar remisión endoscópica (66,6%) de los cuales 50.1% presentó 5 puntos, 33.3% presentó 4 puntos y 16.6% presentó 6 puntos, logrando remisión clínica 3 pacientes (33.3%).

Se puede observar que de los pacientes con colitis ulcerosa, 47.4% tenían como tratamiento de inducción prednisona, 24.3% mesalazina, 10.3% combinación de hidrocortisona seguido de prednisona, en igual porcentaje (10.3%) sulfasalazina y 7.7% tenían combinación de tratamiento oral + aminosalicilatos en enema.

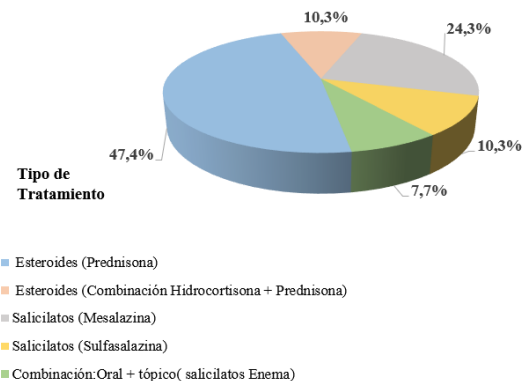


Figura 6. Pacientes con colitis ulcerosa según tratamiento de inducción. Servicio de Gastroenterología del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda, Barquisimeto, estado Lara, durante el período 2012-2020.

La figura 7 muestra el tipo de tratamiento de mantenimiento que recibieron los pacientes con colitis ulcerosa. 35.9% recibieron mesalazina más azatioprina, 25.6% sulfasalazina más azatioprina, 20.5% mesalazina, 10.3% sulfasalazina, 3.8% alternantes (mesalazina o sulfasalazina más azatioprina), 2.6% alternantes (mesalazina o sulfasalazina) y 1.3% salicilatos (mesalazina) más inmunomoduladores (mercaptopurina).

En relación al tratamiento de inducción en pacientes con enfermedad de Crohn, el 88,9% recibió esteroides y 11,1% aminosalicilatos.

Al distribuir a los pacientes con enfermedad de Crohn según tratamiento de mantenimiento, se muestra que el 66,7% recibió tratamiento con mesalazina, 22,2% tratamiento combinado con aminosalicilato e inmunomodulador y 11,1% recibió sulfasalazina.

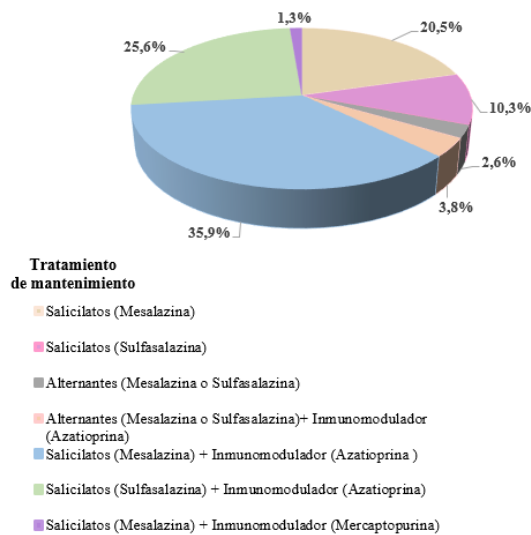


Figura 7. Pacientes con colitis ulcerosa según tratamiento de inducción. Servicio de Gastroenterología del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda, Barquisimeto, estado Lara, durante el período 2012-2020.

En el 70,5% de los pacientes con colitis ulcerosa se evidenció remisión clínica. El 29,5% de los pacientes tuvieron remisión endoscópica. Con respecto a la enfermedad de Crohn, el 88,9% de los pacientes presentó remisión clínica y 33,3% presentó remisión endoscópica.

DISCUSIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un grupo de trastornos crónicos que afecta al tubo digestivo, comprometiendo sólo la mucosa del colon cuando se trata de colitis ulcerosa (CU) y pudiendo complicar de manera transmural, cualquier segmento entre la boca hasta el ano, en el caso de la enfermedad de Crohn (EC). Se caracteriza por alternar períodos de inactividad con períodos de actividad inflamatoria o crisis durante los cuales el paciente presenta síntomas que dependerán de la extensión y severidad de la enfermedad.

En relación a lo anterior, los tratamientos para la EII varían según el tipo y los síntomas particulares; los medicamentos pueden ayudar a

controlar la inflamación para que haya remisión. El objetivo que persigue el tratamiento es la remisión clínica y principalmente la remisión endoscópica con curación de la mucosa; la indicación de tratamientos eficaces en etapas tempranas de la enfermedad podría evitar el curso evolutivo hacia la inflamación incontrolada con el consecuente desarrollo de complicaciones.

Cabe destacar que en la literatura son escasos los estudios que han sido realizados para evaluar la respuesta clínica, endoscópica e histológicas de EII, sobre todo en nuestro medio. En el transcurso de los años se han desarrollado índices para especificar la severidad del compromiso en la CU utilizando varias clasificaciones endoscópicas, siendo la más usada la clasificación endoscópica de mayo y el índice endoscópico de severidad (UCEIS)⁽⁶⁾. Asimismo, se han definido índices clínicos y endoscópicos para evaluar la actividad de la EC como HBI y CDEIS⁽⁷⁾.

La alta sospecha clínica asociada al conocimiento de las manifestaciones endoscópicas permite el diagnóstico precoz de EII y el inicio temprano de tratamiento, favoreciendo un mejor control de la enfermedad. Esta afección crónica y potencialmente incapacitante representa un importante problema de salud pública que por lo general tiende a afectar a personas jóvenes⁽⁸⁾.

Por tal motivo con la finalidad de generar aportes en el estudio de esta temática poco explorada en nuestra comunidad científica, se determinó la remisión clínica y endoscópica en pacientes con enfermedad EII mediante el uso de aminosalicilatos, corticoides sistémicos e inmunomoduladores siendo éstos los tratamientos con mayor disponibilidad en nuestro medio, conociendo así el comportamiento de la enfermedad en nuestros pacientes y la necesidad o no de contar con otras

terapias farmacológicas como los tratamientos biológicos, los cuales son de poca disponibilidad en nuestro medio. Se utilizaron los registros de las historias clínicas de 87 pacientes atendidos en la consulta de Gastroenterología.

La EII en sus dos tipos, UC y EC, afecta en su mayoría a la población joven comprendida entre 15 y 26 años⁽⁹⁾. Los resultados de esta investigación, señalaron que la edad de los pacientes en general se situó entre $48,9 \pm 13,4$ años. Esta edad promedio tiene correspondencia con la referencia mencionada por el Centers for Disease Control and Prevention de los EE UU que establece un rango de edad de 45 años o más para los pacientes con mayor riesgo de padecer una enfermedad inflamatoria intestinal. Es probable que en nuestro medio el diagnóstico sea a una edad tardía por diversos factores, entre ellos la historia natural de la enfermedad, con un comienzo insidioso que puede retrasar el diagnóstico de la misma.

Al distinguir el sexo, se reportaron diferencias con otras investigaciones cuyos resultados prevalentes fueron masculinos⁽¹⁰⁾ evidenciándose coincidencia en el sexo femenino con los estudios de Palmezano y colaboradores⁽¹¹⁾. Con respecto a esto, Greuter y colaboradores⁽¹²⁾ refieren que la genética conlleva a una preponderancia del sexo femenino cuando hay antecedentes familiares de EII en comparación con casos esporádicos.

El tipo de enfermedad más diagnosticada en esta investigación fue CU (89,7%) lo cual coincide con otras investigaciones^(4,5,13) aunque se muestra una variabilidad en el tamaño de la muestra, en su mayoría el número de pacientes diagnosticados con CU es superior a EC.

En cuanto a la clasificación de Montreal para CU, los subtipos más frecuentes al momento del diagnóstico fueron la colitis ulcerativa izquierda

(E2), la pancolitis ulcerativa (E3) y proctitis (E1); éstos resultados difieren parcialmente con otros estudios latinoamericanos como el publicado por Paredes y colaboradores⁽¹⁰⁾, en donde se describe una predominancia similar según la clasificación de Montreal de pancolitis en 47%, seguida por colitis izquierda en 35,8% y 17,2% proctitis⁽⁴⁾; esto es similar además al estudio realizado por Miranda y Giraldo⁽⁵⁾ en el cual la pancolitis afectaba al 41,8% de pacientes, seguida por la colitis izquierda en 25,5%. Asimismo, Rojas y colaboradores⁽¹³⁾ en su estudio reportaron 53,3% de pacientes con proctitis ulcerativa y 26,6% con pancolitis.

En éste orden de ideas, en EC la mayoría de los pacientes se clasificó en A3 (> 40 años), con patrón inflamatorio (B1), seguido de estenosante (B2) y predominio íleal (L1) identificándose actividad moderada, lo cual concuerda con otras investigaciones^(4,5,10,13) donde fue más predominante la clasificación A2-B2. Con respecto al índice de actividad clínica según la escala de Mayo, arrojó resultados para CU al momento del diagnóstico entre leve (S1) y moderada (S2); posterior al tratamiento, cambió a leve (S1) en más del 85% de los pacientes. Resultados similares entre leve y moderada fueron los obtenidos con el índice Harvey-Bradshaw (HBI) y el índice de actividad clínica para EC al momento del diagnóstico; posterior al tratamiento, sólo un paciente presentó actividad leve.

Ahora bien, los pacientes pueden tener una actividad clínica similar de la enfermedad, pero diferir en el perfil de riesgo para diferentes resultados. La mayoría tienen períodos de actividad o remisión. Aunque en general los pacientes con una actividad leve a moderada requieren menos frecuentemente una colectomía, ciertas características clínicas pueden predecir un curso agresivo de la enfermedad, como edad menor a 40 años al momento del diagnóstico, enfermedad extensa,

actividad endoscópica severa (presencia de úlceras profundas), manifestaciones extraintestinales y marcadores de inflamación elevados (como la VSG o la PCR)⁽¹⁴⁾.

En cuanto a la actividad endoscópica de CU por escala de Mayo, se observó que 55 pacientes al momento del diagnóstico tenían un índice de actividad endoscópica entre moderada y severa; posterior al tratamiento, varió de leve a moderada. En el índice de severidad endoscópica CDEIS para la EC al momento del diagnóstico, el 100% de los pacientes tenían valores entre 3 y 25 puntos; posterior al tratamiento, según CDEIS, se evidenciaron 6 pacientes con valores entre 4 y 6 puntos.

En tal sentido, la actividad más frecuentemente encontrada en los pacientes con CU según la escala de Mayo concuerda con la referencia de la American Gastroenterological Association, en donde se especifica que la mayoría de pacientes con CU tienen un curso leve a moderado caracterizado por períodos de actividad o remisión⁽¹⁴⁾. Se debe considerar que la EII tiene un curso crónico e intermitente, algunos pacientes tienen una sintomatología continua y progresiva, mientras que 20% aproximadamente tendrán una remisión prolongada⁽¹⁵⁾, llevando a pensar que el curso en cada paciente es impredecible.

En cuanto a la terapéutica, se encontró que el tratamiento de inducción más usado en la CU fue prednisona seguido por mesalazina. El tiempo de tratamiento varió de acuerdo al medicamento y la evolución de los pacientes. En el mantenimiento se utilizaron más las combinaciones de medicamentos, prevaleciendo mesalazina + azatioprina y sulfasalazina + azatioprina. En cuanto a EC, el tratamiento de inducción más utilizado fue el esteroide, seguido por 5-ASA (12,5%), siendo el 5-ASA el más utilizado en el mantenimiento de la enfermedad, seguido por terapia combinada con azatioprina.

Estos resultados difieren parcialmente del estudio publicado por Paredes y colaboradores⁽¹⁰⁾, quienes usaron como tratamientos de inducción y mantenimiento de la CU en su mayoría 5-ASA, lo cual podría explicarse por el difícil acceso a los 5-ASA en nuestro medio.

Por su parte, Palmezano y colaboradores⁽¹¹⁾ en su estudio refieren el tratamiento de mantenimiento de los pacientes con CU en orden prevalente: mesalazina (5-ASA), sulfasalazina (aminosalicilatos) y tratamiento biológico. Mayorca y colaboradores⁽⁴⁾ reportaron resultados similares en CU donde la mayoría de los pacientes recibieron tratamiento con 5-ASA (40%) y en relación a los tratamientos utilizados en EC, la mayoría de los pacientes recibió tratamiento con 5-ASA (54%), lo cual coincide con los resultados de esta investigación.

En correspondencia con lo expuesto en la literatura, algunos de los fármacos utilizados en el tratamiento de la CU y EC administrados por vía oral revelan la posibilidad de realizar un tratamiento eficaz y seguro, que conlleva a la optimización de los resultados del tratamiento en EII. Los fármacos 5-ASA (aminosalicilatos) son eficaces en la enfermedad leve a moderada (principalmente CU). La característica principal de los diferentes tipos de compuestos que contienen 5-ASA es su capacidad para llevar el principio activo, 5-ASA, a distintas zonas del intestino delgado y grueso.

Está demostrado que los agentes 5-ASA reducen la probabilidad de recurrencia de la enfermedad colónica. Por otra parte, el uso de los agentes conocidos como inmunomoduladores tienen cada vez más importancia en el tratamiento actual de la EII. La azatioprina, o su metabolito activo 6-MP, tienen utilidad en el tratamiento de la CU como también para pacientes con EC. Se evidenció

que el porcentaje de administración de estos fármacos fue relativamente alto, en combinación con otros fármacos.

La remisión se describe como la completa resolución de síntomas y/o cicatrización endoscópica de la mucosa; en este estudio se encontró que 70,5% de los pacientes con CU presentaron remisión clínica y 29,5% remisión endoscópica. De los 9 pacientes con EC, 88,9% presentaron remisión clínica y la mayoría (66,7%) no presentaron remisión endoscópica. Estas cifras son inferiores a las presentadas por Miranda y Giraldo⁽⁵⁾, quienes refirieron remisión clínica y endoscópica en 58,2% de los pacientes con CU; asimismo, fue reportada para la EC remisión en 45,5% de los pacientes.

Es importante resaltar que en los resultados presentados por Miranda y Giraldo, 59,1% de pacientes con EC y 15,5 % de pacientes con CU recibieron terapia biológica; Mayorca y colaboradores⁽⁴⁾ expusieron que de los pacientes que usaron terapia biológica, 61% y 8 % de pacientes con CU y EC respectivamente lograron remisión clínica, demostrando la importancia de la misma en la optimización del tratamiento y remisión endoscópica en algunos casos. Cabe destacar que la cantidad de pacientes con EC incluida en el estudio fue baja, lo cual no permite reflejar la realidad de la totalidad de los pacientes con este subtipo de la enfermedad.

Con respecto a lo anterior, se debe destacar el difícil acceso a los tratamientos convencionales por parte de los pacientes en nuestro medio, lo cual pudiera condicionar intermitencia y variación de la dosis de los mismos y esto influir negativamente sobre la remisión. Por otra parte mucho se ha hablado de la curación de la mucosa entendida como remisión endoscópica; no obstante, es probable que la remisión endoscópica no sea realmente la remisión profunda que se esperaba y que en un futuro

próximo tal concepto se atribuya realmente a remisión histológica.

En éste orden de ideas se debe enfatizar la importancia de realizar estudios endoscópicos de seguimiento a los pacientes, así como también la asistencia a la consulta, puesto que la mayoría de ellos pueden presentar remisión clínica de los síntomas y no necesariamente tener remisión endoscópica lo cual puede ocasionar persistencia de la inflamación del tubo digestivo, que sin un adecuado manejo, puede desarrollar complicaciones graves a futuro.

Estos resultados sugieren continuar el proceso investigativo para sustentar las bases teóricas en la remisión clínica y endoscópica de los trastornos de la EII con el uso de diferentes fármacos. A pesar de las limitaciones derivadas del tamaño de la muestra en la EC y la falta de investigaciones previas publicadas con características similares que permitieran contrastar los resultados de la EII de manera más específica en la terapéutica, se mantiene la inquietud en un futuro de manejar una terapéutica para una remisión libre de esteroides, así como lograr y mantener la curación de la mucosa completa y en consecuencia evitar las complicaciones, hospitalizaciones y cirugías innecesarias, así como mejorar la calidad de vida del paciente a través de terapias combinadas y terapia biológica que proporcionarían mejores resultados que otras acciones convencionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Walfish, A. y Ching, R. (2019). Generalidades sobre la enfermedad inflamatoria intestinal. MANUAL MERCK. Disponible en <https://www.merckmanuals.com/es-pr/professional/trastornos-gastrointestinales/enfermedad-inflamatoria-intestinal-ibd/generalidades-sobre-la-enfermedad-inflamatoria-intestinal>

2. Suárez L, Agrimbau J, Fuentes D. Enfermedad inflamatoria intestinal: Situación actual de las alternativas terapéuticas. *Colomb Med* 2007; 38(1): 34-40.
3. Paredes J, Otoya G, Mestanza A, Lazo L, Acuña K, Arenas J. Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital de referencia de Lima-Perú. *Rev Gastroenterol* 2016; 36(3): 209-18.
4. Mayorca A, Rodríguez V. (2018). Respuesta al tratamiento en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y su calidad de vida en la ciudad de Quito Cuenca y Guayaquil en el periodo enero – abril 2018. Tesis. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito. Ecuador.
5. Miranda L, Giraldo A. (2019). Caracterización epidemiológica y clínica de la enfermedad inflamatoria intestinal en una cohorte de pacientes en el hospital militar central entre el año 2012-2017. [Tesis]. Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá. Colombia. Disponible en <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/35073/tesis%20luis%20francisco%20mrianda%20.pdf?sequence=1>
6. Mohammed N, Samaan M, Mosli M, Parker C, MacDonald S, Zou R. Endoscopic scoring indices for evaluation of disease activity in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 1(1):CD011450.
7. Ikeya K, Hanai H, Sugimoto K, Osawa S, Kawasaki S, Takayuki T. The Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity More Accurately Reflects Clinical Outcomes and Long-term Prognosis than the Mayo Endoscopic Score. *J Crohns Colitis* 2016; 10(3): 286-95.
8. Sambuelli A, Negreira S, Gil A, Goncalves S, Chavero P, Tirado P, et al. Manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal. Revisión y algoritmos de tratamiento. *ACTA – SUPLEMENTO EII. Acta Gastroenterol Latinoam* 2019; 48(4): 263-270.
9. Molodecky N, Kaplan G. Environmental risk factors for inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol* 2010; 6(5): 339-46.
10. Paredes J, Otoya G, Mestanza A, Lazo L, Acuña K, Arenas J, et al. Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital de referencia de Lima-Perú. *Rev Gastroenterol* 2016; 36(3): 209-18.
11. Palmezano J, Figueroa C, Amaya R, Delgadillo D, Campo K, Gómez J. Descripción clínica y epidemiológica de los pacientes con colitis ulcerativa en un hospital universitario de Colombia. *Med* 2018; 40(1): 132-133.
12. Greuter T, Manser C, Pittet V, Vavricka S, Biedermann L. Gender Differences in Inflammatory Bowel Disease. *Pub Med Digestion* 2020; 101(1): 98-104.
13. Rojas C, Sánchez-Londoño S, Rojas N, Sepúlveda M, García J, Jiménez D, et al. Descripción clínico-epidemiológica de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en una clínica de cuarto nivel en Cali. *Rev Colomb Gastroenterol* 2020; 35(2): 166-173.
14. Ko C, Singh S, Feuerstein J, Falk-Ytter C, Falk-Ytter Y, Cross R. AGA clinical guidelines on the management of mild to

García M, Armanie E. Remisión clínica y endoscópica en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal mediante el uso de aminosalicilatos, corticoides sistémicos e inmunomodulares

Boletín Médico de Postgrado 2023; 39(1): 22-32. DOI: 10.5281/zenodo.7459886 ISSN: 2791-3848

moderate ulcerative colitis. *Gastroenterol* 2019; 156(3): 748-764.

15. Peppercorn MA, Kane SV. (2018). Clinical manifestations, diagnosis and prognosis of Crohn disease in adults. Disponible en: https://www-uptodate-com.bibliotecavirtual.udla.edu.ec/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-prognosis-of-crohn-disease-in-adults?search=crohn%20disease&source=search_re [Consulta 2021, Mayo, 25]