

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO ENTRE 2001-2008.

Sociodemographic and clinical characteristics of patients with diagnosis of ulcerative colitis in Hernan Henriquez Aravena Hospital between 2001-2008.

Roberto Andrés Duran Fernández,¹ Pablo Andrés Villanueva Esparzal,¹ Guillermo Osvaldo Garcés Monsalve.¹

(1) Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco.

Correspondencia:

No registrada

Aprobado:

Marzo de 2010

Conflictos de interés:

El autor declara no tener conflictos de interés.

Rev Estud Med Sur 6(1): 9-11.

DOI:

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La Colitis Ulcerosa es una patología inflamatoria intestinal idiopática, presenta baja prevalencia y sus características sociodemográficas en Chile y la región son poco conocidas. **OBJETIVOS:** Describir características clínicas y sociodemográficas de la Colitis Ulcerosa en la región. **MÉTODO:** Estudio de corte transversal realizado mediante revisión de fichas clínicas de pacientes con Colitis Ulcerosa, confirmadas con biopsia y colonoscopia, del Hospital Hernán Henríquez Aravena entre 2001-2008 (n = 60). **RESULTADOS:** La edad tuvo una mediana de 32,4 años, 66,7% mujeres, 83,3% no mapuches. Un 25,0% declaró ser fumador, el 11,6% consumía alcohol, 83,3% presentó deposiciones con sangre, 75,0% diarrea, y 71,6% dolor abdominal. **CONCLUSIONES:** El sexo femenino predomina. La población mapuche tiene una frecuencia menor de afección. El resto de resultados concuerdan con la literatura.

PALABRAS CLAVE: Colitis ulcerosa, epidemiología.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Ulcerative colitis (UC) is an inflammatory bowel disease, has low prevalence and sociodemographic characteristics in Chile and the region are poorly known. **OBJECTIVES:** To describe sociodemographic and clinical characteristics of UC in the region. **MATERIAL AND METHODS:** Cross-Sectional Study conducted by reviewing medical records of patients with UC confirmed with colonoscopy and biopsy, at the Hernan Henriquez Aravena Hospital between 2001 and 2008 (n = 60). **OUTCOME:** The mean age was 32.4 years, 66.7% were women, 83.3% non-Mapuche. 25% were smokers and 11.6% consumed alcohol, 83.3% with blood stools, 75% diarrhea, 71.6% abdominal pain. **CONCLUSIONS:** The female predominance. The Mapuche population is probably less affected. The remaining results are consistent with the literature.

KEYWORDS: Ulcerative colitis, Epidemiology.

INTRODUCCIÓN

La Colitis Ulcerosa (CU) es una Enfermedad Intestinal Inflamatoria Idiopática (EII), su frecuencia es de 5 a 10 casos por 100 000 habitantes y no presenta discriminación por sexo. La edad más frecuente para la aparición de la enfermedad es de 15 a 30 años con un segundo peak entre 60 y 80 años.¹⁻³ La etiología y la patogenia de la CU sigue sin estar aclarada, aunque se han propuesto explicaciones en base a la combinación de factores exógenos como agentes infecciosos con factores del huésped como: Función de barrera de los enterocitos, actividad neuronal, factores psíquicos del paciente, factores genéticos o aporte vascular.¹ De esta forma, estos factores de manera independiente o combinados puede generar una alteración de la activación fisiológica y de la inhibición del sistema inmune en la mucosa del colon. En esta misma línea se ha investigado la relación del tabaquismo, el alcohol, la apendicectomía etc., como probables factores de riesgo involucrados en la génesis de la CU. Se ha observado por ejemplo, que en el caso del tabaquismo, habría un menor riesgo a desarrollar CU en aquellos pacientes que tienen un hábito tabáquico.^{4,5}

Desde un punto de vista anatomopatológico,^{1,6,7} la CU se caracteriza por afectar la mucosa del recto hasta el colon ascendente y ciego, microscópicamente se observa afección de la mucosa, menos frecuente la submucosa y excepcionalmente el resto de la pared. Las lesiones de la mucosa tienen aspecto friable y granular, con úlceras lineales, pseudopólipo y material hemático, además de destrucción de células epiteliales, micro abscesos crípticos e infiltración polimorfonuclear. Clínicamente se caracteriza por rectorragia, diarrea

asociada a mucus, pus o sangre, dolor abdominal e incluso fiebre.¹⁻³ Además considerar que la CU se puede manifestar por sus complicaciones como: hemorragias, perforación, cáncer de colon, megacolon tóxico, poliartritis inespecífica, hepatopatías y uveítis

OBJETIVOS

El propósito del estudio es describir las características clínicas y sociodemográficas de la CU en nuestra región. Los objetivos específicos son reconocer las manifestaciones clínicas más relevantes y frecuentes de la enfermedad, señalar la distribución por sexo, edad de diagnóstico, la relación al hábito tabáquico y al consumo de alcohol, y la distribución étnica de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño del estudio corresponde a un estudio descriptivo de corte transversal.

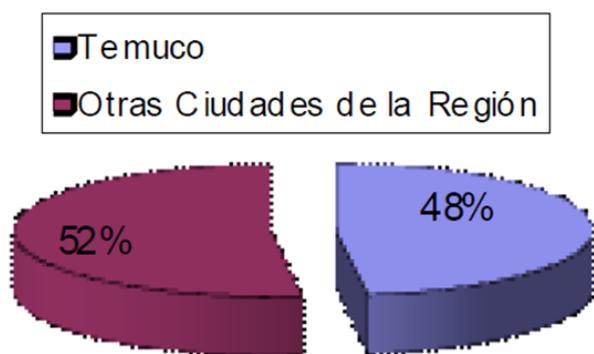
Criterios de inclusión: Se seleccionaron fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de CU, confirmadas con biopsia y colonoscopia, con al menos una hospitalización en el Hospital Hernán Henríquez Aravena entre 2001 y 2008. En total se encontraron 65 fichas de pacientes con el diagnóstico de CU en la unidad de estadística del Hospital Hernán Henríquez Aravena (H.H.H.A) entre los años descritos, de las 65 fichas originales 60 tenían los criterios de inclusión propuestos en el estudio. Del total de pacientes seleccionados se procede a la revisión de los siguientes parámetros: Edad al momento del diagnóstico, sexo, etnia, hábito tabáquico y consumo de alcohol y características clínicas.

Los resultados fueron ingresados a una planilla Excel® 2003 y analizados mediante gráficos usando este mismo programa.

RESULTADOS

Dentro de las características poblacionales de los 60 pacientes estudiados con CU, 58 pacientes residen en la Región de la Araucanía (96,6% del total) y de éstos un poco menos de la mitad viven en Temuco y el resto en otras ciudades de la región (Figura 1).

Figura 1. Distribución geográfica del total de pacientes de la Región de la Araucanía.



La edad al momento del diagnóstico, tuvo una mediana 32,4 años con un rango de 2 a 70 años. Con 36 mujeres existe un predominio del sexo femenino (66,7% del total).

Del subgrupo de pacientes que presentaron hábito tabáquico o consumo de alcohol, se observa en esta distribución (Figura 2) que la mayoría no tenía consumo de ninguno de los dos aspectos, sin embargo de los que declararon tener alguno o ambos de los hábitos encuestados, el 44% tienen hábito tabáquico, el 33% consumen solo alcohol y un 23% tienen hábito tabáquico y consumen alcohol.

Con respecto a la etnia encontramos que un 83,4% no presentaba apellidos mapuches y el 16,6% presentaba al menos uno. Dentro del grupo de pacientes mapuches se observó que el 80,0% son mujeres y 20,0% hombres.

De las características clínicas expuestas se puede decir que la gran mayoría presentó deposiciones con sangre junto a la diarrea y el dolor abdominal tienden a demarcar el cuadro, y el resto de síntomas como anemia, mucus, fiebre, baja de peso taquicardia y

vómitos son menos frecuentes presentándose en promedio bajo el 50,0% (tabla 1).

Figura 2. Distribución porcentual de los hábitos tabáquicos y del consumo de alcohol.

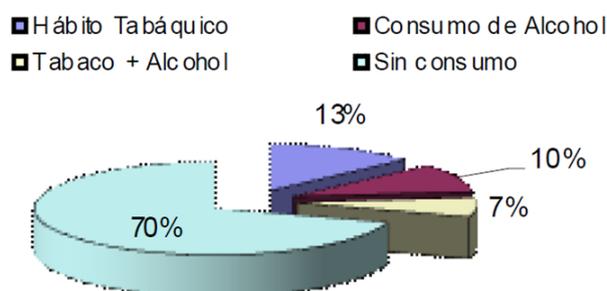


Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de los principales signos y síntomas de los pacientes.

	Frecuencia	Porcentaje
Diarrea	45	75,00%
Sangre en las deposiciones	50	83,33%
Anemia	25	41,66%
Taquicardia	16	26,66%
Baja de peso	21	35,00%
Fiebre	22	36,66%
Mucus	23	38,33%
Tenesmo	6	10,00%
Dolor abdominal	43	71,66%

CONCLUSIÓN

Al analizar los resultados de nuestro estudio, observamos que la CU predomina en el sexo femenino en una relación 2:1, lo cual disiente con la literatura que señala una paridad en relación a la edad en esta enfermedad. Se requeriría un mayor estudio para determinar si la cifra dada por nuestro trabajo se debe a una mayor predominancia del género femenino en

nuestro medio o a otros factores.

Con respecto a la edad, la CU con una frecuencia de 61,6% es diagnosticada predominantemente en el adulto joven. De nuestra muestra obtuvimos una mediana de 32,4 años con dos casos de pacientes de 2 años y uno de 70 años, no mostrando además, un segundo peak sobre 60 años sugerido en la literatura. Respecto a los hábitos registrados en la población, predominantemente no fuma ni bebe alcohol. Con respecto al tabaco, la literatura señala que éste podría ser un factor protector para el desarrollo de la CU. La frecuencia del hábito tabáquico en nuestro estudio es de un 25%, pareciera ser entonces, que la baja frecuencia del hábito tabáquico de nuestra muestra concuerda con la información disponible.

Respecto a la etnia, encontramos que la frecuencia en la población que tiene uno o dos apellidos mapuches es menor que en el grupo que no los tiene, y dentro del subgrupo de pacientes mapuches, parece verse más afectada la población femenina con un 80% al igual que en la población general. Los factores que explican la baja frecuencia de esta etnia, y a su vez, la concordancia con la distribución por sexo arrojado por nuestro estudio, puede ser objeto de estudios posteriores. Sería interesante conocer las causas de esta disociación de resultados.

Dentro de las características de presentación clínica de la enfermedad, nuestros resultados no disienten con los expuestos en la literatura, reconociendo como síntomas más frecuentes, las deposiciones con sangre (83,0%), diarrea (75,0%) y el dolor abdominal (71,6%).

En conclusión, podemos decir que los resultados obtenidos en nuestra población concuerdan en general con los descritos en otros estudios y en la literatura, con la excepción de la variante sexo y la distribución de la edad que arrojó esta revisión. Es importante considerar que este estudio descriptivo de pacientes con Colitis Ulcerosa del Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco, por ser este centro de derivación regional para esta patología en el sector público, provee de una población representativa de los pacientes de toda la región. En relación a la considerable proporción de población mapuche en esta región, resulta interesante pensar en realizar en el futuro, estudios de mayor profundidad que puedan explicar la baja frecuencia de esta etnia en relación a la Colitis Ulcerosa.-

REFERENCIAS

1. Braunwald E, Hauser S, Fauci A, Longo D, Kasper D, Jamenson J, editores. Harrison Principios de Medicina Interna, Vol II. 15ª edición. México: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.V; 2001. p. 853-856.

2. Goldman L, Bennett J, editores. Cecil Tratado de Medicina Interna, Vol I. 21ª edición. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.V; 2003. p. 797-802.

3. Edward V, Loftus Jr. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology* 2004; 126(6):1504-13

4. De Saussure P, Clerson P, Prost PL, Truong Tan N, Bouhnik Y, Gil-Rch. Appendectomy, smoking habits and the risk of developing ulcerative colitis: a case control study in private practice setting. *Gastroenterol Clin Biol* 2007; 31 (5):493-7.

5. Green JT, Rhodes J, Ragunath K, Thomas GA, Whilliams GT, Mani V, et al. Clinical status of ulcerative colitis in patients who smoke. *Am J Gastroenterol* 1998; 93(9):1463-7.

6. Cotren RS, Kumar V, Collins T, editores. Robbins Patología Estructural y Funcional. 6ª edición. Colombia: MacGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2002. p. 853-3.

7. Fiocchi C. Inflammatory bowel disease: Etiology and Pathogenesis. *Gastroenterology* 1998; 115(1): 182-23. -33.