



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 2

Neiva, 25 de marzo de 2022

Señores
CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
Ciudad

El (Los) suscrito(s):

Juan Fernando Bermudez Pinzon, con C.C. No. 1075294114,
Jennifer Nathalia Navia Fernandez, con C.C. No. 1080936683,
Julian David Ortiz Caviedes, con C.C. No. 1075305169,
Astrid Julieth Ortiz Guaraca, con C.C. No. 1079184511,

Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado

Titulado Anemia Hemolítica Autoinmune Una Complicación Poco Frecuente Colitis Ulcerativa A
Propósito De Un Caso

presentado y aprobado en el año 2020 como requisito para optar al título de MEDICO GENERAL;

Autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que, con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores”, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

Vigilada Mineducación



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 2

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Juan Fernando B

Firma: _____

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

[Handwritten signature]

Firma: _____

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Asterio Ortiz

Firma: _____

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

[Handwritten signature]

Firma: _____



TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Anemia Hemolítica Autoinmune Una Complicación PocoFrecuente Colitis Ulcerativa A Propósito De Un Caso

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Bermudez Pinzon	Juan Fernando
Navia Fernandez	Jennifer Nathalia
Ortiz Caviedes	Julian David
Ortiz Guaraca	Astrid Julieth

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Melgar Burbano	Christian Ernesto

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Dolly	Castro Betancourth

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Medico general

FACULTAD: Salud

PROGRAMA O POSGRADO: Medicina

CIUDAD: Neiva

AÑO DE PRESENTACIÓN: 2022

NÚMERO DE PÁGINAS: 44

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):



Diagramas___Fotografías___Grabaciones en discos___Ilustraciones en general___Grabados___
Láminas___Litografías___Mapas___Música impresa___Planos___Retratos___ Sin ilustraciones___ Tablas
o Cuadros X

SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento:

MATERIAL ANEXO:

PREMIO O DISTINCIÓN (*En caso de ser LAUREADAS o Meritoria*):

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

Español

Inglés

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| 1. Anemia hemolítica autoinmune | 1. Autoimmune haemolytic anaemia |
| 2. Colitis ulcerativa | 2. Ulcerative Colitis |
| 3. Enfermedad Inflamatoria Intestinal | 3. Inflammatory Bowel Disease |
| 4. Cáncer Colorrectal | 4. Colorectal Cancer |
| 5. Hemolisis | 5. Hemolysis |

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

Introducción: La colitis ulcerativa es una alteración a nivel del tracto gastrointestinal con una respuesta inflamatoria crónica, esta patología puede tener diversas manifestaciones extraintestinales como las musculoesqueléticas, oculares, hepatobiliares, hematológicas y a nivel respiratorio. Dentro de las manifestaciones hematológicas se describe la anemia hemolítica autoinmune, aunque su presentación es muy infrecuente.

Metodología y resultados: Es un estudio descriptivo retrospectivo donde presentamos un caso clínico de una paciente femenina de 53 años con diagnóstico de una colitis ulcerativa que acude al servicio de urgencias del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo donde finalmente se le diagnostica anemia hemolítica autoinmune como una complicación poco frecuente de su enfermedad. Se realiza un análisis de la conducta clínica de la enfermedad donde se determina los aciertos en la atención del paciente y los aspectos a mejorar.



Análisis y discusión: En este estudio se pudo observar que la anemia hemolítica es una complicación con una muy baja incidencia en los pacientes que sufren de colitis ulcerativa y que puede cambiar el curso completo de la enfermedad, pero realmente lo que cambia el pronóstico de enfermedad de un paciente es el trabajo en equipo del personal de salud, donde ponen al paciente como prioridad y toman las decisiones en conjunto.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

Introduction: Ulcerative colitis is an alteration in the gastrointestinal tract with a chronic inflammatory response, this pathology can have various extra-intestinal manifestations such as musculoskeletal, ocular, hepatobiliary, hematological, and respiratory. Among the hematological manifestations, autoimmune hemolytic anemia is described, although its presentation is very infrequent.

Methodology and results: It is a retrospective descriptive study where we present a clinical case of a 53-year-old female patient with a diagnosis of ulcerative colitis who attended the emergency service of the Hernando Moncaleano Perdomo University Hospital where she was finally diagnosed with autoimmune hemolytic anemia as a complication rare of your disease. An analysis of the clinical behavior of the disease is carried out where the successes in patient care and the aspects to be improved are determined.

Analysis and discussion: In this study it was observed that hemolytic anemia is a complication with a very low incidence in patients suffering from ulcerative colitis and can change the natural history of disease, but the only things that really changes the prognosis of a patient's disease is the teamwork of the healthcare workers, where they put the patient as a priority and make decisions together.

APROBACION DE LA TESIS

Nombre presidente Jurado: DOLLY CASTRO BETANCOURT

Firma:

Nombre Jurado: CHRISTIAN ERNESTO MELGAR BURBANO

Firma:

Vigilada Mineducación

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE UNA COMPLICACIÓN POCO
FRECUENTE COLITIS ULCERATIVA A PROPÓSITO DE UN CASO

JUAN FERNANDO BERMÚDEZ PINZÓN
JENNIFER NATHALIA NAVIA FERNANDEZ
JULIAN DAVID ORTIZ CAVIEDES
ASTRID JULIETH ORTIZ GUARACA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA- HUILA
2022

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE UNA COMPLICACIÓN POCO
FRECUENTE COLITIS ULCERATIVA A PROPÓSITO DE UN CASO

JUAN FERNANDO BERMÚDEZ PINZÓN
JENNIFER NATHALIA NAVIA FERNANDEZ
JULIAN DAVID ORTIZ CAVIEDES
ASTRID JULIETH ORTIZ GUARACA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Médico

Asesores:

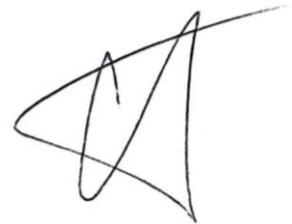
CHRISTIAN ERNESTO MELGAR BURBANO
Médico especialista en Medicina Interna y Gastroenterología
DOLLY CASTRO BETANCOURTH
Enfermera Epidemióloga

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA- HUILA
2022

Nota de aceptación:



Firma del presidente del jurado



Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, marzo del 2022

DEDICATORIA

Este trabajo se dedica en primera instancia a Dios quien nos ha permitido tener la bendición de llegar a este punto.

A nuestras familias quienes han sido uno de nuestros motores principales en el camino, alentándonos siempre y ayudándonos a corregir nuestros errores.

A nuestros maestros, por brindarnos la comprensión, la paciencia y esa dedicación hacia nuestra formación esperando nunca defraudarlos y finalmente pero no menos importante a todas aquellas personas que nos han acompañado en el camino que quizás hoy no están a nuestro lado, pero nos permitieron crecer y ser quienes somos el día de hoy.

*Juan Fernando
Jennifer Nathalia
Julian David
Astrid Julieth*

AGRADECIMIENTOS

A nuestros padres por habernos brindado el apoyo necesario para concluir satisfactoriamente este trabajo y, en consecuencia, aportar en nuestro proceso de formación profesional.

A nuestros maestros, quienes nos brindaron las herramientas y ejercieron como guías para la realización de este trabajo, por su constancia y asesoramiento continuo para culminar exitosamente este proceso e inculcar una conciencia investigadora.

A Dios por estar siempre a nuestro lado apoyándonos y brindándonos fortaleza, darnos la vida y la perseverancia necesaria para continuar con este trabajo.

CONTENIDO

	Pag
INTRODUCCIÓN	11
1. JUSTIFICACIÓN	12
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
3. OBJETIVOS	14
4. ANTECEDENTES	15
5. MARCO TEÓRICO	16
5.1. FISIOPATOLOGIA	17
5.2. MANIFESTACIONES CLÍNICAS	18
5.3. COMPLICACIONES	19
5.4. DIAGNOSTICO	21
5.5. TRATAMIENTO	21
6. DISEÑO METODOLÓGICO	23
6.1. Tipo De Estudio	23
6.2. Lugar Donde Se Realiza	23
6.3. Población Y Muestra	23
6.4. Técnicas Y Procedimientos Para La Recolección De Información	23
6.5. Tratamiento Estadístico – Plan De Análisis	23
6.6. FUENTES DE INFORMACIÓN	24
6.7. ASPECTOS ÉTICOS	25
7. RESULTADOS	27
8. DISCUSIÓN	33
9. CONCLUSIONES	34
10. RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXOS	44

LISTA DE TABLAS

	Pag
Tabla 1 Colitis Ulcerosa: Presentación De La Enfermedad	18
Tabla 2 Manifestaciones Extraintestinales	19

LISTA DE ANEXOS

	Pag
Anexo A. Acuerdo de confidencialidad para investigadores	44

RESUMEN

Introducción: La colitis ulcerativa es una alteración a nivel del tracto gastrointestinal con una respuesta inflamatoria crónica, esta patología puede tener diversas manifestaciones extraintestinales como las musculoesqueléticas, oculares, hepatobiliares, hematológicas y a nivel respiratorio. Dentro de las manifestaciones hematológicas se describe la anemia hemolítica autoinmune, aunque su presentación es muy infrecuente.

Metodología y resultados: Es un estudio descriptivo retrospectivo donde presentamos un caso clínico de una paciente femenina de 53 años con diagnóstico de una colitis ulcerativa que acude al servicio de urgencias del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo donde finalmente se le diagnostica anemia hemolítica autoinmune como una complicación poco frecuente de su enfermedad. Se realiza un análisis de la conducta clínica de la enfermedad donde se determina los aciertos en la atención del paciente y los aspectos a mejorar.

Análisis y discusión: En este estudio se pudo observar que la anemia hemolítica es una complicación con una muy baja incidencia en los pacientes que sufren de colitis ulcerativa y que puede cambiar el curso completo de la enfermedad, pero realmente lo que cambia el pronóstico de enfermedad de un paciente es el trabajo en equipo del personal de salud, donde ponen al paciente como prioridad y toman las decisiones en conjunto.

Palabras Claves: Anemia hemolítica autoinmune, colitis ulcerativa, enfermedad inflamatoria intestinal, Cáncer Colorrectal, Hemolisis.

ABSTRACT

Introduction: Ulcerative colitis is an alteration in the gastrointestinal tract with a chronic inflammatory response, this pathology can have various extra-intestinal manifestations such as musculoskeletal, ocular, hepatobiliary, hematological, and respiratory. Among the hematological manifestations, autoimmune hemolytic anemia is described, although its presentation is very infrequent.

Methodology and results: It is a retrospective descriptive study where we present a clinical case of a 53-year-old female patient with a diagnosis of ulcerative colitis who attended the emergency service of the Hernando Moncaleano Perdomo University Hospital where she was finally diagnosed with autoimmune hemolytic anemia as a complication rare of your disease. An analysis of the clinical behavior of the disease is carried out where the successes in patient care and the aspects to be improved are determined.

Analysis and discussion: In this study it was observed that hemolytic anemia is a complication with a very low incidence in patients suffering from ulcerative colitis and can change the natural history of disease, but the only things that really changes the prognosis of a patient's disease is the teamwork of the healthcare workers, where they put the patient as a priority and make decisions together.

Keywords: Autoimmune hemolytic anemia, ulcerative colitis, inflammatory bowel disease, Colorectal Cancer, Hemolysis.

INTRODUCCIÓN

La colitis ulcerativa es una de las dos grandes entidades patológicas asociadas al proceso de la enfermedad inflamatoria intestinal.(1) A pesar de los avances en métodos diagnósticos, aún no se ha podido identificar de forma clara la etiopatogenia de esta patología, aunque se ha establecido una fuerte asociación entre factores del huésped (genéticos, factores inmunológicos) como factores ambientales (cirugías, flora bacteriana, etc).

Si bien su presentación clásica es la alteración a nivel del tracto gastrointestinal, al tratarse de una enfermedad sistémica y con una respuesta inflamatoria importante, las manifestaciones se pueden dar a escalas muy diversas y con cuadros muy distintos entre ellos. De esta manera un paciente puede tener manifestaciones cutáneas, musculoesqueléticas, oculares, hepatobiliares, hematológicas y respiratorias.

Entre las manifestaciones hematológicas se incluye la anemia hemolítica, cuya incidencia es baja y la forma de presentación suele ser asintomática. En este artículo se realizará la descripción y análisis de un caso clínico de colitis ulcerativa asociado a anemia hemolítica.

1. JUSTIFICACIÓN

Actualmente existe desconocimiento de la caracterización de la enfermedad inflamatoria intestinal en nuestro país, especialmente de sus complicaciones y manifestaciones superpuestas. Por lo que resulta de especial interés el reporte de este caso, en donde se identificó una complicación rara pero mortal como lo es la anemia hemolítica. Dicho reporte busca proporcionar información útil al momento de abordar esta entidad y realizar un correcto manejo y ampliar datos para contrastarlo con futuros casos similares.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presentación de la anemia hemolítica en la colitis ulcerativa es una rara complicación que puede llegar a ser fulminante si no se logra realizar un tratamiento oportuno y eficaz, debido a la alta refractariedad al tratamiento y su alta tasa de complicaciones existe muy poca información al respecto a nivel local, por lo que la presentación de este caso nos permite realizar una descripción clinicopatológica que nos ayude a entender las manifestaciones y manejo de esta entidad clínica.

3. OBJETIVOS

Describir las características clínicas y la evolución de la paciente con diagnóstico de anemia hemolítica autoinmune como una complicación de colitis ulcerativa durante su hospitalización en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP).

3.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las principales complicaciones que pueden afectar a los pacientes con colitis ulcerativa y determinar la frecuencia con las que estas ocurren.
- Enunciar los aciertos y fallas en la atención a esta paciente según lo establecido en la literatura en el tratamiento de esta enfermedad.
- Establecer unas bases de actuación brindando un enfoque terapéutico en los pacientes con anemia hemolítica autoinmune que se presentan en el contexto de una colitis ulcerativa.

4. ANTECEDENTES

Actualmente se ha establecido la anemia hemolítica como una manifestación rara de la colitis ulcerativa y cuya etiología es múltiple. En algunos casos es difícil de determinar. Los estudios de caso remontan a finales de la década de los 90 (2), donde Gianaddaki & cols. determinaron la presencia de anemia hemolítica en el 1.7% de los pacientes con colitis ulcerativa.

A nivel internacional existen múltiples reportes de caso sobre estas dos entidades patológicas (2–5), donde el cuadro clínico varía desde anemias hemolíticas asintomáticas hasta anemias asociadas a síndrome hemolítico urémico (5).

En Latinoamérica la incidencia de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es de 1,2 a 4 por cada 100.000 habitantes, y su prevalencia es de 20 - 100 por cada 100.000 habitantes, aunque se estima que la cifra pueda ser más elevada (6). Se encontraron 4 reportes de caso de colitis ulcerativa y anemia hemolítica en Latinoamérica (7–10). En Colombia no existen muchos estudios que determinen la incidencia y prevalencia de la colitis ulcerativa, y solamente se ha determinado que la colitis ulcerativa es más frecuente que la enfermedad de Crohn en nuestro medio (11) y solamente hay un reporte de caso de anemia hemolítica asociada a colitis ulcerativa (10).

5. MARCO TEÓRICO

La colitis ulcerativa es un trastorno inflamatorio crónico de etiología desconocida que afectan al tracto gastrointestinal. El pico de ocurrencia es entre las edades de 15 y 30 años y entre 60 y 80 años, pero en general el inicio de la enfermedad puede ocurrir a cualquier edad. La incidencia de la colitis ulcerativa varia de 0.6 a 24.3 por 100.000 habitantes en Europa, 0 a 19.2 por 100.000 habitantes en Estados Unidos y 0.1 a 6.3 por 100.000 habitantes en el Medio Oriente y Asia (12).

En cuanto a las características genéticas que se han asociado a esta patología se le han atribuido diversas variantes de NOD2, de los estudios de asociación de todo el genoma y los genes posiblemente asociados a la colitis ulcerativa se han identificado 18 loci de susceptibilidad. En el 2011 se publicó un Metaanálisis de seis conjuntos de datos de estudios de asociación de todo el genoma de la colitis ulcerosa, que comprendían 6.687 casos y 19.718 controles, como resultado identificaron 29 loci de riesgo, aumentando el número de loci asociados a colitis ulcerosa a 47, diecinueve de estos Loci son específicos para la colitis ulcerativa y 28 se comparten con la enfermedad de Crohn (13). Los genes implicados en la disfunción de la barrera epitelial de la mucosa (ECM1, CDH1, HNF4 α y laminina B1) atribuyen un importante riesgo para presentar colitis ulcerativa; además, la E-cadherina es la primera correlación genética entre el cáncer colorrectal y la colitis ulcerativa.

Dentro de su patogenia se ha encontrado que la señalización inadecuada de IL10 es una vía importante que favorece la inflamación intestinal crónica. (14) Además, múltiples genes asociados en la vía de señalización se superponen con la colitis ulcerativa y la enfermedad de Crohn (IL23R, JAK2, STAT3, IL12B y PTPN2). También se han asociado loci relacionados con otras enfermedades mediadas por el sistema inmunológico como HLA-DR y genes implicados en la diferenciación de células T auxiliares (Th1 y Th17), como IL10, IL7R, IL23R e IFN - γ (15). Debido al diverso número de genes que se le han atribuido a esta patología y su pequeño porcentaje aditivo diversos autores sugieren que el cribado genético no está indicado para evaluar el riesgo de colitis ulcerosa. Otros factores patogénicos potenciales incluyen anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) en el 70% de los pacientes con colitis ulcerativa y Anticuerpos contra *Saccharomyces Cerevisiae* (ASCA) en el 10 –15% de pacientes con la patología y 5% de controles normales (12).

Las infecciones agudas gastrointestinales producidas por *Salmonella spp.*, *Shigella spp.*, *Campylobacter spp.* y *Clostridium difficile* aumentan dos veces el riesgo de producir colitis ulcerativa, estas infecciones alteran la microflora bacteriana gatillando la enfermedad en aquellas personas que están genéticamente

predispuestas.(16) Dentro de los factores protectores se encuentra que la apendicetomía reduce el riesgo de desarrollar colitis ulcerativa en un 69% (17), en los pacientes con antecedente de tabaquismo se ha relacionado con esta patología cuando los pacientes han dejado de fumar.

5.1. FISIOPATOLOGIA

En condiciones fisiológicas ocurre una homeostasis normal entre la microbiota colónica y las células epiteliales, diversos factores ambientales específicos como el tabaquismo, antibióticos, microorganismos patógenos y la predisposición genética altera homeostasis y genera una respuesta inadecuada persistente del sistema inmune, sin embargo, el mecanismo exacto por el cual se desencadena la inflamación no es del todo claro hasta el momento.

En los pacientes con colitis ulcerativa se ha demostrado que los subtipos de mucina 2 se encuentran disminuidos y también tienen una reducción en el número de uniones estrechas (tight junction), también se ha evidenciado que hay una mayor actividad de las células dendríticas que perpetúan la inflamación, las células dendríticas expresan receptores de reconocimiento microbiano incluyendo los Toll-like receptors (18) (19). Esta activación de los Toll-like receptors gatillan respuestas inmunes innatas y adaptativas de forma persistente que llevan a la activación del factor de transcripción nuclear kappa beta (NF-Kb) en macrófagos y en células epiteliales lo cual indica la participación en el proceso inflamatorio (20), las funciones proinflamatorias y de supervivencia celular de NF-kappaB en macrófagos y células T comandan la inflamación intestinal crónica (21). La respuesta inmunológica se altera produciendo una respuesta anormal de TH2 y aumentando la actividad de las células Natural Killers induciendo la liberación de IL13 (22), esta es una citoquina con efecto citotóxico, importante en la alteración de la función de la barrera epitelial promoviendo una mayor actividad apoptótica epitelial, de las uniones estrechas y de la velocidad de restitución (23).

La colitis ulcerativa es una enfermedad crónica caracterizada por una inflamación difusa a nivel de la mucosa del colon, afecta exclusivamente el colon por eso se le atribuye al nombre de colitis ulcerativa. Ocurre una afectación del recto (proctitis) y puede extenderse proximal en un patrón continuo e involucrar el colon sigmoideo (proctosigmoiditis), el colon descendente (colitis del lado izquierdo), o producir una alteración extensa de todo el colon (pancolitis).

Las características macroscópicas de la mucosa con inflamación leve muestra eritema y una superficie granulosa. En la enfermedad grave, la mucosa es hemorrágica, edematosa y ulcerada. Cuando la afección se vuelve crónica se puede

identificar pólipos de origen inflamatorio (pseudopolipos) como consecuencia de la regeneración epitelial, Los pacientes con enfermedad fulminante puede producir colitis toxica o megacolon, la pared intestinal se adelgaza y hay graves ulceras en la mucosa e inclusive puede perforarse. Las características microscópicas de la enfermedad crónica se encuentran una deformación de las criptas del colon, estas pueden estar bífidas y su número se puede reducir considerablemente, También se describe la presencia de plasmacitos y múltiples agregados linfoides basales. También puede aparecer signos como congestión vascular de la mucosa con edema y hemorragia focal e infiltrado de células inflamatorias, como neutrófilos, linfocitos, plasmacitos y macrófagos originando daño epitelial, inflamación, abscesos en las criptas y pérdida de células caliciformes.

5.2. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los principales síntomas son diarrea, rectorragia, tenesmo, secreción de moco y dolor abdominal de tipo cólico. La intensidad de los síntomas depende de la extensión de la enfermedad. En casos graves puede haber deshidratación, anemia, hipopotasemia, hipoalbuminemia. Para graduar la actividad de la enfermedad se clasifica en leve, moderada y severa, esta clasificación se realiza según la clínica, los niveles de hemoglobina, PCR, la presencia de fiebre.

Tabla 1. Colitis Ulcerosa: Presentación De La Enfermedad

	LEVE	MODERADA	GRAVE
Movimientos Intestinales	<4 por día	4 a 6 por día	>6 por día
Sangre En Heces	Escasa	Moderada	Intensa
Fiebre	NO	Media <37.5°C	Media >37.5°C
Taquicardia	NO	<90 de pulso medio	>90 de pulso medio
Anemia	Leve	>75%	≤75%
Velocidad de Sedimentación	<30 mm		>30 mm
Aspecto endoscópico	Eritema, disminución del modelo vascular, granulación fina	Eritema intenso, granulación gruesa, ausencia de marcas vasculares, hemorragia de contacto, ausencia de ulceraciones	Hemorragias espontaneas, ulceraciones

Fuente: Jameson, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Loscalzo. Harrison Principios de Medicina Interna 19 Ed. Vol2. Pag 1525.

Las manifestaciones frecuentes sistémicas asociadas se producen entre el 22 y 40% de los pacientes tienen un compromiso o manifestaciones extraintestinales, el compromiso de la piel, a nivel articular y visual se consideran manifestaciones primarias. De manera más frecuente se encuentran las úlceras orales, edema gangrenoso, uveítis, compromiso hepático.

Tabla 2. Manifestaciones Extraintestinales

Articular	Artritis periférica; actividad paralela a la enfermedad intestinal; espondilitis anquilosante y sacroileítis (asociada con HLA-B27) actividad independiente de la enfermedad intestinal
Piel	Eritema nodoso, úlceras aftosas, pioderma gangrenoso
Ojo	Conjuntivitis, epiescleritis, iritis, uveítis
Hígado	Hígado graso, "pericolangitis" (colangitis esclerosante intrahepática), colangitis esclerosante primaria, colangiocarcinoma, hepatitis crónica.
Otros:	Anemia hemolítica autoinmune, flebitis, embolia pulmonar (estado de hipercoagulabilidad), cálculos renales, enfermedad ósea metabólica.

Fuente: Jameson, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Loscalzo. Harrison's Manual of Medicine 20thEd. Inflammatory Bowel Diseases Pag 817.

5.3. COMPLICACIONES

Se le han atribuido diversas complicaciones entre ellas el megacolon toxico que se caracteriza por presentar un cuadro toxico sistémico y una dilatación aguda no obstructiva del colon que puede ser segmentaria o total cuando su compromiso es mayor de 6 cm de diámetro(24). La radiología simple de abdomen muestra un colon dilatado y existe riesgo alto de perforación (25). El sangrado rectal se encuentra en la mayoría de los pacientes con colitis ulcerativa, la hemorragia masiva en la enfermedad inflamatoria intestinal ocurre en el 1-5% de los pacientes, la gravedad progresiva del sangrado puede ser una indicación importante de cirugía (colectomía) (26). La estenosis es una complicación aún menos común y se debe excluir el diagnóstico de cáncer, el riesgo de cáncer está relacionado con la extensión y el tiempo de evolución de la colitis.

Una de las complicaciones más graves de la colitis ulcerativa crónica es la evolución a cáncer colorrectal, un metaanálisis sugiere que la probabilidad de desarrollar cáncer colorrectal en personas con diagnóstico de colitis ulcerativa crónica se

incrementa con el tiempo de evolución de la patología, esta probabilidad es del 2% después de 10 años desde el inicio de la enfermedad, 8% después de 20 años y 18% después de 30 años desde diagnóstico de colitis ulcerativa (27). La incidencia de cáncer colorrectal en el contexto de la enfermedad inflamatoria intestinal aumenta en un 60% en comparación con la incidencia en la población general (28). La inflamación persistente eleva los niveles de estrés oxidativo, genera ciclos repetitivos de lesión, regeneración y reparación y promueve el almacenamiento de mutaciones oncogénicas a lo largo del tiempo dando lugar a la aparición de displasias y se pueden transformar en cáncer colorrectal (27).

Otra complicación es la anemia hemolítica autoinmune, en la literatura se describe por primera vez la relación de la anemia hemolítica autoinmune en el contexto de una colitis ulcerativa en un reporte de casos realizado en 1955 por el autor Lorber en New York (29), posterior a esa publicación se describen diversos casos con dicha asociación. Edwards, en 1964 investigando las posibles complicaciones de la colitis ulcerativa reportó un caso nuevo de anemia hemolítica entre 624 pacientes con el diagnóstico de colitis ulcerativa (30). En 1991 en Portugal se realizó un estudio prospectivo con una muestra de 180 pacientes con el diagnóstico de colitis ulcerativa y se concluyó que la complicación de anemia hemolítica aparece con una frecuencia del 0,6% (31). El 1989 en el Hospital Mount Sinaí se ha realizado el estudio de casos más ampliado hasta el momento con una muestra total de 1150 pacientes hospitalizados con el diagnóstico de colitis ulcerativa donde se encontraron ocho pacientes con anemia hemolítica autoinmune, determinando así una prevalencia del 0,7% de esta complicación con una marcada predisposición en el género femenino con una relación F:M=7:1, con una presentación media de 10 años después de haber recibido el diagnóstico de colitis independientemente de la edad del paciente, Siete de los ocho pacientes tenían colitis activa en el momento de reportar el diagnóstico de anemia, no se encontró una relación constante con la extensión de la enfermedad intestinal, concluyendo con este estudio que la aparición de anemia hemolítica en el contexto de una colitis ulcerativa es una complicación rara que aparece en menos del 1% de los casos y con una marcada predisposición en pacientes del género femenino (32). Lene describe que la prevalencia del test de Coombs positivo en pacientes con diagnóstico de colitis ulcerativa era del 1,82% inclusive aun sin presentar manifestaciones clínicas de hemólisis (33).

En un estudio publicado en 1997 en el cual se incluyeron 302 pacientes con diagnóstico de colitis ulcerativa que fueron tratados en el Hospital Universitario de Heraklion, Creta, en este estudio prospectivo se tomó un periodo de tiempo de 6 años y como resultado obtuvieron que del total de los pacientes 5 presentaron la complicación de anemia hemolítica autoinmune representando una prevalencia del 1,7% y se presentó una predisposición en el género masculino con una relación hombre: mujer; 2:1, el tiempo medio de la aparición de la complicación de anemia

hemolítica con el inicio de la enfermedad fue de 17 meses, tres de los cinco pacientes con anemia hemolítica obtuvieron test de Coombs positivo (60%), como conclusiones en este estudio es importante resaltar la prevalencia de la anemia hemolítica en los pacientes con colitis ulcerativa debido a que es mayor comparada con estudios previos, también la predisposición en hombres señala la diferencia con el reporte de otros estudios, La complicación se produjo al principio del curso de la colitis y se relacionó con la actividad y la extensión de la enfermedad (2).

5.4. DIAGNOSTICO

El diagnostico principalmente se realiza por las manifestaciones clínicas que presenta el paciente, el examen Gold estándar es la colonoscopia con biopsia para poder obtener el diagnóstico definitivo y además saber cuál es la extensión de la enfermedad.

Cabe resaltar que es de vital importancia realizar el diagnóstico diferencial con otras causas de diarrea infecciosas como las bacterianas, virales parasitarias y también las no infecciosas como el síndrome de mala absorción, cáncer, medicamentosa, etc. Otras enfermedades que se incluyen en el diagnóstico diferencial es la enfermedad isquémica del intestino, apendicitis, diverticulitis, enterocolitis por radiación, etc.

5.5. TRATAMIENTO

Se describen los agentes antidiarreicos en enfermedades leves, una adecuada hidratación intravenosa y transfusiones de sangre en caso de enfermedad grave, nutrición parenteral o fórmulas enterales definidas, Soporte emocional.

Sulfasalazina Y Amino salicilatos: El componente activo de la sulfasalazina es el ácido 5-aminosalicílico unido a un portador de sulfapiridina, útil en la enfermedad del colon de gravedad leve a moderada 3-6 gr VO una vez al día, la toxicidad está relacionada con la dosis, se puede presentar náuseas, dolor de cabeza y en raras ocasiones anemia hemolítica.

Glucocorticoides: Útil en enfermedad grave, se puede administrar Prednisona 40 a 60 mg vía oral una vez al día, luego ajustar dosis, Hidrocortisona IV, 100 mg tres veces al día o equivalente, en pacientes hospitalizados; El goteo IV de hormona adrenocorticotrópica 120 U una vez al día, se prefiere en la fase inicial. También se

puede usar agentes inmunosupresores como la Azatioprina, 6-mercaptopurina 50 mg vía oral una vez al día hasta 2,0 o 1,5 mg/kg una vez al día.

También se puede usar ciclosporina 4 mg/kg/d IV durante 7 a 14 días en los pacientes con colitis ulcerativa grave. En algunas ocasiones es necesario realizar colectomía como en la presencia de megacolon toxico que no responde al tratamiento, cáncer o displasia. La anastomosis anal es el procedimiento quirúrgico de elección en estos pacientes. (12)

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. Tipo De Estudio

Estudio descriptivo retrospectivo que analizó la conducta clínica de una enfermedad con poca prevalencia a nivel local como lo es la colitis ulcerativa.

6.2. Lugar Donde Se Realiza

El estudio se llevó a cabo en Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo el cual es un centro hospitalario de referencia de tercer nivel del sur de Colombia situado en la ciudad de Neiva- Huila.

6.3. Población Y Muestra

Historia Clínica de paciente con diagnóstico de colitis ulcerativa atendida desde el 06 de julio del 2017 hasta el 18 de agosto del 2017 en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

6.4. Técnicas Y Procedimientos Para La Recolección De Información

Revisión documental de los eventos de la historia clínica del paciente con diagnóstico de colitis ulcerativa.

6.5. Tratamiento Estadístico – Plan De Análisis

Con la organización de los eventos se hizo un análisis retrospectivo a cuáles fueron los aciertos en la atención del paciente, cómo se abordó su proceso de enfermedad y cuáles fueron los aspectos a mejorar.

6.6. FUENTES DE INFORMACIÓN

Fuente de información secundaria ya que se obtuvieron datos con base a la historia clínica de hospitalización de la paciente durante la cual fue manejada de manera interdisciplinaria por diferentes servicios.

6.7. ASPECTOS ÉTICOS

Según la Resolución 8430/93, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; este estudio se clasifica sin riesgo debido a que como se establece en el artículo 11 de dicha resolución, hace parte de los estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en la investigación. En cumplimiento con los aspectos mencionados con el Artículo 6 de la presente Resolución, este estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios:

Principios éticos: beneficencia y no maleficencia: debido a la naturaleza de nuestra investigación no someterá a la población objeto de estudio a intervención alguna, puesto que la recolección de la información se realizará mediante la revisión de una Historia Clínica, preservando la integridad del paciente sin vulnerar los componentes bioéticos anteriormente mencionados. Es por esto, que ésta es una investigación sin riesgo ya que no tendremos contacto directo con los pacientes.

Debido al diseño de nuestra investigación (retrospectivo), la obtención de la información solo puede ser realizada de forma indirecta a través de la revisión la Historia Clínica con extracción de datos necesarios para el reporte de caso (fuente secundaria), en donde los investigadores tomaremos la información aportada por el caso clínico con sus respectivos reportes, la analizaremos y finalmente extraeremos solo la necesaria. Por lo cual todos los participantes de esta investigación firmamos un acuerdo de confidencialidad en el que nos comprometemos a no divulgar ningún tipo de información relacionada con los pacientes ni con el profesional de salud que estuvo en contacto directo o indirecto con los pacientes, ni a usarla para otros fines diferentes al de esta investigación. (Anexo 1.)

Con esta investigación queremos generar un impacto positivo a la comunidad en general, a la comunidad científica y universitaria, al proporcionar información relevante acerca del reporte de caso sobre una colitis ulcerativa y sus complicaciones asociadas. Se espera que los resultados, conclusiones y recomendaciones sean de utilidad inicialmente al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva como referencia para ampliar el conocimiento de dicha patología debido a los escasos recursos literarios encontrado especialmente a nivel regional. A largo plazo contribuir al mejoramiento en la calidad y práctica de los servicios de salud.

Costo-beneficio: beneficiar a la comunidad en general, a la comunidad científica y universitaria al proporcionar información importante sobre las características

sociodemográficas, clínicas y manejo terapéutico de una enfermedad con poca prevalencia en nuestro territorio como lo es la colitis ulcerativa. El beneficio en la comunidad estudiantil será generar nuevo conocimiento sobre la ocurrencia del cambio de terapia, las características de esta y las necesidades de intervención al igual que para la comunidad académica, científica y del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, se minimizarían las complicaciones al lograr un mejor conocimiento sobre el alcance del problema que implica tomar la decisión que más beneficiará al paciente y las formas de ayudar a mejorar la toma de esta decisión. Esta investigación no genera ningún costo para el hospital, pues tomaremos solo las historias clínicas de los pacientes para obtener toda la información requerida.

Alcance: Se pretende publicar un artículo científico en una revista indexada con los resultados y conclusiones obtenidas, así como las recomendaciones pertinentes para que se beneficia la comunidad principalmente regional y nacional; se darán a conocer de forma global mediante la publicación del trabajo las características de esta patología y sus principales manejo farmacológico y complicaciones en los pacientes que son atendidos en el hospital Hernando Moncaleano Perdomo, principal centro de Salud del sur de Colombia siendo pionero en investigaciones relacionadas con esta enfermedad.

Impacto: Este proyecto permite visualizar y entender sobre la clínica, y especialmente, sobre el manejo de la colitis ulcerativa, siendo una base a tener en cuenta para un desarrollo óptimo de estrategias al momento de atender población afectada por esta patología de poca prevalencia a nivel departamental y nacional. También ayuda a fomentar la estructuración de posibles guías terapéuticas útiles en la práctica clínica al enfrentarnos a un caso de colitis ulcerativa en el hospital Hernando Moncaleano Perdomo. Por último, hay que destacar que las investigaciones de esta índole permiten incentivar la investigación y, por ende, el crecimiento intelectual de semilleros de investigación, facultad de salud y hospital universitario.

Seguridad del paciente: El paciente no tendrá ningún tipo de riesgo ya que es un estudio de tipo descriptivo, que no se le realizará al paciente intervención alguna, además los datos de los pacientes serán codificados garantizando el anonimato de los pacientes y preservando su integridad.

7. RESULTADOS

Se presenta a una paciente femenina de 53 años a su ingreso. Consulta al servicio de urgencias por dolor intenso en miembro inferior derecho (MID), malestar general, astenia y anorexia. Como antecedentes médicos la paciente presenta colitis ulcerativa de 6 años de evolución que está en tratamiento con azatioprina, esteroides que suspendió por intolerancia digestiva y recibió tres dosis de infliximab en los últimos meses, además también tiene un antecedente de presentar una hernia hiatal que un mes atrás la hizo consultar por episodios de hemorragias de vías digestivas superiores, por lo cual se le practicó una endoscopia y se trató quirúrgicamente. También en los controles por la colitis ulcerativa la paciente ya había presentado una anemia hemolítica que estaba en tratamiento con cilostazol. Como se puede observar es una paciente que representa un desafío clínico por sus condiciones de base.

Al examen físico se encontró que la paciente estaba en regulares condiciones generales, facie álgica, signos vitales normales, palidez del tercio inferior de su extremidad inferior derecha con un pulso pedio leve, pie con leve hipotermia con llenado capilar mayor de 4 segundos, edema grado I pero con movilidad y sensibilidad adecuada, conjuntivas hipocrómicas. Por sus antecedentes y este cuadro clínico se decide hospitalizar a la paciente para descartar que esté presentando un cuadro de trombosis venosa profunda y brindarle la atención adecuada.

Durante el inicio de su hospitalización la paciente fue valorada por el servicio de psiquiatría quien refiere que la paciente también estaba presentando un trastorno depresivo recurrente y rechaza la ayuda que se le quiere brindar a través de este servicio debido a que ella ya está recibiendo psicoterapia de una psicóloga particular y refiere tener una buena red de apoyo familiar. También es valorada por cirugía vascular quien menciona que hay datos clínicos de isquemia crónica sin factores de riesgo para aterosclerosis y teniendo en cuenta su condición de base cómo es la enfermedad inflamatoria intestinal se debe sospechar de un trastorno autoinmune y el tratamiento de este ser el pilar del tratamiento, también, ordena un angiotac de la aorta abdominal, iliacas y todos los miembros. Finalmente la paciente es valorada por el servicio de medicina interna quienes en los paraclínicos de ingreso encontró una hiponatremia con euvolemia que ya estaba siendo corregida con la administración de líquidos, trombocitosis muy marcada (>1000000 de plaquetas) e hipoalbuminemia de 0,61 mg/dL. Por último, la paciente recibe una valoración de neurología que solamente agrega un tratamiento farmacológico para mejorar el patrón de sueño de la paciente.

En su tercer día de hospitalización la paciente es valorada por hematología quien de acuerdo con medicina interna deciden hacer un aspirado de médula ósea para estudio de inmunohistoquímica donde se descartan procesos mieloproliferativos, estudio de citometría de flujo en médula ósea que descartan infiltraciones por neoplasias hematológicas. Además el servicio de gastroenterología solicita una colonoscopia para evaluar el estado de la colitis ulcerativa de la paciente.

Ese mismo día la paciente es vista por neurología quien según el hemograma de control que se le solicitó a la paciente ese día encuentra una hemoglobina en 7,8 y decide iniciar hemotransfusión con 3 unidades de glóbulos rojos (URG) con protocolo de premedicación si bien la paciente no refería estar sintomática.

En su quinto día de hospitalización al ser valorada por medicina interna la paciente se encuentra en regulares condiciones generales y refiere aumento del dolor en el MID, durante el examen físico se evidencia un edema tipo II con un llenado capilar < 4 segundos. Hematología valora a la paciente y recalca la importancia de un aspirado de médula ósea para descartar procesos neoplásicos. Durante ese mismo día la paciente es valorada por el servicio de neurología quien refiere que por la hipoalbuminemia severa se considera desnutrición proteico-calórica – kwashiorkor- y solicita valoración por el servicio de soporte nutricional.

Durante su sexto día de hospitalización es valorada por el servicio de soporte nutricional que valoran a la paciente y clasifican su estado nutricional en categoría “B” con sospecha de malnutrición moderada lo que indica riesgo nutricional por lo que se inició suplementación a la dieta por vía oral. En la evolución que realizó el servicio de medicina interna mencionan que se corrigió la hiponatremia euvolémica, la paciente manifestó leve dolor abdominal con distensión que requirió analgesia. Es valorada nuevamente por el servicio de gastroenterología quien en base al estado clínico de la paciente (el compromiso arterial de los miembros inferiores, la trombocitosis y la anemia hemolítica) emite el concepto de que la presentación de la enfermedad es atípica, con un cuadro muy severo, cambiando así el diagnóstico a colitis ulcerativa – pancolitis en recaída con una clasificación de Montreal de Truelove Witts, recalcando la importancia de que se realice la colonoscopia total de la paciente. Durante este mismo día, se reporta al médico general por parte del personal de enfermería que la paciente tiene un difícil acceso venoso y necesitan una vía intravenosa para la reposición hídrica y se da a conocer esto al servicio de medicina interna, quienes deciden en conjunto con la paciente la colocación de un catéter venoso central con guía ecográfica o doppler por lo cuál se interconsulta a cirugía general, quienes asisten pero la paciente rechaza el procedimiento a pesar de que se le explica la necesidad del mismo. Horas más tarde, el servicio de medicina general registra que la paciente ha empezado a presentar dolor y distensión abdominal por lo cuál requiere ajuste de analgesia.

Durante su séptimo día de hospitalización, la paciente es valorada por el servicio de hematología quienes reportan que en el hemograma de control de ese día hay un aumento de la hemoglobina y disminución de la trombocitosis. También se realiza angiotac.

En el octavo día de estancia hospitalaria la paciente es valorada por el servicio de cirugía vascular, quien reporta el angiotac el cuál no revela hallazgos positivos pero también que hubo un defecto con la máquina, así que se solicita una angioresonancia. Durante la entrevista la paciente refiere aumento del dolor del miembro inferior derecho y al examen físico hay presencia de edema en los miembros inferiores, en el miembro inferior derecho solo hay pulso femoral, en el izquierdo están presentes todos los pulsos, también se encuentra lesión isquémica tipo necrosis en el pulpejo del tercer dedo del pie derecho además de la hipotermia. Por lo cual, según el concepto del especialista es indicativo de trombosis arterial desde nivel poplíteo de más de 45 días de evolución, a raíz de esto se toma la decisión de utilizar prostaglandina E1 (alprostapint) buscando efecto vasodilatador y neoangiogénico con lo cual se espera evitar la pérdida de la extremidad. Ese mismo día se le realiza la colonoscopia en la cuál se evidencia hemorroides internas grado II, pancolitis ulcerativa activa, ileitis ulcerativa activa – overflow además se tomaron biopsias por protocolo.

En el día número 9 de estancia hospitalaria la paciente es valorada por el servicio de hematología quien reporta el resultado del aspirado de médula ósea que descarta procesos linfoproliferativos durante el transcurso de la enfermedad y continúa el descenso de plaquetas. También es valorada por cirugía general con los exámenes de coagulación para la colocación del catéter venoso central y reportan que tiene los tiempos de coagulación prolongados por lo cual se contraindica el paso del catéter venoso central. El servicio de gastroenterología valora a la paciente y considera fracaso terapéutico con los fármacos biológicos de primera línea para el manejo de la colitis ulcerativa y se realiza reajuste a terapia biológica de segunda línea con adalimumab y ciclo de esteroide con metilprednisolona 70mg EV en 24 Hrs como terapia puente para el procedimiento quirúrgico. También por sospecha de proceso infeccioso activo se solicita reporte de las biopsias de colon para descartar presencia citomegalovirus y clostridium difficile. Además en conjunto con medicina interna ante la presencia de una hipoalbuminemia muy severa a pesar de la reposición endovenosa se considera necesario terapia nutricional mixta y se quiere citar a una junta médica de los servicios tratantes.

En el día número 11 de hospitalización la paciente es revalorada por hematología quien en vista al estado clínico de la paciente dan concepto de que la paciente tiene déficit de vitamina K secundario a ingestas orales inadecuadas por ende se inicia reposición con vitamina K 1 ampolla intramuscular cada 12 horas los siguientes 3

días. Además este mismo día el servicio de cirugía procede con el procedimiento de colocación de catéter venoso central guiado por ecografía sin complicaciones. También es valorada por medicina interna a quienes la paciente refiere mejoría del dolor con el manejo actual. Neurología valora a la paciente y en base a la persistencia del edema y la hipoalbuminemia decide suspender líquidos endovenosos basales, restringir líquidos orales y administrar furosemida.

En los días posteriores hubo mejoría clínica pero el edema se hizo bilateral en los miembros inferior y en los paraclínicos de control se encontró una sutil elevación de la albumina e hipokalemia moderada por lo que requirió reposición endovenosa de potasio por vía central y el reporte de las biopsias de colon descarta proceso infeccioso activo.

El día número 15 y 16 de hospitalización la paciente presenta episodios eméticos en cuncho de café asociados a dolor abdominal por lo que se indicó infusión de omeprazol pero persistieron los episodios eméticos y diarreicos razón por la que se indica paso de sonda nasogástrica y de nuevo hemotransfusión con 2 UGR, se solicitó una radiografía de abdomen que evidencia signos de obstrucción intestinal, además de endoscopia de vías digestivas altas.

En los días posteriores la isquemia del MID ha mejoró y hubo regresión de la lesión del tercer dedo del pie derecho lo que se continua con el tratamiento con prostaglandina E1. También hubo mejoría de los síntomas y de la distensión abdominal.

En el día número 19 de hospitalización la paciente persiste la hipoalbuminemia severa (0,8 mg/dL) por lo cual se administra albumina en ampolla EV por 3 días, se administra piperacilina tazobactam 4,5g EV c/8hrs por el riesgo de infección y persiste el deterioro clínico de la paciente debido a la persistencia de la anemia hemolítica, la alta actividad de la enfermedad, además de su desnutrición proteico-calórica.

Este mismo día la paciente presenta refracción al tratamiento para la pancolitis ulcerativa (evidenciado por los exámenes durante la hospitalización), desnutrición, distensión abdominal, rectorragia, ausencia de ruidos intestinales con radiografía de abdomen compatible con ausencia de tránsito intestinal, persistencia de trombocitosis y bicitopenia por lo que se considera que la paciente cursa con megacolon toxico por lo cual se plantea en conjunto entre cirugía y gastroenterología llevar a la paciente a cirugía con propuesta de colectomía total con ileostomía por cirugía abierta y se decide realizar traslado a la unidad de cuidados intensivos (UCI) de adultos en caso de que continúe el deterioro clínico.

El día número 21 de hospitalización se realizó procedimiento quirúrgico de proctocolectomía total más ileostomía por cirugía abierta, se tomó muestra de nódulo intrabdominal hallado durante el procedimiento el cual mostro un proceso inflamatorio activo. Posterior al procedimiento quirúrgico se solicitó radiografía de tórax donde se mostraba congestión pulmonar bilateral con predominio en hemitórax derecho y se encuentra edema moderado en MID con ausencia de pulso pedio y poplíteo lo que traduce a isquemia del 1,2 y3 artejo acompañado de hipotermia por lo que se solicitó Doppler arterial de MID documentándose trombosis arterial en femoral superficial derecha por lo que se anticoaguló con enoxaparina (60mg c/12hrs). La paciente presentó falla respiratoria aguda posquirúrgica con presencia de broncoespasmo severo que resuelve con terapia respiratoria inhalada de rescate, nueva radiografía de tórax muestra infiltrados bilaterales, senos costo diafragmáticos velados, reforzamiento para hiliar que se interpretó como disfunción pulmonar por sobrecarga hídrica, se le administró diurético y ventilación mecánica no invasiva que no tolero; se reportó infección nicótica de KOH y Angiotac de tórax no se observó lesiones oclusivas en arterias pulmonares por lo que se descarta tromboembolismo pulmonar, se evidencio derrame pleural, todo esto conduce al diagnóstico de neumonía grave intrahospitalaria complicada con derrame pleural bilateral por lo que se realizó drenaje de espacios pleurales, se realizó estudio del líquido pleural indicando trasudado y se inició antibiótico de amplio espectro con meropenem, vancomicina y trimetropin sulfametoxazol; se ordenó una fibrobroncoscopia con reporte de secreción purulenta del tronco de las bases del bronquio fuente izquierdo y tomas para cultivos que fue positivo para E. Coli productora de ampicilina y Cândida Albicans, se suspendió vancomicina, se administró ceftriaxona (2gr IV c/24hrs) y se inició fluconazol (400mg IV c/24hrs) Durante los días posteriores en el post operatorio (POP) la paciente presentó estabilidad hemodinámica con mejoría clínica de los signos y síntomas. Se mantuvo con soporte ventilatorio mecánico durante varios días, se realizó extubación la cual tolera de buena manera y se traslada para hospitalización en vigilancia continua por hiperglicemias, se realizó un ecocardiograma que evidencio derrame pleural bilateral con predominio izquierdo de 550cc y derecho de 164cc donde realizaron toracentesis que evidenciaron un líquido de aspecto laminar y cultivo negativo; valoración por infectología decide que la neumonía grave por E. Coli está resuelta por negativización de cultivos, se suspende terapia antimicrobiana después de 13 días.

Después de 41 días de hospitalización la paciente refiere mejoría de las lesiones en MID principalmente en el tercer dedo del pie derecho, se suspende medicación con alprostapint después de 30 días de manejo, se resuelve dejar a la paciente con cilostazol 100mg VO c/12hrs, pentoxifilina 400mg VO c/12 Hrs, ASA 100mg VO c/día, y se decide dar de alta a la paciente con control con cirugía vascular periférica y se solicitó valoración por clínica de heridas donde recomienda manejo con apósitos medicados y control c/4 días para observar progreso de lesiones. Además

de recomendaciones y signos de alarma (fiebre, emesis, dificultad respiratoria, dolor abdominal, eritema, calor, rubor en la piel, dolor torácico).

8. DISCUSIÓN

Hoy en día se ha empezado a señalar por distintos estudios que la enfermedad inflamatoria intestinal se asocia a una mayor incidencia de enfermedades de base inmunológica, teniendo una menor incidencia de estas la enfermedad de Crohn que la colitis ulcerativa. (34)

Teniendo en cuenta que la anemia es un síntoma frecuente en la colitis ulcerativa mediante exámenes de control se debe estar atento a la etiología autoinmune de la enfermedad, debido a que la anemia puede ser multifactorial. (24) Gracias a un estudio realizado en 1997 por Giannadaki se logró demostrar que la anemia hemolítica autoinmune es tiene una incidencia muy baja en los pacientes con colitis ulcerativa oscilando en un 0.2% hasta un 1.7%. (2) Siendo precisamente esta prevención a través de los controles lo que permitió a los médicos tratantes durante la hospitalización ahorrar tiempo y brindar una mejor atención a la paciente debido a que un mes antes ya se había descrito el tipo de anemia (hemolítica) y gracias a estudios de extensión junto con un trabajo coordinado se logró descubrir su origen autoinmune que fue clave para la atención de otras afectaciones como lo fue la trombocitosis y la enfermedad arterial periférica.

Si bien en los casos publicados la presentación de la anemia varía según el tipo de paciente, lo más frecuentemente asociado son las manifestaciones locales de la enfermedad como es el aumento en el número de deposiciones y la hematoquecia. Además de que usualmente estos pacientes suelen presentar alguna patología que no se relaciona con la enfermedad (hipotiroidismo, diabetes mellitus, etc.). (9,35) Sin embargo, en este caso hay una presentación distinta al perfil que se pueden encontrar en los casos clínicos publicados, como es la enfermedad arterial periférica y la trombocitosis marcada (>1'000.000 de plaquetas) con una baja presentación de las manifestaciones locales. Algo importante que se suele mencionar y que toma gran relevancia en este caso clínico es que el tratamiento para controlar las manifestaciones inflamatorias debe ir paralelo al tratamiento de la anemia hemolítica autoinmune, sin embargo, ante la baja y casi nula respuesta al tratamiento médico que se encuentra en los distintos artículos se decidió proceder con el tratamiento quirúrgico que demostró mejorar el estado clínico de la paciente que solo iba deteriorándose. (9,35)

9. CONCLUSIONES

De este caso clínico se pueden sacar varias conclusiones al hacer una revisión de la literatura disponible.

- La primera conclusión es que el trámite ocasionado por las intermediaciones de las EPS en el sistema de salud en distintas ocasiones llegó a demorar uno o dos días la realización de exámenes como el Angiotac o la angiografía que fueron importantes a la hora de tomar decisiones clínicas en el manejo de la paciente. Si bien, no hubo ninguna complicación en la evolución de la paciente por la demora en la autorización y toma de estos exámenes en el hipotético caso de que la paciente hubiese consultado más tarde, realmente sí podría haberse afectado la evolución de su cuadro clínico por esta labor burocrática.
- Un aspecto fundamental en la atención y el servicio que necesita el paciente en estos casos es la toma de decisiones y el trabajo en equipo entre los diferentes servicios y disciplinas permitiendo tomar las mejores decisiones según el estado clínico del paciente permitiendo brindarle soluciones o el cuidado según el proceso de enfermedad, incluso cuando éste se presenta de forma atípica como fue este caso clínico. Esto no solamente se debe tener en cuenta para presentaciones infrecuentes de distintas patologías sino para la atención de todos los pacientes.
- En relación con el punto anterior, se puede mencionar reiteradas interconsultas por el servicio de neurología que no era necesario debido a que la paciente no presentaba ninguna alteración neurológica. Ya que si bien presentaba un cuadro depresivo por su proceso de enfermedad siempre recibió el apoyo de psiquiatría y psicología de forma constante durante su hospitalización. Llevando al planteamiento donde se generan sobrecostos al sistema por una interconsulta que no necesita el paciente.

10. RECOMENDACIONES

Para todos aquellos profesionales y futuros profesionales que tengan un caso clínico complejo donde se tienen dudas sobre la etiología o la naturaleza de unas manifestaciones clínicas de la patología son poco usuales o que el paciente no evoluciona de manera satisfactoria sino que hay un deterioro clínico a pesar de instaurar un manejo correcto al practicar la medicina basada en la evidencia como ocurrió en el caso expuesto en este trabajo, algo que resalta es la correcta preparación del profesional y la capacidad de trabajo en equipo, donde se antepone al paciente, su bienestar y su salud como eje central de la toma de decisiones médicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shapiro JM, Subedi S, LeLeiko NS. Inflammatory Bowel Disease. *Pediatr Rev* [Internet]. agosto de 2016 [citado el 8 de septiembre de 2020];37(8):337–47. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27482063>
2. Giannadaki E, Potamianos S, Roussomoustakaki M, Kyriakou D, Fragkiadakis N, Manousos O. Anemia hemolítica autoinmune y prueba de Coombs positiva asociada con colitis ulcerosa. *American Journal of Gastroenterology*. octubre de 1997;Edicion 10, p1872-1874.
3. Kreth F, Neumann S, Hegenbart U, Mössner J, Caca K. 26-Jähriger patient mit colitis ulcerosa und anämie. *Internist*. febrero de 2004;45(2):217–20.
4. Claes G, Colard M, Benghiat FS, Maerevoet M, De Wilde V. Anémie hémolytique et syndrome dysentérique : à propos d'un cas de rectocolite ulcéro-hémorragique Hemolytic anemia and dysenteric syndrome : a case of ulcerative colitis. *Rev Med Brux*. 2015.
5. Viada Bris JF, Velasco Rodríguez-Belvís M, De Lucas Collantes C, Aparicio López C, Martínez De Azagra A, De Lama Caro-Patón G, et al. Ulcerative colitis and atypical hemolytic-uremic syndrome: An unusual but potentially life-Threatening complication. Vol. 25, *Inflammatory Bowel Diseases*. Oxford University Press; 2019. p. E27–8.
6. Romulo Dario Vargas M. Epidemiology of inflammatory bowel disease: ¿why there are differences between North America and Latin America? *Rev Colomb Gastroenterol Bogota, Colomb*. febrero de 2010;25.
7. Ortigosa L. Concepto actual y aspectos clínicos de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. Vol. 36. *Abril-Junio*; 2005.
8. Yuslier Miró Jiménez, Miguel Castro Jorge, Leidy Allué Flores. Anemia hemolítica autoinmune como forma de presentación de enfermedad inflamatoria del intestino. *Rev Cuba Med Mil*. junio de 2017;vol.46.
9. Teresa I. Simón Boada, Lidia C. Suárez Beyries, María A. Marishal Feliú. Association between hemolytic state, ulcerative colitis and vitiligo. *MEDISAN, Hosp Gen Docente “Dr Juan Bruno Zayas Alfonso”, Univ Ciencias Médicas, Santiago Cuba Cuba*. 2016;
10. Nelson Moreno, William Otero, Martín Gómez. Anemia en enfermedad inflamatoria intestinal. Una complicación compleja frecuentemente ignorada: “enfoque práctico para el gastroenterólogo”. *Asoc Colomb Gastroenterol Colomb*. abril de 2007;22:57–

- 62.
11. Albis Cecilia Hani, María Teresa Galiano, Rosario Albis, Juan Ricardo Márquez, Fabián Juliao. Consenso Colombiano de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. *Rev Colomb Gastroenterol.* agosto de 2012;27.
 12. Kasper Hauser Longo Loscalzo ----fauci. *Harrison's Pocket.* 20a ed. 2019. 1–3530 p.
 13. Anderson CA, Boucher G, Lees CW, Franke A, D'Amato M, Taylor KD, et al. Meta-analysis identifies 29 additional ulcerative colitis risk loci, increasing the number of confirmed associations to 47. Vol. 43, *Nature Genetics.* Nature Publishing Group; 2011. p. 246–52.
 14. Thompson AI, Lees CW. Genetics of ulcerative colitis. Vol. 17, *Inflammatory Bowel Diseases.* *Inflamm Bowel Dis;* 2011. p. 831–48.
 15. Danese S, Fiocchi C. Ulcerative colitis. Vol. 365, *New England Journal of Medicine.* Massachusetts Medical Society; 2011. p. 1713–25.
 16. Rodríguez LAG, Ruigómez A, Panés J. Acute Gastroenteritis Is Followed by an Increased Risk of Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology.* 2006;130(6):1588–94.
 17. Koutroubakis IE, Vlachonikolis IG. Appendectomy and the development of ulcerative colitis: results of a metaanalysis of published case-control studies. *Am J Gastroenterol.* enero de 2000;95(1):171–6.
 18. Van Klinken BJW, Van Der Wal JWG, Einerhand A, Büller HA, Dekker J. Sulphation and secretion of the predominant secretory human colonic mucin MUC2 in ulcerative colitis. *Gut.* 1999;44(3):387–93.
 19. Hart AL, Al-Hassi HO, Rigby RJ, Bell SJ, Emmanuel A V., Knight SC, et al. Characteristics of intestinal dendritic cells in inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology.* 2005;129(1):50–65.
 20. Rogler G, Brand K, Vogl D, Page S, Hofmeister R, Andus T, et al. Nuclear factor κ B is activated in macrophages and epithelial cells of inflamed intestinal mucosa. *Gastroenterology.* 1998;115(2):357–69.
 21. Spehlmann ME, Eckmann L. Nuclear factor-kappa B in intestinal protection and destruction. *Curr Opin Gastroenterol.* marzo de 2009;25(2):92–9.
 22. Vamadevan AS, Fukata M, Arnold ET, Thomas LS, Hsu D, Abreu MT. Regulation of Toll-like receptor 4-associated MD-2 in intestinal epithelial cells: A comprehensive analysis. *Innate Immun.* abril de 2010;16(2):93–103.

23. Heller F, Florian P, Bojarski C, Richter J, Christ M, Hillenbrand B, et al. Interleukin-13 is the key effector Th2 cytokine in ulcerative colitis that affects epithelial tight junctions, apoptosis, and cell restitution. *Gastroenterology*. 2005;129(2):550–64.
24. Barreiro-De Acosta M. Colitis ulcerosa. *Med*. 2016;12(5):227–41.
25. Farmer RG, Easley KA, Rankin GB. Clinical patterns, natural history, and progression of ulcerative colitis - A long-term follow-up of 1116 patients. *Dig Dis Sci*. junio de 1993;38(6):1137–46.
26. Farmer RG. Lower gastrointestinal bleeding in inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Jpn*. julio de 1991;26(3 Supplement):93–100.
27. Ekobom A, Adami HO, Helmick C, Zack M. Increased risk of large-bowel cancer in Crohn's disease with colonic involvement. *Lancet*. agosto de 1990;336(8711):357–9.
28. Herrinton LJ, Liu L, Levin TR, Allison JE, Lewis JD, Velayos F. Incidence and mortality of colorectal adenocarcinoma in persons with inflammatory bowel disease from 1998 to 2010. *Gastroenterology*. 2012;143(2):382–9.
29. Lorber M, Schwartz LI, Wasserman LR. Association of antibody-coated red blood cells with ulcerative colitis. Report of four cases. *Am J Med*. diciembre de 1955;19(6):887–94.
30. Edwards FC, Truelove SC. The course and prognosis of ulcerative colitis The Radcliffe Infirmary, Oxford Part III Complications. Vol. 5, *Gut*. 1964.
31. Veloso FT, Fraga J, Carvalho J, Dias LM, Salgado MC. Autoimmune Hemolytic Anemia in Ulcerative Colitis A Case Report with Review of the Literature. *J Clin Gastroenterol*. agosto de 1991;13(4):445–7.
32. Gumaste V, Greenstein AJ, Meyers R, Sachar DB. Coombs-positive autoimmune hemolytic anemia in ulcerative colitis. *Dig Dis Sci*. septiembre de 1989;34(9):1457–61.
33. POULSEN LO, FREUND L, LYLLOFF K, GRUNNET N. Positive Coombs' Test Associated with Ulcerative Colitis. *Acta Med Scand*. abril de 2009;223(1):75–8.
34. Richard-Eaglin A, Smallheer BA. Immunosuppressive/Autoimmune Disorders. *Nurs Clin North Am* [Internet]. 2018 [citado el 9 de septiembre de 2020];53(3):319–34. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30099999>
35. Sociedad Española de Patología Digestiva. E, Araujo-Míguez Á, Trigo-Salado C, Cruz-Ramírez M. D de la, Herrera-Justiniano JM, Márquez-Galán JL. Influencia del control de la actividad inflamatoria del colon en la respuesta a infliximab de la

anemia hemolítica autoinmune asociada a colitis ulcerosa [Internet]. Vol. 106, Revista Española de Enfermedades Digestivas. Editorial Garsi; 2004 [citado el 9 de septiembre de 2020]. 295–296 p. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113001082014000400013&script=sci_arttext&tIng=es

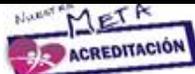
ANEXOS

Anexo A. Acuerdo de confidencialidad para investigadores

	FORMATO	
		FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2018
	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD PARA INVESTIGADORES	VERSIÓN: 02
		CÓDIGO: GDI-INV-F-001G
		PÁGINA: 1 de 3

Yo, CHRISTIAN ERNESTO MELGAR BURBANO, identificado con cédula de ciudadanía número 79723571 expedida en la ciudad de Neiva - Huila como investigador principal del proyecto Colitis Ulcerativa Y Complicaciones Asociadas. Que se realizará en la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, me comprometo a:

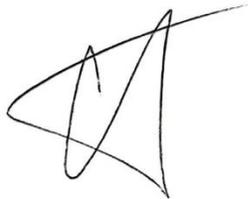
1. Mantener total confidencialidad del contenido de las historias clínicas y de todo tipo de información que sea revisada sobre los pacientes que participarán en el estudio a realizar.
2. Velar porque los coinvestigadores y demás colaboradores en esta investigación guarden total confidencialidad del contenido de las historias clínicas revisadas y de todo tipo de información.
3. Mantener en reserva y no divulgar ningún dato personal de las historias clínicas u otros documentos revisados.
4. Obtener de las historias clínicas solamente los datos necesarios de acuerdo con las variables que se van analizar en el trabajo.
5. Utilizar los datos recolectados solamente para el cumplimiento de los objetivos de esta investigación y no de otras subsiguientes.
6. Ser responsable y honesto en el manejo de las historias clínicas y de todo documento que se revise y que esté bajo custodia de la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.
7. Continuar guardando la confidencialidad de los datos y respetando todos los puntos de este acuerdo aun después de terminado el proyecto de investigación.

	FORMATO	
		FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2018
	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD PARA INVESTIGADORES	VERSIÓN: 02
		CÓDIGO: GDI-INV-F-001G
		PÁGINA: 42 de 3

8. Asumir la responsabilidad de los daños, prejuicios y demás consecuencias profesionales civiles y /o penales a que hubiere lugar en el caso de faltar a las normas éticas y legales vigentes para la realización de investigación con seres humanos.

Por medio del presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento. En prueba de ello, se firma a los 01 días, del mes de septiembre del año 2020.

CHRISTIAN ERNESTO MELGAR BURBANO



Firma:

C.C: 79723571

Teléfono: 3174270488

	FORMATO	
		FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2018
	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD PARA INVESTIGADORES	VERSIÓN: 02
		CÓDIGO: GDI-INV-F-001G
		PÁGINA: 3 de 3

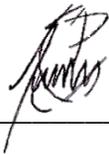
Los coinvestigadores, identificados como aparece al pie de su firma, aceptan igualmente todos los puntos contenidos en este acuerdo.

Juan Fernando Bermúdez Pinzón



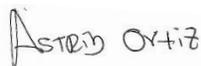
Firma:
C.C: 1075294114
Teléfono: 3118141082

Jennifer Nathalia Navia Fernandez



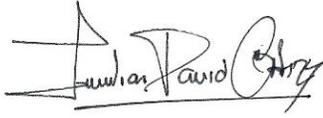
Firma:
C.C: 1080936683
Teléfono: 3164115293

Astrid Julieth Ortiz Guaraca



Firma:
C.C: 1079184511
Teléfono: 3163636755

Julian David Ortiz Caviedes



Firma:

CC. 1075305169

Tel: 3007751603

Soporte legal: De acuerdo con la Política de Seguridad de la Información de la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y el Gerente y sus colaboradores se comprometen a buenas prácticas en la gestión de los aspectos organizativos de la Seguridad de la Información, del uso, el mantenimiento y la protección de los datos, la información y los activos relacionados siguiendo las pautas establecidas en la norma ISO 27001.

Referente a cumplir con los lineamientos éticos establecidos según la Resolución N° 008430 de 1993, "Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud".