



Universidad del Sureste
Campus Tuxtla Gutiérrez

Pregunta PICO

Medicina Basada en Evidencias

Dra. Mónica Gordillo Rendon

Br. Viridiana Merida Ortiz

Estudiante de Medicina

8vo Semestre

16 de marzo de 2023, Tuxtla Gutiérrez Chiapas

Pregunta Pico

Paciente:

Paciente con sospecha de colitis ulcerativa u otra enfermedad inflamatoria intestinal.

Intervención:

¿Cuáles son las mejores pruebas diagnósticas iniciales para pacientes con sospecha de colitis ulcerativa?

Compararemos la colonoscopia con biopsia, calprotectina fecal y lactoferrina en heces (marcadores específicos), anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos perinucleares (pANCA), estudios de imagen TAC, RM, USG y RX.

Comparación:

Colonoscopia con biopsia: La colonoscopia con biopsias es el estándar de oro al realizar un diagnóstico inicial debido a que la evaluación macroscópica e histológica, es la piedra angular para el diagnóstico de colitis ulcerosa.

Estudios fecales como la calprotectina fecal y la lactoferrina en heces: La FC y la lactoferrina en heces son proteínas que se liberan en la luz intestinal como resultado del tráfico de leucocitos a los intestinos. Ambos han mostrado una buena correlación con la inflamación de la mucosa observada en la endoscopia. El FC es resistente a la degradación enzimática y es estable a temperatura ambiente hasta por 7 días, lo que lo hace ideal para fines de diagnóstico. Para la colitis ulcerativa, una CF tiene una sensibilidad de 0,88 (intervalo de confianza del 95%, 0,84 a 0,92) y una especificidad de 0,79 (intervalo de confianza del 95%, 0,68 a 0,87).

pANCA: La positividad de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos perinucleares (pANCA) se puede encontrar en hasta el 70% de los pacientes con CU, pero las pautas actuales del American College of Gastroenterology recomiendan no realizar pruebas serológicas de anticuerpos para establecer y descartar un diagnóstico de CU.

Radiografía: Las radiografías simples se utilizan con más frecuencia para evaluar las complicaciones de la CU que para el diagnóstico inicial.

TAC: Una tomografía computarizada puede ser normal al comienzo de la enfermedad debido a la incapacidad de detectar una anomalía mucosa sutil. Con la enfermedad más avanzada, se observa engrosamiento de la pared en la mayoría de los pacientes. Aunque el grosor normal de la pared del colon es de 2 a 3 mm, aumenta a una media de 8 mm en la CU.

RM: Una resonancia magnética del tracto gastrointestinal es ahora un método establecido para diagnosticar la enfermedad inflamatoria intestinal crónica. Las limitaciones de la resonancia magnética incluyen el costo y una mayor duración de la exploración.

USG: El examen por ultrasonido transabdominal ha surgido como una modalidad de imagen en la EII debido a los beneficios de ser no invasivo, menos costoso y bien tolerado. Sin embargo, la sensibilidad para identificar la enfermedad fue mayor en el íleon y el colon sigmoide / descendente y baja en el recto. Las limitaciones del examen de ultrasonido son que depende del operador y puede no detectar la EII en casos de enfermedad de la mucosa superficial.

Resultado:

La colitis ulcerosa es una enfermedad intestinal inflamatoria crónica de etiología desconocida que afecta al colon y al recto. El diagnóstico estándar actual de colitis ulcerosa se realiza a partir de una combinación de antecedentes del paciente y endoscopia con biopsia. Las técnicas menos invasivas, como los biomarcadores fecales, el perfil de microARN y la ecografía abdominal, deberían incorporarse en el futuro en la práctica clínica. La evaluación de diagnóstico también debe repetirse para un seguimiento frecuente, de modo que el tratamiento se pueda optimizar para lograr mejores resultados a largo plazo a través de la estrategia de tratar a objetivo. El diagnóstico diferencial sigue siendo amplio y, en particular, debe excluirse la infección. El diagnóstico y la estadificación de la enfermedad precisos son imprescindibles, ya que afectan las opciones de tratamiento y el pronóstico.

Question: ¿Cuáles son los principales factores de riesgo asociados a pacientes con colitis ulcerativa?

- La disminución de la fibra dietética conduce a un mayor consumo bacteriano de la mucosa colónica protectora, lo que aumenta el riesgo de cambios inflamatorios. En una revisión sistemática, 5 de 7 estudios (sin embargo, solo 2 demostraron significación estadística) encontraron una relación positiva entre la ingesta de carne roja y la incidencia de CU (colitis ulcerativa). Tres de 4

estudios encontraron que un mayor consumo de mariscos y pescado se asoció con un mayor riesgo de CU (colitis ulcerativa), y un estudio demostró significación estadística.

- El consumo de grasas, en particular las grasas trans-insaturadas y los ácidos grasos n-6, se ha asociado positivamente con el desarrollo de CU.
- El aumento del consumo de edulcorantes artificiales y azúcares añadidos durante los últimos años ha reflejado el aumento de la incidencia de EII.
- Una disminución de las cargas de bacterias comensales como Clostridia y Bacteroides se ha encontrado en los pacientes con CU, ya que estas bacterias producen AGCC, como el butirato, que sirven como fuente de energía para las células del colon y también poseen propiedades antiinflamatorias.
- Dejar de fumar se asocia con un aumento significativo en la incidencia y la gravedad de la enfermedad. Sin embargo, en última instancia, el mecanismo de asociación sigue sin estar claro.
- Varios estudios han demostrado una asociación positiva entre el uso de AINE y la aparición de la EII.

Tipo de Estudio: Analítico, revisión sistemática.

Bibliografía:

- Kaenkumchorn, T., & Wahbeh, G. (2020). Ulcerative Colitis: Making the Diagnosis. *Gastroenterology clinics of North America*, 49(4), 655–669.
- Kobayashi, T., Siegmund, B., Le Berre, C., Wei, S. C., Ferrante, M., Shen, B., Bernstein, C. N., Danese, S., Peyrin-Biroulet, L., & Hibi, T. (2020). Ulcerative colitis. *Nature reviews. Disease primers*, 6(1), 74.
- Lo, C. H., Lochhead, P., Khalili, H., Song, M., Tabung, F. K., Burke, K. E., Richter, J. M., Giovannucci, E. L., Chan, A. T., & Ananthakrishnan, A. N. (2020). Dietary Inflammatory Potential and Risk of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis. *Gastroenterology*, 159(3) 873–883.el.
- Du, L., & Ha, C. (2020). Epidemiology and Pathogenesis of Ulcerative Colitis. *Gastroenterology clinics of North America*, 49(4), 643–654.