

Colitis ulcerosa, una mirada por dentro

Ulcerative Colitis: a look inside

Guillermo Fernández Maqueira, ¹ Eduardo Crespo Ramírez, ² Surama González Pérez, ³ Dianelys Jerez Marimón, ⁴ Eugenio García Capote ⁵

¹ Médico. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Gastroenterología. Profesor Asistente. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río. Cuba. guillelu@infomed.pri.sld.cu

² Médico. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista de Segundo Grado en Gastroenterología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar e Investigador Agregado. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río. Cuba. ediel@infomed.pri.sld.cu

³ Médica. Especialista de Primer Grado Medicina General Integral y en Gastroenterología. Profesora Auxiliar. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río. Cuba. sunelis@infomed.pri.sld.cu

⁴ Médica. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Gastroenterología. Profesora Asistente. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río. Cuba. dianelys@infomed.pri.sld.cu

⁵ Médico. Especialista de Segundo Grado en Gastroenterología. Profesor Consultante Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río. Cuba. agustine@infomed.sld.cu

Recibido: 07 de octubre de 2017

Aprobado: 09 de enero de 2018

Citar como: Fernández Maqueira G, Crespo Ramírez E, González Pérez S, Jerez Marimón D, García Capote E. Colitis ulcerosa, una mirada por dentro. Rev Ciencias Médicas. 2018; 22(3). Disponible en: www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3391

RESUMEN

Introducción: la colitis ulcerosa es una enfermedad crónica recidivante del tracto gastrointestinal, que evoluciona por recaídas, y conjuntamente con la enfermedad de Crohn constituyen enfermedades inflamatorias intestinales, demostrándose un aumento en su incidencia en la mayoría de los reportes en la última década y nuestro país no está exento de ello.

Objetivo: caracterizar clínica-endoscópica e histológicamente la colitis ulcerosa para la incentivación de la comunidad médica a su investigación, para un diagnóstico temprano, un tratamiento oportuno y adecuado en Pinar del Río.

Método: investigación descriptiva y retrospectiva de los pacientes diagnosticados de colitis por histología. Variables como: edad, sexo, histología, resultado de la endoscopia digestiva inferior, manifestaciones clínicas, localización más frecuente y el tratamiento. Se utilizó el análisis de distribución de frecuencias.

Resultados: se muestra un predominio de la enfermedad en la tercera y cuarta década de la vida en el 29.7 % de los pacientes. Se encontró que la diarrea fue el síntoma que predominó, 29 tenían displasia, siendo la colitis izquierda la forma de extensión más frecuente de la colitis ulcerosa en su variedad moderada en el 39.2 %, con el uso de 5-ASA como tratamiento fundamental en el 72.9 % de los casos.

Conclusiones: se determinó tempranamente la etapa clínica en que pueda encontrarse el paciente, así como los hallazgos endoscópicos precoces que permitirá un mejor control del proceso. Por tanto, los objetivos del tratamiento en la colitis ulcerosa son mejorar el bienestar general del paciente, optimizar la calidad de vida, tratar la enfermedad aguda.

DeCS: COLITIS ULCEROSA; ENFERMEDAD DE CROHN, ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO

ABSTRACT

Introduction: ulcerative colitis is a chronic recurrent disease of the gastrointestinal tract, it evolves due to relapses, and together with Crohn's disease constitutes an inflammatory intestinal disease, it shows an increase in its incidence in most reports during the last decade and Cuba is not an exception.

Objective: to characterize this disease clinical-endoscopic and histologically.

Method: descriptive and retrospective research of patients diagnosed with histological colitis. Variables such as: age, sex, histology, result of lower digestive endoscopy, clinical manifestations, most frequent localization and treatment. The frequency distribution analysis was used.

Results: a predominance of the disease was shown in the third and fourth decade of life in 29.7 % of the patients, predominant symptom was diarrhea, 29 had dysplasia, left colitis was the most frequent form of extension of ulcerative colitis in its moderate variety in 39.2 %, with the use of 5-ASA as a fundamental treatment in 72.9 % of cases.

Conclusions: providing the early diagnosis of the clinical stage in which the patient can be found, as well as the early endoscopic findings, will allow a better control of the process, therefore the objectives of treatment in ulcerative colitis are: to improve the general well-being of the patient, to optimize quality of life, treat acute illness.

DeCS: ULCERATIVE COLITIS; CROHN DISEASE; INFLAMMATORY BOWEL DISEASES.

INTRODUCCION

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad crónica recidivante del tracto gastrointestinal, que evoluciona por recaídas y conjuntamente con la enfermedad de Crohn (EC) constituyen enfermedades inflamatorias intestinales (EII). La CU, descrita en 1875 por Wilks y Moxon como una entidad separada de las colitis infecciosas, afecta la mucosa y submucosa del colon, caracterizada por un proceso ulcerativo y supurado de la mucosa, que se inicia generalmente en los sectores colónicos terminales, con tendencia a prolongarse en sentido proximal, hasta abarcarlo a veces totalmente. ⁽¹⁾

En relación a esta enfermedad, se ha demostrado un aumento en su incidencia en la mayoría de los reportes en la última década, se ha reportado en todo el mundo con frecuencia diversa. Prevalece mucho más en Estados Unidos con 1,4 millones de casos y 2,2 millones en Europa, en especial en Gran Bretaña, aunque también es común en América Central y del Sur. Israel tiene la frecuencia más alta de todos los países del Oriente Medio. No es tan usual en Asia y África. En Australia y Nueva Zelanda, la frecuencia es similar a la del norte de Europa. La enfermedad mundialmente presenta una incidencia anual de 1,2 a 20,3 casos por 100 000 habitantes y una prevalencia irregular reportada en diversas investigaciones, que oscila entre 7,6 a 246,0 casos por 100 000 habitantes. ^(2,3) En Cuba, en los últimos 10 años transcurridos, hay informes con relación a este aspecto donde se plantea una incidencia de siete a 10 casos por 100 000 habitantes por año y una prevalencia de 50-80 casos por 100 000 habitantes por año. ^(1,4)

Es aún incierta la etiología de esta enfermedad; distintos autores la atribuyen a diferentes factores, entre los que mencionan factores ambientales, genéticos, infecciones bacterianas, virales, trastornos psicossomáticos, mecanismos autoinmunes, fenómenos alérgicos. ⁽¹⁻⁴⁾

La CU puede presentarse a cualquier edad, incluso en la infancia, aunque es típica la existencia de dos picos de incidencia. El síntoma característico es la deposición mucopio-sanguinolenta frecuentemente asociada con urgencia y tenesmo rectal. El curso clínico es marcado, con exacerbaciones y remisiones, que pueden ocurrir espontáneamente o como respuesta al tratamiento o a enfermedades intercurrentes. No existe un criterio único patognomónico para su definición, por lo que su diagnóstico se basa en una serie de criterios clínicos, endoscópicos e histológicos, así como en la exclusión de enfermedades infecciosas con manifestaciones similares. Tanto su extensión como su gravedad son variables en cada paciente a lo largo del tiempo, por lo que determinar tempranamente la etapa clínica en que pueda encontrarse el paciente, así como los hallazgos endoscópicos precoces, permitirá un mejor control del proceso. ⁽³⁾

El objetivo propuesto fue caracterizar clínico-endoscópica e histológicamente la colitis ulcerosa para la incentivación de la comunidad médica a su investigación, un diagnóstico temprano, un tratamiento oportuno y adecuado en Pinar del Río.

MÉTODO

Se realizó una investigación observacional, descriptiva y retrospectiva de los pacientes diagnosticados con colitis ulcerosa en el Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado" de la provincia Pinar del Río, en el período comprendido de 2012 a 2016. Conformaron el universo todos los pacientes con sintomatología y endoscopia digestiva baja sugestiva de colitis ulcerativa (N=284), y la muestra obtenida con los pacientes con histología positiva (n=74).

Se tomaron de las historias clínicas las variables edad, sexo, histología, resultado de la endoscopia digestiva inferior, manifestaciones clínicas, localización más frecuente y tratamiento de los mismos.

La información fue introducida en una hoja de datos electrónica y procesada en el paquete JMP 5.1 (SAS Institute) utilizando la técnica estadística de análisis de distribución de frecuencias, mediante la prueba de homogeneidad, por Phi y coeficientes de contingencia. Se fijó un nivel de significación $p = 0,05$ para todas las pruebas de hipótesis realizadas.

RESULTADOS

Se muestra un predominio de la enfermedad en la tercera y cuarta década de la vida, siendo el grupo de 31 a 40 años con el 29,7 % de los pacientes donde más se diagnostica; en orden de frecuencia le sigue el grupo de 21-30 años (25,7 %) y el de 41-50 años para un 20,3%, aunque hay que resaltar que el tema de la edad sigue siendo controvertido (tabla 1).

Tabla 1. Colitis ulcerosa. Distribución según grupos de edades y sexo. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río. 2012 - 2016.

GRUPO DE EDADES (AÑOS)	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
< 21	-	-	1	2,4	1	1,3
21 a 30	9	27,2	10	24,4	19	25,7
31 a 40	12	36,4	10	24,4	22	29,7
41 a 50	8	24,2	7	17,1	15	20,3
51 a 60	2	6,1	2	4,9	4	5,4
> 60 años	2	6,1	11	26,8	13	17,6
TOTAL	33	100	41	100	74	100

Entre los síntomas y signos según la severidad se encontró que la diarrea fue el síntoma que predominó con el 96,0 % de los casos, independientemente del grado de afectación.

El sangrado anal (87,9 %), el dolor abdominal (79,7 %), y el tenesmo (50,0 %) le siguieron en orden de frecuencia respectivamente (tabla 2)

Tabla 2. Relación entre severidad y síntomas y signos de la CU.

Síntomas y signos	Leve		Moderada		Severa		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Diarrea	15	20,3	23	31,1	33	44,6	71	96,0
Sangrado anal	9	12,2	23	31,1	33	44,6	65	87,9
Dolor abdominal	8	10,8	20	27	31	41,9	59	79,7
Tenesmo	7	9,4	9	12,2	21	28,4	37	50,0
Pérdida de peso	-	-	7	9,4	20	27	27	36,4
Astenia	-	-	8	10,8	8	10,8	16	21,6
Anorexia	-	-	8	10,8	9	12,2	17	23,0
Constipación	-	-	1	1,3	1	1,3	2	2,7
Temperatura > 37.5	-	-	2	2,7	12	16,2	14	18,9
Pulso > 90	-	-	2	2,7	12	16,2	14	18,9
Deshidratación	-	-	2	2,7	4	5,4	6	8,1

Z=1.807p<0.05

La relación entre los grados de actividad de la colitis ulcerosa y los grados de displasia muestra que, de 74 pacientes con CU, el 39,2 % tenían displasia; de ellos un 86,2 % presentaron displasia de bajo grado, y 13,8 % de ellos de alto grado. (tabla 3).

Tabla 3. Relación entre los grados de actividad endoscópica de la CU y los grados de displasia.

Grados de actividad de la colitis ulcerosa	Grados de displasia			
	Alto		Bajo	
	# casos	%	# casos	%
Normal (Remisión)	-	-	2	100
Grado I	-	-	2	100
Grado II	2	28,6	5	71,4
Grado III	-	-	5	100
Grado IV	2	15,4	11	84,6
TOTAL	4	13,8	25	86,2

Fuente: Registro de informes de biopsias

La colitis izquierda es la forma de extensión más frecuente de la colitis ulcerosa en su variedad moderada, presentándose en el 39,2 % de los pacientes. Le sigue la proctitis en su variedad leve con un 27,0 %, además se evidencia que la extensión de la colitis ulcerosa se presentó en un 36,5 % como proctitis, 55,4 % de colitis izquierda y 8,1 % colitis extensa, al momento del diagnóstico (tabla 4).

Tabla 4. Relación entre la extensión y severidad de la CU.

Según su extensión	Leve		Moderada		Severa	
	No. casos	%	No. casos	%	No. casos	%
Proctitis	20	27,0	7	9,4	-	-
Colitis izquierda	5	6,8	29	39,2	7	9,5
Extensa	-	-	-	-	6	8,1
TOTAL	25	33,8	36	48,6	13	17,6

$X^2=7.449$ $P=0.0208$

En el tratamiento médico de la CU, el uso de 5-ASA tuvo mayor indicación (72,9 %). La vía de administración en general fue oral (55,4 %), y tópico en 17,5 %. En cuanto a la extensión, los pacientes con proctitis recibieron tratamiento tópico en solo 9,4 % de los casos. El uso de azatriopina (AZT) fue de un 2,7 %. La colectomía se realizó en dos pacientes.

Tabla 5. Relación entre el tratamiento y extensión de la colitis ulcerosa.

Extensión de la colitis ulcerosa								
Tratamiento	Proctitis		Colitis izquierda		Pancolitis		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
5-ASA oral	27	36,5	10	13,5	4	5,4	41	55,4
5-ASA tópica	7	9,4	6	8,1	-	-	13	17,5
Esteroide oral	3	4,1	34	45,9	-	-	37	50,0
Esteroide parenteral	-	-	14	18,9	6	8,1	20	27,0
Esteroide rectal	5	6,7	20	27	-	-	25	33,7
AZT y/o 6-Mercaptopurina	-	-	-	-	2	2,7	2	2,7
Colectomía	-	-	-	-	2	2,7	2	2,7

*Z=2.083 p<0.05

DISCUSIÓN

La CU puede presentarse a cualquier edad, incluso en la infancia, aunque es típica la existencia de dos picos de incidencia: el primero entre los 20 y los 40 años y el segundo entre los 60 y 70 años. Al analizar la edad de diagnóstico de la CU se pudo encontrar en los trabajos revisados que se ubica en un rango de edad entre 30 y 40 años; en el presente estudio la edad de diagnóstico fue similar.

La tasa disminuye con la edad y es bastante estable entre la tercera y séptima décadas de la vida. La incidencia por sexo está equilibrada en mucho de los estudios, no existiendo por tanto especificidad de género. ⁽¹⁻⁴⁾

En la CU los síntomas están determinados por la extensión y gravedad de las lesiones. El síntoma característico es la deposición mucopiosanguinolenta, se pueden presentar síntomas asociados como dolor cólico abdominal, urgencia en la defecación, tenesmo, distensión y meteorismo.

Característicamente, los pacientes refieren aumento en la frecuencia de las evacuaciones, aunque generalmente no son líquidas ni abundantes, ya que se deben a inflamación rectal (diarrea exudativa). Una minoría tiene una enfermedad continua crónica y del veinte al treinta por ciento de los que tienen pancolitis necesitarán una colectomía. Entre las manifestaciones sistémicas puede haber febrícula o fiebre, malestar general, astenia, adinamia y pérdida de peso.

Aunque con menor frecuencia, también pueden presentarse algunas manifestaciones extraintestinales, dentro de las cuales destacan por su frecuencia las articulares (artritis colítica o espondilitis anquilosante, entre el 16 al 26 %); dermatológicas (eritema nudoso y pioderma gangrenoso, en el 5 %), oculares (conjuntivitis, uveítis y

epiescleritis, en el 4 %), hepatobiliares (pericolangitis, colangitis esclerosante) y pulmonares.

El curso clínico es marcado, con exacerbaciones y remisiones, lo cual puede ocurrir espontáneamente, o como respuesta al tratamiento o a enfermedades intercurrentes. (1,3,4)

Según la extensión de la CU, la localización más distal (recto y sigmoides), con diferentes grados de severidad, se presenta con mayor frecuencia, según varios estudios. Aunque en otros trabajos se informa como afectación limitada al colon izquierdo, como ocurrió en nuestro trabajo. (5)

La presencia de displasia en los pacientes con colitis ulcerosa es muy variable, por lo que se recomienda seguir estrategias de vigilancia encaminadas a la detección de focos de displasia o de cáncer colorrectal (CCR) en estadios precoces, mediante la realización de colonoscopias con tomas de biopsias seriadas múltiples a distintos niveles del colon. (6, 7)

La endoscopia es extremadamente valiosa para evaluar la eficacia de nuevos tratamientos para pacientes con CU. Se han establecido una gran variedad de clasificaciones endoscópicas. El Índice de Severidad Endoscópica de Colitis Ulcerativa (UCEIS por sus siglas en inglés) utiliza el patrón vascular, sangrado y ulceración, cada uno de los parámetros con 3 o 4 niveles de severidad, para capturar la variedad de hallazgos endoscópicos. (3, 6, 7)

Las características endoscópicas de enfermedad leve son eritema, congestión vascular de la mucosa y pérdida visible del patrón vascular. La colitis activa moderada se caracteriza por pérdida completa del patrón vascular, sangre adherida a la superficie de la mucosa y erosiones, usualmente con una apariencia granular de la mucosa y friabilidad de esta. La colitis severa se caracteriza por sangrado espontáneo y ulceración. El total de los valores en el índice es la suma de las tres descripciones del área más afectada del colon.

La extensión de las lesiones en la CU tiene una implicación pronóstica y terapéutica muy importante. La gran dificultad para evaluar la gravedad y la actividad de la CU, debido principalmente a su gran heterogeneidad y al hecho de ser un proceso inflamatorio que cursa con períodos de actividad y de remisión, ha llevado al desarrollo de diferentes índices de actividad que, basándose en variables concretas y objetivas, permiten establecer la gravedad del brote y evaluar la eficacia de los tratamientos. Los más utilizados, tanto en la práctica clínica, como especialmente en los estudios controlados, incluyen el índice de Truelove-Witts y el índice de actividad de la Clínica Mayo. (8, 9)

A pesar de que la mayoría de los índices desarrollados posteriormente no han logrado desplazar al de Truelove-Witts, éste comporta una serie de problemas o deficiencias. En primer lugar, no es capaz de reflejar con exactitud la gravedad, y de modo inexacto, pacientes con gran repercusión clínica son clasificados como moderados. En segundo lugar, presenta una tendencia a sobrevalorar algunos brotes distales que, sin tener una grave repercusión general, suelen presentar un elevado número de deposiciones, la mayoría con sangre. (8,9)

El índice de actividad de la Clínica Mayo es otro de los índices de actividad más utilizados en la práctica clínica y se ha convertido en el índice de elección de los grandes ensayos clínicos en la CU. En relación con las complicaciones colónicas, se estima que el riesgo de CCR en la EII es de cuatro a 20 veces mayor que en la población general, principalmente en la CU. (8-11)

La CU tiene un curso crónico que puede evolucionar por brotes, y no existe un tratamiento médico curativo. Los medicamentos más utilizados son los antiinflamatorios derivados del ácido 5-aminosalicílico (5-ASA): sulfasalazina, mesalazina.

Los esteroides, inmunosupresores, y más recientemente, diversos agentes biológicos, constituyen el arsenal terapéutico para controlar la inflamación, por lo que las estrategias de tratamiento tienen como objetivo modificar o actuar sobre tres tipos de moléculas diana: las citoquinas, antígenos linfocitarios o moléculas de adherencia. ⁽¹²⁾

El tipo de medicamento y la vía de administración dependen del grado de actividad inflamatoria y el patrón anatómico-clínico de presentación. Los derivados del 5-ASA son los agentes para el tratamiento primario en la enfermedad leve a moderada. Estos medicamentos modulan la vía de las prostaglandinas, inhiben la producción de citocinas inflamatorias y actúan como antioxidantes. Dentro de sus reacciones adversas destacan náuseas, vómito, cefalea, anemia por deficiencia de folato, anomalías en la producción de espermatozoides, reacciones de hipersensibilidad, depresión de la médula ósea y pancreatitis. Debido a los severos efectos adversos asociados a los esteroides, idealmente deben usarse en cursos cortos de tratamientos.

En conclusión, los objetivos del tratamiento en la CU son mejorar y mantener el bienestar general del paciente (optimizar la calidad de vida, visto desde la perspectiva del paciente), tratar la enfermedad aguda, eliminando los síntomas y minimizando los efectos adversos a largo plazo, reducir la inflamación, y si es posible, hacer cicatrizar la mucosa, mantener las remisiones libres de corticoides (disminuir la frecuencia y severidad de recurrencias y dependencia de corticoides), evitar hospitalizaciones y cirugías por complicaciones y mantener un buen estado nutricional. ⁽¹³⁻¹⁵⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Chao Gonzales L. Colitis ulcerosa. Enfermedad inflamatoria crónica del intestino. En: Paniagua Esteves ME, Piñol Jiménez FN. Gastroenterología y hepatología clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015. pp.1364-1408. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/gastroenterologia_hepatologia_tomo4/gastroenterologia_tomo4_completo.pdf
2. Shirazi KM, Somi MH, Bafandeh Y, Saremi F, Mylanchy N. Epidemiological and Clinical Characteristics of Inflammatory Bowel Disease in Patients from Northwestern Iran. Middle East Journal of Digestive Diseases [Internet] 2013 April [citado 23 Oct 2017]; 5 (2) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3990142/>
3. Osterman M, Lichtenstein G. Ulcerative colitis. Small and Large intestine. In: Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver diseases. 10th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2016. pp. 1975-2012. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=zEZOqB6r9hwC&oi=fnd&pg=PP1&dq=Gastrointestinal+and+Liver+diseases.&ots=iIHPvR5ME9&sig=s5e4IcD1UkLEfIDA1PaHb3mS3g8#v=onepage&q=Gastrointestinal%20and%20Liver%20diseases.&f=false>
4. Hano García OM, Andrade Gomes S, Villa Jiménez OM, González Fabian L, Wood Rodríguez L. Caracterización de pacientes con colitis ulcerosa atendidos en centro de nivel terciario. Revista Cubana de Medicina [Internet]. 2016 [citado 23 Oct 2017]; 55(1): 46-58. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232016000100005

5. Bernstein C, Eliakim A, Fedail S, Fried M, Geary R, Lee Goh K. Enfermedad intestinal inflamatoria. Guías mundiales de la WGO. World Gastroenterology Organization [Internet]. 2015 [citado 23 Oct 2017]. Disponible en: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/inflammatory-bowel-disease-spanish-2015.pdf>
6. Laine L, Kaltenbach T, Barkun A, McQuaid KR, Subramanian V, Soetikno R, et al. SCENIC international consensus statement on surveillance and management of dysplasia in inflammatory bowel disease. Gastroenterology [Internet] 2015;81 (3):489-501.e26. Disponible en: <http://www.giejournal.org/article/S0016-5107%2814%2902578-4/pdf>
7. Colina F, Ibarrola C, Salamanca J, López Alonso G, Rodríguez Gil Y. Guía para la interpretación de biopsias endoscópicas con sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal idiopática. Rev Esp Patol [Internet]. 2014 [citado 23 Oct 2017]; 47(3):161-77. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-patologia-297-articulo-guia-interpretacion-biopsias-endoscopicas-con-S1699885514000373>
8. Mosli MH, Feagan BG, Sandborn WJ, D'Haens G, Behling C, Kaplan K, et al . Histologic evaluation of ulcerative colitis: A systematic review of disease activity indices. InflammBowelDis [Internet]. 2014 [citado 23 Oct 2017]; 20(3):564-75. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24412993>
9. Morales Polanco S, Waller González LA. Validación del Índice de Severidad Endoscópico de Colitis Ulcerativa para la población mexicana. Endoscopia[Internet]. 2016[citado 23 Oct 2017]; 28(1): 2-8.Disponible en:www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188989316300021.
10. Mayer L, Simian D, Kronberg U, Estay C, Lubascher J, Figueroa C, Quera R. Desarrollo de neoplasia en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Rev Med Chile [Internet].2015 [citado 23 Oct 2017] ; 143: 834-40. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n7/art02.pdf>
11. Castaño Milla C, Chaparro M, Gisbert JP. Systematic review with meta-analysis: the declining risk of colorectal cancer in ulcerative colitis. Aliment Pharmacol Ther[Internet].2014 [citado 23 Oct 2017];39(7):645-59.Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apt.12651/full>
12. Baños FJ, Grillo CF, Galiano de Sánchez MT, García Duperly R, Bonilla DA, Guerrero DM. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la colitis ulcerativa en población adulta. Rev Col Gastroenterol[Internet]. 2015 [citado 23 Oct 2017]; 30 (1): 75-88. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572015000500009&lng=es&nrm=is.&tlng=es
13. Dignass A, Lindsay JO, Sturm A, Windsor A, Colombel F, Allez M. Segundo consenso europeo basado en evidencia sobre el diagnóstico y manejo de la colitis ulcerosa crónica idiopática. Parte 2: tratamiento actual. Revista de Gastroenterología de México [Internet]. 2015 [citado 23 Oct 2017];80(1):32-73. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/segundo-consenso-europeo-basado-evidencia/articulo/S0375090615000105/>

14. Bressler B, Marshall JK, Bernstein CN, Bitton A, Jones J et al. Clinical practice guidelines for the medical management of nonhospitalized ulcerative colitis: The Toronto consensus. Gastroenterology [Internet]. 2015 [citado 23 Oct 2017]; 148:1035-58. Disponible en: https://www.cag-acg.org/images/publications/cpg_toronto_consensus_on_uc_may2015.pdf

15. Yamamoto Furusho FK, Bosques Padilla F, de Paula J, Galiano MT, Ibañez P, Juliao F. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal: Primer Consenso Latinoamericano de la Pan American Crohn's and Colitis Organisation. Revista de Gastroenterología de México [Internet]. 2017 [citado 23 Oct 2017]; 82(1): 46-84. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/diagnostico-tratamiento-enfermedad-inflamatoria-intestinal/articulo/S0375090616300829/>

Guillermo Fernández Maqueira: Médico. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Gastroenterología. Profesor Asistente. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río. Cuba. ***Si usted desea contactar con el autor de la investigación hágalo [aquí](#)***