

RIESGO AUMENTADO DE CÁNCER COLORECTAL EN PACIENTES CON COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA Y COLITIS ULCEROSA

Dres. Leandro Pierini, Pablo Capellino

CASO CLÍNICO

Un varón de 42 años de edad tenía diagnóstico de colitis ulcerosa crónica idiopática desde 1988. En el año 1994 se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con diagnóstico de colangitis esclerosante primaria, ingresando el paciente en 1996 en plan de transplante hepático. Recibió tratamiento con azulfidina y prednisona.

En febrero del 2002 se internó en el servicio de cirugía con diagnóstico de obstrucción intestinal, realizándose una tomografía computada de abdomen que informó dilatación de intestino delgado y de colon hasta el ángulo esplénico observándose irregularidad de pared colónica. Se decidió realizar una ileostomía sobre varilla derivativa, cursando el paciente un postoperatorio de difícil manejo debido al alto débito por ileostomía. El paciente fue externado a los 60 días de postoperatorio previa realización de colonoscopia que informó lesión vegetante a nivel de ángulo esplénico.

Con diagnóstico de adenocarcinoma de colon se programó colectomía total, hallándose en el intraoperatorio carcinomatosis peritoneal diseminada concluyendo así la cirugía.

El paciente presentó múltiples internaciones posteriores para manejo del dolor metastásico, falleciendo en agosto del 2002.

DISCUSIÓN

La colitis ulcerosa (CU) afecta característicamente a personas jóvenes (40-50 años). La enfermedad comienza en el colon distal y en el recto, pudiendo afectar al colon en su totalidad con la evolución. La enfermedad aparece como una inflamación difusa, no en parches, que se extiende en dirección proximal; se observan úlceras superficiales de la mucosa con un infiltrado inflamatorio agudo y crónico difuso en la mucosa y en la submucosa. El síntoma de presentación típico es la diarrea (acuosa y sanguinolenta). Puede haber cólicos abdominales, urgencia rectal o tenesmo.

Es bien conocida la estrecha relación que existe entre la CU, especialmente cuando es extensa y de larga duración, con una enfermedad inflamatoria hepatobiliar

colestásica conocida como colangitis esclerosante primaria (CEP). El 2,5% al 5% de los pacientes afectados de CU desarrollarán en su evolución CEP, mientras que 75% de los pacientes con CEP tienen enfermedad inflamatoria intestinal (EII)¹.

La CEP es una enfermedad colestásica del hígado caracterizada por estenosis fibróticas que afectan el árbol biliar intra y extrahepático, generalmente se da en pacientes jóvenes (40 años) y del sexo masculino¹. Los pacientes consultan por cuadro de ictericia, prurito sin dolor; un pequeño porcentaje puede presentarse con signos y síntomas de enfermedad hepática avanzada con ascitis, várices sangrantes y esplenomegalia. La CPRE confirma el diagnóstico caracterizándose por un patrón de estenosis multifocales y un aspecto arrosariado del tracto biliar intra y extrahepático en ausencia de otras causas desencadenantes. Su evolución natural lleva a la cirrosis biliar (estadio 4) con insuficiencia hepática².

Los síntomas de CU generalmente preceden al desarrollo de la colangitis esclerosante. La actividad de cualquiera de las dos enfermedades no afecta la actividad de la otra. En los pacientes con CEP el riesgo de colangiocarcinoma es 30 veces más alto que el de la población general¹. Sin embargo, el riesgo de desarrollar colangiocarcinoma no parece ser mayor en pacientes con CEP y CU que en los sin CU^{1,3}. Es también conocida la asociación entre CU y cáncer colorectal, siendo ésta un factor de riesgo, sobre todo cuando la afección colónica es extensa y supera la década de evolución.

En 1992 aparece el primer reporte sugiriendo que aquellos pacientes afectados de CU y CEP presentan un riesgo más elevado de incidencia de cáncer colorectal en comparación de aquellos afectados de CU únicamente⁴. Si bien a este estudio le suceden múltiples reportes, aún no existe ninguno que defina categóricamente esta asociación. Hay trabajos que incluyen la investigación de estudios moleculares tales como la asociación de la mutación del gen p16 (INK 4 a), otros como el estudio realizado por Broomé y col.⁴, llegaron a la conclusión que los pacientes con aneuploidia del ADN, displasia o carcinoma de colon en las biopsias de vigilancia tenían una probabilidad significativamente mayor de tener una CEP que los pacientes sin ningún tipo de alteración neoplásica. Utilizando análisis multivariado la presencia de colangitis esclerosante y la duración de la colitis

ulcerosa fueron factores de riesgos independientes asociados al desarrollo de displasia o aneuploidía del ADN³.

La importancia clínica de esta asociación, creemos, radicaría en la necesidad de un seguimiento estrecho donde debería ser realizado anualmente un estudio colonoscópico aún en aquellos pacientes con escaso tiempo de evolución de su CU. Queda bien claro que el hallazgo de displasia aún cuando esta fuera de bajo grado es una indicación absoluta para colectomía¹.

Un metaanálisis publicado por Soetikno et al.³, este año donde el *odds ratio* fue de 5,02 (95% de intervalo de confianza 3,68 - 6,86) en los estudios más significativos

llega a la conclusión que aquellos pacientes que presentan CEP asociada a CU presentan un riesgo cuatro veces mayor respecto de aquellos que sólo están afectados de CU.

BIBLIOGRAFÍA

1. Steven A. Sclerosing Cholangitis. En: Maingot F. Abdominal operation. Editorial Panamericana 1997, 2, pág.1789-802.
2. Goss J. Orthotopic liver transplantation for primary sclerosing colangitis. *Hepatology* 1999;15:800-15
3. Soetikno R. Increased risk of colorectal neoplasia in patients with primary sclerosing cholangitis and ulcerative colitis: A meta-analysis. *Gastrointestinal endoscopy* 2002;56:48-54
4. Broomé J. Primary sclerosing cholangitis and ulcerative colitis: evidence for increased neoplastic potential. *Hepatology* 1997;25(1):254.



Año Nuevo. Augusto Nice