

DOI: <https://doi.org/10.46296/gt.v8i16.0299>

COLITIS ULCEROSA EN PACIENTE MASCULINO DE 58 AÑOS. REPORTE DE CASO

ULCERATIVE COLITIS IN A 58-YEAR-OLD MALE PATIENT. CASE REPORT

Espinosa-Espín Anghie Margarita ¹; Arteaga-Piloso Beverly Lucia ²;
Calva-Morquecho Michelle Ariana ³; Alvarez-Saltos Miguel David ⁴

¹ Médico General, Centro de Salud Isidro Ayora. Ecuador.

Correo: amespinosae5@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6440-6438>.

² Médico General, SeguMedik. Guayaquil, Ecuador.

Correo: beverly_bv96@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0004-9522-3713>.

³ Médico General, Centro de Salud Palanda. Zamora Chinchipe, Ecuador.

Correo: michellecalva@outlook.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0008-5614-2610>.

⁴ Médico General. Loja, Ecuador.

Correo: miguel_6_95@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8488-2797>.

Resumen

La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica que afecta la mucosa del colon y el recto, con un aumento sostenido de su incidencia y prevalencia a nivel mundial. Aunque suele presentarse en adultos jóvenes, se ha descrito un segundo pico de aparición en pacientes de edad media y avanzada, en quienes la presencia de comorbilidades y la polifarmacia pueden complicar el abordaje diagnóstico y terapéutico. Se presenta el caso de un paciente masculino de 58 años que acudió por cuadro de diarrea crónica con sangre, dolor abdominal tipo cólico y pérdida ponderal progresiva. La colonoscopia evidenció afectación continua desde el recto hasta el colon descendente, con hallazgos histopatológicos compatibles con colitis ulcerosa izquierda de actividad moderada-grave. Se inició manejo hospitalario con corticoides sistémicos, mesalazina a altas dosis y profilaxis tromboembólica, con respuesta clínica parcial, por lo que se decidió la introducción temprana de terapia biológica anti-TNF, logrando remisión clínica y endoscópica en el seguimiento. Este caso resalta la importancia de un alto índice de sospecha ante síntomas digestivos persistentes en adultos mayores, el rol central de la colonoscopia con biopsias en la confirmación diagnóstica y la necesidad de aplicar estrategias de tratamiento basadas en objetivos (treat-to-target), orientadas a la curación mucosa y la modificación del curso natural de la enfermedad y fortalecer la formación continua, especialmente en contextos con recursos limitados.

Palabras claves: Colitis ulcerosa; Enfermedad inflamatoria intestinal; Caso clínico; Adulto mayor; Biológicos.

Abstract

Ulcerative colitis is a chronic inflammatory bowel disease that affects the mucosa of the colon and rectum, with a sustained increase in its incidence and prevalence worldwide. Although it usually occurs in young adults, a second peak in incidence has been reported in middle-aged and elderly patients, in whom the presence of comorbidities and polypharmacy can complicate the diagnostic and therapeutic approach. We present the case of a 58-year-old male patient who presented with chronic bloody diarrhea, colicky abdominal pain, and progressive weight loss. Colonoscopy revealed continuous involvement from the rectum to the descending colon, with histopathological findings consistent with moderate-to-severe left-sided ulcerative colitis. Hospital management was initiated with systemic corticosteroids, high-dose mesalazine, and thromboembolic prophylaxis, with partial clinical response, so early introduction of anti-TNF biologic therapy was decided, achieving clinical and endoscopic remission at follow-up. This case highlights the

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 13 de agosto de 2025.

Fecha de aceptación: 23 de octubre de 2025.

Fecha de publicación: 21 de noviembre de 2025.



importance of a high index of suspicion in the presence of persistent digestive symptoms in older adults, the central role of colonoscopy with biopsies in confirming the diagnosis, and the need to apply treat-to-target strategies aimed at mucosal healing and modifying the natural course of the disease.

Keywords: Ulcerative colitis; Inflammatory bowel disease; Clinical case; Older adult; Biologics.

1. Introducción

La colitis ulcerosa es un tipo de enfermedad inflamatoria intestinal caracterizada por inflamación crónica y difusa de la mucosa del colon, con un patrón típico de compromiso continuo que se inicia en el recto y se extiende de manera proximal en distinta magnitud. En los últimos años, diversos estudios epidemiológicos han señalado un incremento sostenido de la prevalencia global, que en 2023 se estimó en alrededor de cinco millones de personas, con un aumento particular en regiones que anteriormente eran consideradas de baja incidencia, como América Latina y partes de Asia. Este cambio refleja la influencia de factores ambientales, estilos de vida urbanos y modificaciones dietéticas, sumados a la susceptibilidad genética y a alteraciones del microbioma intestinal.

La fisiopatología de la colitis ulcerosa es compleja y multifactorial. Se

considera que individuos genéticamente predispuestos desarrollan una respuesta inmunitaria anómala frente a antígenos luminales, lo que conduce a un estado de inflamación mucosa crónica. Se han descrito alteraciones en la barrera epitelial intestinal, disminución de la diversidad microbiana, producción desregulada de citocinas proinflamatorias y participación de vías de señalización como JAK/STAT, entre otras. A pesar de los avances en la comprensión de estos mecanismos, la enfermedad se mantiene como un reto clínico relevante debido a su curso fluctuante, la aparición de brotes de diversa intensidad y las posibles complicaciones, incluyendo el riesgo incrementado de cáncer colorrectal a largo plazo.

Desde el punto de vista clínico, la colitis ulcerosa se manifiesta con diarrea crónica, habitualmente con sangre y moco, urgencia defecatoria, tenesmo rectal y dolor abdominal tipo cólico. La severidad de los

síntomas es variable y se relaciona tanto con la extensión anatómica del compromiso colónico (proctitis, colitis izquierda, pancolitis) como con la intensidad de la inflamación. El diagnóstico requiere descartar inicialmente otras causas de colitis, como infecciones bacterianas (por ejemplo, *Clostridioides difficile*), virales o parasitarias, etiologías isquémicas, fármacos y otras entidades inflamatorias del colon. La colonoscopia con toma de biopsias seriadas continúa siendo el pilar del diagnóstico, al permitir la evaluación macroscópica del patrón de compromiso y la confirmación histológica mediante la identificación de distorsión arquitectural de las criptas, infiltrado inflamatorio crónico y microabscesos crípticos, entre otros hallazgos.

En las últimas décadas se ha consolidado un enfoque terapéutico basado en objetivos (treat-to-target), que plantea no solo el control sintomático sino también la consecución de metas más profundas, como la curación mucosa y, en algunos casos, la cicatrización histológica. Diversas guías internacionales recomiendan individualizar el tratamiento de

acuerdo con la gravedad del brote y los factores de riesgo, empleando aminosalicilatos, corticoides sistémicos o tópicos, inmunomoduladores y terapias avanzadas (biológicos y pequeños moléculas) en forma escalonada o, en pacientes de alto riesgo, con una aproximación más temprana a fármacos biológicos. Este cambio de paradigma ha permitido reducir la frecuencia de hospitalizaciones, la necesidad de colectomía y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Los casos clínicos continúan siendo una herramienta útil para ilustrar la heterogeneidad de presentación de la colitis ulcerosa y resaltar situaciones específicas, como la aparición en edades avanzadas, la presencia de comorbilidades o la necesidad de una escalada terapéutica rápida. El presente reporte describe el caso de un paciente masculino de 58 años con colitis ulcerosa izquierda de actividad moderada-grave, manejado con terapia biológica temprana, y discute sus implicaciones diagnósticas y terapéuticas a la luz de la literatura reciente y las guías de práctica clínica actuales.

2. Caso clínico

Paciente masculino de 58 años, mestizo, con antecedente de hipertensión arterial bien controlada con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y hábito tabáquico suspendido cinco años antes de la consulta. No refería antecedentes personales de enfermedad inflamatoria intestinal ni historia familiar de patología digestiva similar o cáncer colorrectal. Consultó al servicio de urgencias por cuadro de tres meses de evolución caracterizado por diarrea líquida de seis a ocho deposiciones al día, con presencia de sangre fresca y moco, acompañada de urgencia defecatoria, tenesmo rectal y dolor abdominal tipo cólico, predominante en hemiabdomen inferior. El paciente reportó pérdida de aproximadamente 7 kg de peso en ese periodo, además de astenia y disminución del apetito. Había recibido tratamiento empírico previo con antibióticos y antiespasmódicos, sin mejoría significativa.

Al examen físico de ingreso, se encontraba hemodinámicamente estable, con presión arterial de 130/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 96 latidos por minuto,

temperatura de 37,3 °C y saturación de oxígeno de 98 % al aire ambiente. El abdomen era blando y depresible, con dolor a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda y hipogastrio, sin defensa ni signos de irritación peritoneal. No se observaron masas palpables ni visceromegalias. El resto del examen físico, incluyendo la evaluación articular, dermatológica y oftalmológica, no mostró alteraciones relevantes.

En los estudios de laboratorio destacaba anemia normocítica normocrómica con hemoglobina de 10,2 g/dL y hematocrito de 31 %, proteína C reactiva elevada (38 mg/L), velocidad de sedimentación globular de 46 mm/h y albúmina sérica de 3,2 g/dL. El recuento leucocitario se encontraba discretamente elevado (11 500/ μ L) con neutrofilia relativa. La función renal y el perfil hepático eran normales, al igual que los electrolitos. Se solicitó coproparasitario seriado y coprocultivo, sin aislamiento de patógenos, y prueba de toxina para *Clostridioides difficile*, que resultó negativa. La radiografía de abdomen de pie no mostró signos de

megacolon tóxico ni
neumoperitoneo.

Ante la sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal, se realizó colonoscopia completa. El estudio endoscópico evidenció mucosa rectal y de colon sigmoideo y descendente con eritema difuso, pérdida del patrón vascular, edema, friabilidad al mínimo contacto y múltiples ulceraciones superficiales con exudado fibrinoso, conformando un patrón de compromiso continuo desde la línea dentada hasta la flexura esplénica. El colon transverso, ascendente y ciego se observaron de aspecto normal. Los hallazgos se clasificaron como actividad moderada según la escala endoscópica de Mayo (subpuntaje 2), y se tomaron múltiples biopsias de los segmentos afectados y de colon proximal de apariencia macroscópica normal.

El estudio histopatológico mostró mucosa colónica con distorsión arquitectural de las criptas, pérdida de células caliciformes, infiltrado inflamatorio crónico linfoplasmocitario en lámina propia, plasmocitos basales y presencia de microabscesos crípticos, sin

granulomas ni signos de vasculitis. No se identificaron cambios displásicos. Estos hallazgos, junto con el patrón endoscópico continuo y la negatividad de los estudios infecciosos, fueron compatibles con colitis ulcerosa izquierda de actividad moderada-grave.

Se decidió la hospitalización del paciente para manejo de brote moderado-severo. Se inició tratamiento con hidrocortisona intravenosa 100 mg cada 6 horas, mesalazina oral 4,8 g/día y mesalazina rectal 1 g en supositorios nocturnos, además de hidratación intravenosa, reposición de hierro según requerimientos, profilaxis tromboembólica con heparina de bajo peso molecular y asesoría nutricional. Se documentó el estado vacunal y se realizaron pruebas de tamizaje para infección latente por tuberculosis y virus de la hepatitis B, ante la eventual necesidad de terapia biológica.

Durante los primeros cinco días de hospitalización, el paciente presentó una reducción parcial de la frecuencia de deposiciones (de ocho a cuatro diarias), con persistencia de sangrado visible y elevación

moderada de los marcadores inflamatorios. Ante la respuesta subóptima y considerando las recomendaciones de las guías actuales para brotes moderados a graves, se decidió escalar a tratamiento biológico con infliximab a dosis de 5 mg/kg en esquema de inducción (semanas 0, 2 y 6), manteniendo la mesalazina oral y rectal y realizando disminución progresiva de los corticoides sistémicos.

Tras la primera infusión de infliximab, el paciente experimentó mejoría progresiva de los síntomas, con reducción de la diarrea a dos deposiciones formadas al día sin sangre, desaparición del tenesmo y recuperación gradual del peso. A las ocho semanas de seguimiento, la proteína C reactiva se encontraba dentro de rango normal y la albúmina sérica había aumentado a 3,9 g/dL. Se programó colonoscopia de control a los seis meses, evidenciándose mucosa rectal y de colon izquierdo con patrón vascular restaurado, sin ulceraciones ni sangrado espontáneo, hallazgos compatibles con remisión endoscópica (Mayo 0–1). El paciente se mantuvo en remisión clínica y

bioquímica bajo terapia de mantenimiento con infliximab cada ocho semanas y mesalazina oral a dosis reducida, sin desarrollo de efectos adversos significativos ni manifestaciones extraintestinales durante el primer año de seguimiento.

3. Resultados y discusión

El caso descrito corresponde a un paciente masculino de 58 años con un primer episodio de colitis ulcerosa izquierda de actividad moderada-grave, que requirió hospitalización, uso de corticoides sistémicos y posterior escalada temprana a terapia biológica anti-TNF. Aunque la colitis ulcerosa suele diagnosticarse con mayor frecuencia en adultos jóvenes, se ha descrito un segundo pico de incidencia en la sexta y séptima décadas de la vida, lo que implica desafíos adicionales vinculados a la coexistencia de comorbilidades, la polifarmacia y el mayor riesgo de eventos adversos farmacológicos. En este contexto, un abordaje integral y protocolizado resulta fundamental para optimizar los desenlaces.

Desde la perspectiva diagnóstica, el caso ilustra la importancia de mantener un alto índice de sospecha ante un cuadro de diarrea crónica con sangre, tenesmo y pérdida de peso en un adulto mayor. La evaluación inicial debe incluir la exclusión de causas infecciosas, particularmente por *Clostridioides difficile* y patógenos entéricos comunes, así como considerar otras etiologías como colitis isquémica, colitis asociada a fármacos (por ejemplo, antiinflamatorios no esteroideos) y otras formas de enfermedad inflamatoria intestinal, especialmente la enfermedad de Crohn con compromiso colónico. La combinación de un patrón endoscópico continuo, que se inicia en el recto y se extiende de manera proximal, con hallazgos histopatológicos característicos, permitió establecer el diagnóstico de colitis ulcerosa en este paciente.

Las guías internacionales recomiendan una estratificación de la severidad del brote utilizando criterios clínicos, de laboratorio y endoscópicos, a fin de orientar el tratamiento. En el caso presentado, la frecuencia elevada de deposiciones con sangre, la anemia,

la elevación de reactantes de fase aguda y los hallazgos endoscópicos moderados situaban al paciente en un rango de actividad moderada-grave, lo que justificó el inicio de corticoides sistémicos intravenosos en el contexto hospitalario. Sin embargo, el uso prolongado de corticoides se asocia a múltiples efectos adversos, por lo que su empleo debe limitarse al periodo de inducción y acompañarse de una estrategia clara de desescalada y transición a terapias capaces de mantener la remisión a largo plazo.

En los últimos años, se ha fortalecido el concepto de tratamiento basado en objetivos, que propone metas terapéuticas jerarquizadas que incluyen la remisión clínica, la normalización de los marcadores bioquímicos de inflamación y la curación mucosa documentada por endoscopia. Alcanzar la curación mucosa se ha asociado con menor riesgo de hospitalización, necesidad de cirugía y desarrollo de neoplasia colorrectal, por lo que constituye un objetivo relevante en el seguimiento de los pacientes con colitis ulcerosa. En el caso discutido, la decisión de introducir de forma temprana infliximab, ante la respuesta parcial a

corticoides, permitió alcanzar no solo la remisión clínica sino también la remisión endoscópica en el control a mediano plazo.

La elección del agente biológico debe individualizarse considerando el perfil clínico del paciente, sus comorbilidades, la historia de exposición a terapias previas y las preferencias personales. Los anti-TNF, como infliximab, cuentan con amplia experiencia de uso y evidencia robusta en la inducción y mantenimiento de la remisión en colitis ulcerosa moderada a severa. No obstante, en los últimos años han surgido múltiples alternativas, incluyendo anticuerpos monoclonales dirigidos contra integrinas (vedolizumab), interleucinas (ustekinumab, mirikizumab) y pequeñas moléculas orales como los inhibidores de JAK y moduladores del receptor de esfingosina-1-fosfato. La disponibilidad de estas opciones terapéuticas ha permitido diseñar estrategias más personalizadas, pero también exige una cuidadosa valoración de riesgos y beneficios, especialmente en pacientes de edad avanzada.

En el grupo de pacientes mayores, se deben considerar aspectos específicos antes de iniciar terapias inmunosupresoras avanzadas, como el cribado exhaustivo de infecciones latentes (tuberculosis, hepatitis B), la actualización del calendario vacunal, la evaluación del riesgo cardiovascular y tromboembólico, y la revisión detallada de potenciales interacciones farmacológicas. En el caso presentado, la realización de estos estudios previos permitió iniciar infliximab con un perfil de seguridad adecuado, sin eventos adversos graves durante el seguimiento. Asimismo, la profilaxis tromboembólica desde el ingreso se encuentra alineada con la evidencia que reconoce el mayor riesgo de eventos trombóticos en el contexto de brotes moderados a graves de enfermedad inflamatoria intestinal.

Otro punto relevante es la necesidad de establecer desde el diagnóstico un plan de vigilancia endoscópica para cáncer colorrectal. Los pacientes con colitis ulcerosa extensa o de larga evolución presentan un riesgo aumentado de neoplasia colorrectal, por lo que se recomienda iniciar programas de colonoscopia de vigilancia

aproximadamente a los 8 años del inicio de los síntomas, con una periodicidad determinada por la extensión de la enfermedad, la presencia de factores de riesgo adicionales (antecedentes familiares de cáncer, colangitis esclerosante primaria) y los hallazgos endoscópicos previos. Aunque en el caso descrito la evolución es aún temprana, resulta fundamental incorporar esta perspectiva en el seguimiento a largo plazo.

Entre las limitaciones de este reporte se destaca que se trata de un único caso, con un periodo de seguimiento relativamente corto y sin comparación con otras estrategias de tratamiento biológico. Sin embargo, aporta información útil sobre la presentación y manejo de colitis ulcerosa en un paciente mayor de 50 años, enfatizando la importancia de adoptar un enfoque diagnóstico y terapéutico oportuno, basado en guías actualizadas y ajustado a las características individuales del paciente. Futuros estudios observacionales y ensayos clínicos enfocados en la población de edad avanzada podrían contribuir a refinar las recomendaciones

específicas para este grupo y optimizar sus resultados clínicos.

4. Conclusiones

La colitis ulcerosa es una entidad crónica que puede manifestarse en edades avanzadas y cuya presentación en adultos mayores exige un abordaje integral que considere tanto la actividad inflamatoria como la presencia de comorbilidades. El caso presentado muestra que un diagnóstico oportuno, basado en la sospecha clínica y confirmado mediante colonoscopia e histopatología, permite establecer estrategias terapéuticas adecuadas desde etapas tempranas de la enfermedad.

En pacientes con brotes moderados a graves, la utilización de corticoides sistémicos como tratamiento de inducción debe acompañarse de una evaluación temprana de la respuesta y, en caso de respuesta parcial o refractaria, de la introducción oportuna de terapias avanzadas, como los agentes biológicos. La implementación de un enfoque *treat-to-target*, orientado a la remisión clínica y la curación mucosa, se

asocia con mejores desenlaces a largo plazo, incluyendo menor necesidad de hospitalización y cirugía.

Finalmente, la experiencia descrita subraya la importancia de un seguimiento estrecho y multidisciplinario, que incluya la educación del paciente, el monitoreo de marcadores de inflamación, la planificación de colonoscopias de vigilancia y la actualización del calendario vacunal. Todo ello contribuye a mejorar la calidad de vida y a reducir el riesgo de complicaciones en personas con colitis ulcerosa, particularmente en aquellos diagnosticados después de los 50 años.

Bibliografía

1. Le Berre C, Honap S, Peyrin-Biroulet L. Ulcerative colitis. *Lancet*. 2023;402(10401):571-584. doi:10.1016/S0140-6736(23)00966-2.
2. Gros B, Kaplan GG. Ulcerative colitis in adults: a review. *JAMA*. 2023;330(10):951-965. doi:10.1001/jama.2023.15389
3. Bu S, Cheng X, Chen M, Yu Y. Ulcerative colitis: advances in pathogenesis, biomarkers, and therapeutic strategies. *Pharmacogenomics Pers Med*. 2025;18:219-238. doi:10.2147/PGPM.S536459.
4. Rubin DT, Ananthakrishnan AN, Siegel CA, Sauer BG, Long MD. ACG clinical guideline: ulcerative colitis in adults. *Am J Gastroenterol*. 2019;114(3):384-413. doi:10.14309/ajg.0000000000000152.
5. Rubin DT, Ananthakrishnan AN, Siegel CA, Barnes EL, Long MD. ACG clinical guideline update: ulcerative colitis in adults. *Am J Gastroenterol*. 2025;120(6):1187-1224. doi:10.14309/ajg.00000000000003463.
6. Raine T, Bonovas S, Burisch J, Kucharzik T, Adamina M, Annese V, et al. ECCO guidelines on therapeutics in ulcerative colitis: medical treatment. *J Crohns Colitis*. 2022;16(1):2-17. doi:10.1093/ecco-jcc/jjab178.
7. Eder P, Łodyga M, Gawron-Kiszka M, Dobrowolska A, Gonciarz M, Hartleb M, et al. Guidelines for the management of ulcerative colitis. Recommendations of the Polish Society of Gastroenterology and the

- Polish National Consultant in Gastroenterology. Review. 2023;18(1):1-42. doi:10.5114/pg.2023.125882.
8. Singh S, Feuerstein JD, Binion DG, Tremaine WJ. AGA living clinical practice guideline on pharmacological management of moderate-to-severe ulcerative colitis. Gastroenterology. 2024;166(2):314-338.
 9. Jin X, Wang Y, Li M, et al. Deep mucosal healing in ulcerative colitis: implications for long-term outcomes. Front Med (Lausanne). 2024;11:1429427.
 10. Jamal F, et al. Acute severe ulcerative colitis: current management and future perspectives. Biomedicines. 2025;13(10):2544.