

# Colitis ulcerativa: características clínicas, endoscópicas y manejo terapéutico en el Caribe colombiano

## Ulcerative Colitis: Clinical and Endoscopic Characteristics and Therapeutic Management in the Colombian Caribbean Region

Blanca Paola Meza-Santiago,<sup>1\*</sup>  Mario Enrique Montoya-Jaramillo,<sup>2</sup>  Jane Jorgeth Fábregas-Ramírez.<sup>3</sup> 

### ACCESO ABIERTO

#### Citación:

Meza-Santiago BP, Montoya-Jaramillo ME, Fábregas-Ramírez JJ. Colitis ulcerativa: características clínicas, endoscópicas y manejo terapéutico en el Caribe colombiano. *Revista. colomb. Gastroenterol.* 2026;41(1):21-28.  
<https://doi.org/10.22516/25007440.1412>

<sup>1</sup> Médico, especialista en Medicina Interna, especialista en Gerente de la Calidad y Auditoría en Salud. Coordinador, Departamento de Medicina Interna, Clínica Cardiovascular Jesús de Nazaret. Cartagena, Colombia.

<sup>2</sup> Médico, especialista en Medicina Interna. Coordinador, programa de Medicina Interna, Universidad el Sinú. Cartagena, Colombia.

<sup>3</sup> Médico, especialista en Medicina Interna y Gastroenterología. Gastroenteróloga, Departamento de Endoscopia, Clínica de la Costa. Barranquilla, Colombia.

\*Correspondencia: Blanca Paola Meza-Santiago. [biancamezasantiago@gmail.com](mailto:biancamezasantiago@gmail.com)

Fecha recibido: 01/07/2025

Fecha aceptado: 23/02/2026



### Resumen

**Introducción:** la colitis ulcerativa (CU) muestra un aumento global en países en desarrollo. En Colombia, su prevalencia supera a la enfermedad de Crohn y la adherencia a guías clínicas es incierta, por lo que es vital caracterizar el perfil epidemiológico regional. **Objetivo:** identificar patrones clínicos, hallazgos histoendoscópicos y el abordaje terapéutico en pacientes con CU en un centro de referencia de Barranquilla, Colombia, en 2024. **Métodos:** serie de casos descriptiva retrospectiva que incluyó a 49 adultos con diagnóstico histológico confirmado de CU atendidos en un centro de referencia del Caribe colombiano durante 2024, con recolección de variables sociodemográficas, clínicas, endoscópicas, histológicas y terapéuticas. **Resultados:** se estudiaron 49 pacientes (edad media: 53,9 años), con predominio femenino y residentes urbanos. Se observó un bajo consumo de alcohol, antiinflamatorios no esteroideos y anticonceptivos orales. Fueron relevantes la ausencia de apendicectomía y la presencia de trastornos como ansiedad y depresión. La actividad inflamatoria por reactantes de fase aguda y la rectorragia fueron hallazgos frecuentes. Predominó la extensión anatómica tipo colitis izquierda/pancolitis y la gravedad endoscópica según el puntaje de Mayo 2. La monoterapia con 5-ASA fue el esquema más común, y se evidenció una transición hacia politerapia conforme aumentó la gravedad endoscópica y regímenes específicos. **Conclusiones:** los hallazgos destacan heterogeneidad en el manejo de la CU y discordancia entre las clasificaciones de gravedad clínica y endoscópica. Es fundamental integrar datos demográficos, clínicos e histoendoscópicos para optimizar el tratamiento y los desenlaces en el contexto colombiano.

### Palabras clave

Colitis ulcerosa, enfermedades inflamatorias del intestino, colitis.

### Abstract

**Introduction:** Ulcerative colitis (UC) has shown a global increase in incidence in developing countries. In Colombia, its prevalence exceeds that of Crohn's disease, and adherence to clinical practice guidelines remains uncertain, making regional epidemiological characterization essential. **Objective:** To identify clinical patterns, histoendoscopic findings, and therapeutic approaches in patients with UC at a referral center in Barranquilla, Colombia, in 2024. **Methods:** A retrospective descriptive case series was conducted, including 49 adults with histologically confirmed UC treated at a referral center in the Colombian Caribbean region during 2024. Sociodemographic, clinical, endoscopic, histological, and therapeutic variables were collected and analyzed. **Results:** A total of 49 patients were evaluated (mean age: 53.9 years), with a predominance of females and urban residents. Low consumption of alcohol, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, and oral contraceptives was observed. The absence of prior appendectomy and the presence of conditions such as anxiety and depression were notable findings. Inflammatory activity assessed by acute-phase reactants and rectal bleeding were frequent. Anatomical extension predominantly corresponded to left-sided colitis and pancolitis, and endoscopic severity was mainly classified as Mayo score 2. Monotherapy with 5-ASA was the most commonly used regimen, with a transition toward combination therapy as endoscopic severity increased and more specific therapeutic regimens were required. **Conclusions:** The findings highlight heterogeneity in the management of UC and a discordance between clinical and endoscopic severity classifications. Integrating demographic, clinical, and histoendoscopic data is essential to optimize treatment strategies and clinical outcomes within the Colombian healthcare context.

### Keywords

Ulcerative colitis, inflammatory bowel disease, colitis.

## INTRODUCCIÓN

La colitis ulcerativa (CU) es una de las dos principales formas en que puede manifestarse la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Se trata de una afección crónica, de origen inmunológico, que provoca una inflamación persistente en la mucosa del colon. Esta inflamación suele ser superficial y continua, comenzando generalmente en el recto y extendiéndose progresivamente<sup>(1)</sup>. Aunque la EII fue inicialmente considerada una afección predominante en las poblaciones occidentales, estudios recientes describen un comportamiento dinámico bajo el modelo de transición epidemiológica en cuatro etapas (emergencia, aceleración, consolidación y equilibrio de prevalencia), durante las últimas dos décadas ha habido un incremento notable en la incidencia en países recientemente industrializados, como en regiones del Medio Oriente, Asia y América del Sur. En contraste, las tasas de incidencia de la EII en el mundo occidental parecen haber alcanzado una fase de estabilización en transición al siglo XXI, lo que podría reflejar una saturación de los factores de riesgo previamente prevalentes o el impacto de estrategias preventivas tempranas<sup>(2)</sup>.

En el panorama global, se estima que aproximadamente 4,9 millones de personas vivían con EII en 2019. Aunque la prevalencia ajustada por edad experimentó una ligera disminución entre 1990 y 2019, la cantidad absoluta de individuos afectados ha aumentado. La CU, específicamente, impacta a entre 156 y 291 personas por cada 100.000 habitantes anualmente, y es más común en adultos de países occidentales, mientras que la enfermedad de Crohn (EC) se estima en una prevalencia de 320 por 100.000 en estas mismas regiones, y es menos frecuente en otras partes del mundo<sup>(3)</sup>. En el contexto colombiano, la EII presenta un perfil epidemiológico distintivo, en el que la CU se manifiesta con una mayor prevalencia en comparación con la EC. Datos correspondientes al periodo 2012-2017 indican una prevalencia anual de CU de 58,14 por 100.000 habitantes, en contraste con la EC, que se situó en 8,9 por 100.000 habitantes anualmente, lo que evidencia una razón CU/EC de aproximadamente 4:1<sup>(4)</sup>.

La comprensión de los factores que contribuyen al origen y desarrollo de la EII es un área activa de investigación, ya que sigue siendo desconocida. Aunque se han descrito diversos factores exposicionales que sugieren participar en la etiopatogenia de la enfermedad (tabaquismo, alcoholismo, uso de antiinflamatorios no esteroideos [AINE] y anticonceptivos orales, intervenciones quirúrgicas previas, trastornos psiquiátricos), la hipótesis más aceptada es la respuesta inmunitaria exagerada de la mucosa y persistente hacia componentes de la microbiota intestinal en individuos genéticamente susceptibles; esta respuesta inflamatoria crónica conduce a la destrucción del epitelio colónico,

la formación de úlceras y la aparición de los síntomas característicos de la enfermedad<sup>(5,6)</sup>.

En el complejo escenario del diagnóstico y tratamiento de la CU, la labor del médico sigue representando un desafío significativo. Aunque existen diversas guías de práctica clínica y consensos basados en la mejor evidencia disponible, implementados por sociedades científicas tanto a nivel internacional como en Colombia<sup>(7-10)</sup>, la traducción de estas recomendaciones a la práctica clínica diaria no siempre se implementa de manera uniforme. Esta brecha entre la evidencia y la práctica clínica subraya la necesidad imperante de realizar estudios en nuestro contexto colombiano para validar dicha adherencia. La realización de estos estudios facilitaría una valoración objetiva del empleo clínico de las directrices nacionales e internacionales para el abordaje integral de la CU, señalando posibles áreas de optimización en la atención. La validación de la aplicabilidad de estas guías en nuestra población es crucial, ya que los factores propios del sistema de salud local, la disponibilidad de recursos y las características específicas de los pacientes podrían influir en la implementación y efectividad.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una serie de casos descriptiva retrospectiva, siguiendo los principios éticos de la Declaración de Helsinki. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico histológico confirmado de CU atendidos en consulta ambulatoria de gastroenterología en un centro de referencia de Barranquilla, Colombia, entre enero y diciembre de 2024. Para la prevención de sesgos de selección, se definieron que serían parte del estudio aquellos pacientes mayores de 18 años, colombianos, con diagnóstico confirmado por biopsia tomada por estudio endoscópico de CU, además de síntomas gastrointestinales activos (diarrea crónica, tenesmo rectal, intolerancia alimentaria) y reporte de calprotectina fecal al momento de su evaluación. No se incluyeron en el estudio pacientes con cáncer gastrointestinal, EII no clasificable, ileítis inespecífica, colitis infecciosa o pacientes con CU y alguna otra EII coexistente. Tampoco se incluyeron mujeres en estado de gestación o lactancia.

Se usó un muestreo no probabilístico, de tipo por conveniencia. Metodológicamente se definió un listado de 49 pacientes, con tipo y número de documento de identidad, atendidos en consulta ambulatoria por 3 gastroenterólogos diferentes en un único centro hospitalario. Adicionalmente, se conformó un equipo de recolección de información integrado por una médico residente de tercer año de medicina interna y una médico especialista en gastroenterología. Se realizó una búsqueda de datos en una fuente primaria de información (historia clínica), previo

aviso y aval por parte del comité de ética en investigación institucional, por medio del sistema de codificación diagnóstica CIE-10, para los códigos k519 (colitis ulcerativa, sin otra especificación) y k528 (otras colitis y gastroenteritis no infecciosas especificadas). Utilizando un formato propio de recolección de información sistemática creado en Excel®, se permitió la digitación y tabulación de los datos. En aras de prevenir sesgos de información, se desarrolló un protocolo del proceso de recolección de datos, se definió de manera precisa y detallada cada variable que se recolectó, se realizaron capacitaciones frecuentes al equipo de recolección sobre el protocolo de recolección de datos, la definición operacional de las variables y el uso del formato de Excel®. Adicionalmente, se realizaron ejercicios de calibración en el que ambos recolectores extraían datos de las mismas historias clínicas de forma independiente y luego comparaban sus resultados para identificar y resolver las discrepancias.

Las variables incluidas fueron: variables sociodemográficas (SD): edad, edad al diagnóstico y sexo; variables exposicionales (EX): procedencia, alcohol, anticonceptivos, tabaquismo, cese de tabaco, apendicetomía, ansiedad y depresión; variables clínicas (C): dolor abdominal, proctalgia, temperatura >38 grados centígrados, frecuencia cardíaca >80 latidos por minuto (lpm), sangre en evacuaciones, incontinencia fecal, cantidad de evacuaciones al día, hemoglobina, leucocitos, nivel de proteína C-reactiva (PCR), nivel de velocidad de sedimentación globular (VSG), índice de gravedad Truelove y Witts, índice de gravedad del Colegio Americano de Gastroenterología (ACG) y calprotectina fecal; variables endoscópicas (EN): localización anatómica, puntaje endoscópico de Mayo; variable histológica (H): patología; variables terapéuticas (T): esquema terapéutico inicial y tipo de tratamiento.

La información de las variables recolectadas se procesó utilizando *Jamovi* Versión 2.4.5 (Sidney, Australia), para la obtención del análisis estadístico, evaluando para variables cualitativas frecuencias y porcentajes y para variables cuantitativas, medidas de tendencia central y de dispersión (mediana y rangos intercuartílicos). No se realizaron pruebas de hipótesis ni análisis inferenciales dado el diseño de serie de casos. El manuscrito fue estructurado siguiendo los principios de transparencia y calidad en la presentación de estudios observacionales descriptivos. Dado su diseño como serie de casos, no se realizaron comparaciones analíticas ni control de variables de confusión.

Con respecto al riesgo de los participantes, de acuerdo con los criterios consignados en el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 del Ministerio Nacional de Salud de Colombia, que clasifica este trabajo de investigación con riesgo menor, ya que se procedió a la recolección de datos consignados en historias clínicas<sup>(11)</sup>.

## RESULTADOS

En el periodo de estudio, desde enero de 2024 hasta diciembre de 2024, se identificaron 49 pacientes con diagnóstico histológico de CU, y se observó que la edad media de la población fue de  $53,9 \pm 16,6$  años, con una edad media al diagnóstico de  $48,3 \pm 16,3$  años. En cuanto a la distribución de sexo en ambos grupos, el 57,1% corresponde a mujeres y el 42,9% a hombres. Una mayoría significativa, el 95,9%, residía en áreas urbanas, en comparación con el 4,1% de regiones rurales (**Tabla 1**).

**Tabla 1.** Características demográficas y exposicionales (n = 49)

Variable	n (%) / Mediana ± DE
<b>Variables sociodemográficas</b>	
Edad (años), mediana (RIC)	53,9 ± 16,6
Edad del diagnóstico (años), mediana (RIC)	48,3 ± 16,3
Sexo	
- Masculino	21 (42,9)
- Femenino	28 (57,1)
<b>Variables exposicionales</b>	
Alcohol	
- No	38 (77,6)
- Sí	11 (22,4)
AINE	
- No	34 (69,4)
Anticonceptivos orales	
- Sí	9 (32,2)
Tabaquismo	
- No	30 (62,5)
- Sí	18 (37,5)
Cese de tabaco	
- No	31 (66)
- Sí	16 (34)
Apendicetomía	
- No	43 (87,8)
- Sí	6 (12,2)
Ansiedad	
- No	43 (87,8)
- Sí	6 (12,2)
Depresión	
- No	47 (95,9)
- Sí	2 (4,1)

DE: desviación estándar; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; RIC: rango intercuartílico. Tabla elaborada por los autores.

Por su parte, se observó que el consumo de alcohol estuvo ausente en la mayoría de la población, representando un 77,6% de los pacientes, mientras que un 22,4% manifestó su uso; el uso de los AINE se reportó en un 30,6%, mientras que el 69,4% no presentó este hábito; en cuanto a los anticonceptivos orales en la población femenina, se reportó que el 67,8% no hizo uso de estos, mientras que el 32,2% refirieron la ingesta de estos. Es interesante anotar que un 37,5% de los pacientes refirió ser fumador, mientras que el 62,5% no fumaba; además, el cese del tabaquismo se logró en un 34% de los individuos, en contraste con el 66% que continuaron fumando. Con respecto a procedimientos quirúrgicos y análisis de la salud mental de los pacientes, se constató la ausencia de antecedentes de apendicectomía en el 87,8% de los participantes, mientras que un 12,2% reportó haber sido sometido previamente a esta cirugía. En cuanto al análisis de la salud mental, reveló que tanto la presencia de ansiedad como de depresión se encontraron presentes en los pacientes; en el caso de la ansiedad, en el 12,2%, y la depresión, en el 4,1% (Tabla 1).

En cuanto al perfil clínico, por una parte, la química y biometría hemática reportaron que la VSG mostró una media de  $22,8 \pm 11,0$  mm/h y los niveles de PCR reflejaron una mediana de 0,360 mg/L, parámetros relevantes en el contexto de inflamación sistémica. La hemoglobina presentó una mediana de 13,0 g/dL, mientras que los recuentos de leucocitos evidenciaron una mediana de  $11,7 \times 10^3/\mu\text{L}$ . Por otra parte, los niveles de calprotectina fecal, indicativos de actividad intestinal inflamatoria, alcanzaron una mediana de 589  $\mu\text{g/g}$  (rango intercuartílico [RIC]: 88,4-1736), con una evaluación de la misma, que indicó que el 67,3% de los pacientes se encontraban en actividad de la enfermedad, un 4,1% en estado indeterminado y un 28,6% en remisión en el total de la población (Tabla 2). En el ámbito sintomatológico, el dolor abdominal se reportó como el síntoma más frecuente en el 59,2% de los pacientes; ninguno de los participantes presentó temperatura corporal  $>38^\circ\text{C}$  ni frecuencia cardíaca  $>80$  lpm; sin embargo, la presencia de sangre en las heces afectó al 71,4%, en contraste con su ausencia en el 28,6% de la población. Asimismo, la incontinencia fecal se reportó en el 20,4% del total poblacional, mientras que la frecuencia de evacuaciones diarias se distribuyó en tres categorías clínicas: 1-4 evacuaciones en el 59,2% de la población, de 5-10 en el 30,6% de la población y mayor de 10 evacuaciones en el 10,2% de la población total, lo que evidencia variabilidad en la presentación sintomática (Tabla 2).

En cuanto a la evaluación endoscópica e histopatológica, se observó una notable heterogeneidad en los patrones inflamatorios observados en la población estudiada. Los resultados observados mostraron una variabilidad en la extensión anatómica de la enfermedad, la cual se distribuyó

**Tabla 2.** Características clínicas (n = 49)

Variable	n (%) / Mediana (RIC)
<b>Biometría hemática</b>	
VSG (mm/h), mediana (RIC)	$22,8 \pm 11,0$
Hemoglobina (g/dL), mediana (RIC)	13 (11,5-14,1)
Leucocitos ( $10^3 \times \text{L}$ ), mediana (RIC)	11,7 (7,23-16,05)
PCR (mg/L), mediana (RIC)	0,360 (0,140-1,15)
<b>Muestra en heces fecales</b>	
Calprotectina fecal ( $\mu\text{g/g}$ ), mediana (RIC)	589 (88,4-1736)
<b>Interpretación de calprotectina fecal, según ACG, n (%)</b>	
Actividad ( $>200 \mu\text{g/g}$ )	33 (67,3)
Indeterminado (110-200 $\mu\text{g/g}$ )	2 (4,1)
Remisión ( $\leq 100 \mu\text{g/g}$ )	14 (28,6)
<b>Sintomatología*</b>	
Dolor abdominal	
- No	20 (40,8)
- Sí	29 (59,2)
Proctalgia	
- No	38 (77,6)
- Sí	11 (22,4)
Temperatura corporal $>38^\circ\text{C}$	
- No	49 (100)
Frecuencia cardíaca $>80$ lpm	
- No	49 (100)
Sangre en evacuaciones	
- No	14 (28,6)
- Sí	35 (71,4)
Incontinencia fecal	
- No presente	39 (79,6)
- Presente	10 (20,4)
Número de evacuaciones en el día	
- 1 a 4 evacuaciones	29 (59,2)
- 5 a 10 evacuaciones	15 (30,6)
- $>10$ evacuaciones	5 (10,2)

\*Algunos pacientes presentaban más de un síntoma. ACG: American College of Gastroenterology; lpm: latidos por minuto; PCR: proteína C-reactiva; VSG: velocidad de eritrosedimentación globular.

de la siguiente manera: la proctitis se identificó en el 16,3% de los pacientes, la colitis izquierda en el 42,9% y la pancolitis en el 40,8% de la población total. En contraste, la colitis derecha presentó una baja frecuencia, documentada en solo el 8,2% de los casos. En cuanto a la puntuación endoscópica

de Mayo, reflejó una distribución con predominancia de la categoría Mayo 2, encontrada en el 46,9% de los pacientes, seguida por Mayo 1 en el 26,5% y Mayo 3 en el 26,5%. Desde la perspectiva histopatológica, el análisis de biopsias reveló que la colitis crónica representó el hallazgo predominante, documentado en el 59,2% de los individuos. A este patrón le siguió la colitis aguda grave, presente en el 28,6%, y, finalmente, la colitis crónica agudizada, identificada en el 12,2% (**Tabla 3**). En el grupo de pacientes con gravedad leve según el índice ACG, un 18,2% se clasificó como grave por el índice de Truelove y Witts, un 27,6% como moderados y un 44,4% como leves. Este grupo predominó entre la población total (69,4%), y se destacó la disparidad en la clasificación clínica previa a la endoscopia. Para el grupo moderado según el ACG, solo se evidenció un caso clasificado como leve (2%) según Truelove y Witts, sin concordancia significativa para otras categorías (**Tabla 4**).

**Tabla 3.** Características endoscópicas e histológicas (n = 49)

Variable	n (%)
<b>Variables endoscópicas anatómicas</b>	
Localización endoscópica anatómica	
- Proctitis	8 (16,3)
- Colitis izquierda	21 (42,9)
- Pancolitis	20 (40,8)
- Compromiso predominante derecho*	4 (8,2)
Puntaje endoscópico de Mayo, n (%)	
- Mayo 1 (eritema leve, disminución del patrón vascular)	13 (26,5)
- Mayo 2 (eritema marcado, ausencia de patrón vascular, erosiones)	23 (46,9)
- Mayo 3 (sangrado espontáneo, ulceraciones extensas, exudado)	13 (26,5)
<b>Variables histopatológicas</b>	
Reporte de patología, n (%)	
- Colitis crónica con actividad leve a moderada	29 (59,2)
- Colitis crónica con actividad grave	14 (28,6)
- Cambios crónicos sin actividad inflamatoria significativa	6 (12,2)

\*El compromiso predominante derecho corresponde a pacientes con extensión más allá del colon izquierdo dentro del espectro de colitis extensa. Tabla elaborada por los autores.

Finalmente, lo que respecta al régimen terapéutico inicial, la monoterapia con 5-aminosalicilato (5-ASA)

emergió como el esquema predominante, aplicado en el 69,4% de los casos. Los enfoques terapéuticos alternativos incluyeron combinaciones farmacológicas de 2 o 3 principios activos diferentes, en los que se pueden destacar combinaciones como: 5-ASA + corticoesteroide en un 6,1%, 5-ASA + inmunomodulador en un 2%, 5-ASA + corticoesteroide + inmunomodulador en un 6,1%; anti-TNF en un 4,1%, anti-TNF + 5-ASA + corticoesteroide en un 4,1%, anti-TNF + 5-ASA en un 6,1%, anti-TNF + 5-ASA + inmunomodulador en un 2%, y cada una de estas combinaciones farmacológicas es la representación de los diferentes esquemas empleados en la práctica clínica observada (**Tabla 5**). En relación con la gravedad endoscópica, clasificada mediante el puntaje de Mayo, se observó una notable heterogeneidad en las estrategias farmacológicas iniciales. La monoterapia con 5-ASA se consolidó como el régimen predominante, pues se empleó en el 73,5% de la población estudiada. Su prevalencia fue más marcada en Mayo 1, con una representación del 84,6% de los casos, seguida por Mayo 2, donde alcanzó el 87,0%, y, finalmente, aunque en proporción similar, en Mayo 3, también con el 87,0% (**Tabla 5**). En contraste, la politerapia, caracterizada por el uso de combinaciones de dos o tres fármacos, tuvo una implementación limitada, pues se documentó en el 26,5% de los casos totales. Su frecuencia fue menor en Mayo 1, abarcando el 15,4% de los pacientes, mientras que en Mayo 2 se redujo al 13,0%. Por otro lado, mostró un incremento notable en Mayo 3, en el que alcanzó el 61,5% de los casos, lo que refleja una tendencia diferencial en las estrategias terapéuticas (**Tabla 5**).

**Tabla 4.** Características de gravedad clínica

Variables clínicas Índice de gravedad ACG, n (%)	Índice de gravedad True Love Willis, n 49			
	Grave	Moderado	Leve	Total
Agudo grave	9 (81,8%)	16 (55,2%)	5 (55,6%)	3 (6,1%)
Moderado	0 (0%)	5 (17,2%)	0 (0%)	1(2%)
Leve	2 (18,2%)	8 (27,6%)	4 (44,4%)	34 (69,4%)

Tabla elaborada por los autores.

Las diferencias observadas en la proporción de politerapia frente a monoterapia entre los grupos de Mayo podría reflejar heterogeneidad en los protocolos de manejo clínico. Asimismo, la selección de regímenes específicos de tratamiento mostró una variación relevante conforme a la gravedad endoscópica, consolidando la heterogeneidad en las estrategias terapéuticas empleadas en esta población clínica (**Tabla 5**).

**Tabla 5.** Características del régimen terapéutico (n = 49)

Variables terapéuticas Tipo de tratamiento, n (%)				
Tratamiento	n (%)			
5-ASA	34 (69,4)			
5-ASA + Corticoesteroide oral	3 (6,1)			
5-ASA + Inmunosupresor	1 (2)			
5-ASA + Corticoesteroide oral + Inmunosupresor	3 (6,1)			
Anti TNF	2 (4,1)			
Anti TNF + 5-ASA	3 (6,1)			
Anti TNF + 5-ASA + Corticoesteroide oral	2 (4,1)			
Anti TNF + 5-ASA + Inmunosupresor	1 (2)			
Esquema terapéutico inicial, n (%) (Distribución según el puntaje endoscópico de Mayo)				
Esquema	Mayo 1	Mayo 2	Mayo 3	Total
Monoterapia*	11 (84,6)	20 (87)	20 (87)	36 (73,5)
5-ASA	10 (76,9)	20 (87)	20 (87)	
Anti-TNF	1 (7,7)	0 (0)	0 (0)	
Politerapia*	2 (15,4)	3 (13)	3 (13)	13 (26,5)
5-ASA + corticoesteroide oral	0 (0)	1 (4,3)	1 (4,3)	
5-ASA + inmunosupresor	1 (7,7)	0 (0)	0 (0)	
5-ASA + corticoesteroide oral + inmunosupresor	0 (0)	2 (8,7)	2 (8,7)	
Anti-TNF + 5-ASA	1 (7,7)	0 (0)	0 (0)	
Anti-TNF + 5-ASA + corticoesteroide oral	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Anti-TNF + 5-ASA + inmunosupresor	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

\*Monoterapia definida como terapia con un solo medicamento y politerapia definida como terapia con uso combinado. 5-ASA: aminosalicilatos; anti-TNF: inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa. Tabla elaborada por los autores.

## DISCUSIÓN

Los hallazgos obtenidos en esta investigación aportan datos relevantes sobre las características clínicas, demográficas y terapéuticas de pacientes con CU, aportando datos que desafían paradigmas establecidos y resaltan la heterogeneidad de esta EII. La predominancia femenina, con un 57,1% de la población estudiada, y una edad media al diagnóstico de 48,3 años, coinciden con lo reportado en el Registro Nacional de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en Colombia<sup>(12)</sup>, en el que se describen proporciones

similares en cohortes locales; sin embargo, la edad media de presentación fue de  $53,9 \pm 16,6$  años, superior al rango típico de 20-40 años descrito en la literatura internacional, lo que sugiere un retraso diagnóstico o influencias poblacionales específicas que merecen mayor exploración. La marcada frecuencia de pacientes urbanos (95,9%) frente a rurales (4,1%) subraya el impacto de factores ambientales ligados a la urbanización, como dieta y estrés, consistentes con investigaciones que vinculan estos elementos a un mayor riesgo de EII, una tendencia también documentada en estudios internacionales<sup>(13)</sup>.

En cuanto a factores exposicionales, el consumo reducido de alcohol (22,4%) y la limitada utilización de los AINE (30,6%) contrastan con investigaciones internacionales que evidencian mayor impacto de estas variables en poblaciones diferentes<sup>(14)</sup>. Por su parte, la prevalencia de tabaquismo alcanzó un 37,5%, y un 66% de los pacientes continuaron fumando a pesar de intentos de cese. Estos datos refuerzan el impacto proinflamatorio del hábito tabáquico, ampliamente documentado como un factor agravante de la CU<sup>(15)</sup>, para lo cual sería interesante documentar en otras investigaciones futuras dado a que en nuestra investigación plantea interrogantes sobre los mecanismos subyacentes en esta población. Asimismo, la presencia de ansiedad (12,2%) y depresión (4,1%) coincide con reportes que resaltan la carga psicosocial en EII, afectando la calidad de vida y el manejo terapéutico, por lo que se podría considerar como un aspecto a evaluar en el contexto clínico de CU<sup>(16)</sup>.

El perfil clínico destacó elevaciones significativas de marcadores inflamatorios, incluyendo niveles elevados de calprotectina fecal (definidos por la ACG en relación con su actividad: niveles de calprotectina fecal >250 µg/g son predictores fiables de actividad inflamatoria endoscópica, mientras que valores <150 µg/g sugieren remisión profunda), con una mediana de 589 µg/g, así como parámetros sistémicos como la VSG y la PCR, lo que confirma su papel central en la monitorización de la actividad de la enfermedad. Estos resultados son consistentes con los estándares clínicos internacionales que posicionan dichos marcadores como predictores fiables de actividad inflamatoria<sup>(17)</sup>. La heterogeneidad en los patrones inflamatorios endoscópicos y la extensión anatómica de la enfermedad revelaron una distribución relevante, donde la pancolitis predominó en el 40,8% de los casos. Además, las puntuaciones de Mayo subrayaron una gravedad significativa, y la categoría Mayo 2 fue la más frecuente (46,9%), lo que refuerza la necesidad de un manejo clínico diferenciado según la extensión y actividad de la inflamación<sup>(18)</sup>. Histopatológicamente, la colitis crónica (59,2%) reflejó la naturaleza persistente de la CU, con colitis aguda (28,6%) y crónica agudizada (12,2%) como variantes. La discordancia entre los índices ACG y Truelove-Witts enfatiza la necesidad de evaluación endoscópica, en línea con recomendaciones actuales.

Desde el punto de vista terapéutico, se observó que la monoterapia con 5-ASA predominó en todos los niveles

de gravedad y fue considerado como régimen inicial en el 69,4% de los pacientes, por lo que se consolidó como el tratamiento estándar en las estrategias iniciales<sup>(8)</sup>. Sin embargo, en casos de mayor gravedad endoscópica, como la categoría Mayo 3, se evidenció un aumento en la implementación de politerapia, con una frecuencia del 61,5%. Estas diferencias en los enfoques terapéuticos reflejan la necesidad de adaptar los protocolos clínicos a las características específicas de los pacientes, en línea con las guías de manejo de CU<sup>(19)</sup> y resaltan la tendencia de escalada terapéutica según la actividad de la enfermedad. La discrepancia observada entre los índices de gravedad clínica (ACG y Truelove-Witts) y los hallazgos endoscópicos evidenció la variabilidad en la categorización de los pacientes antes de la evaluación endoscópica, lo que resalta la necesidad de desarrollar herramientas más robustas para la estratificación de los pacientes y una clasificación más precisa, lo cual podría optimizar el manejo clínico y mejorar los resultados terapéuticos.

A pesar que el presente estudio resulta valioso para caracterizar la CU localmente, presenta limitaciones inherentes a su diseño. El tamaño muestral de 49 pacientes restringe la generalización de los hallazgos a la heterogeneidad poblacional colombiana. El diseño como serie de casos descriptiva limita la posibilidad de establecer asociaciones causales o realizar comparaciones inferenciales. Asimismo, el carácter unicéntrico restringe la extrapolación de los hallazgos a otras regiones del país. Por lo anterior, se sugieren realizar futuros estudios multicéntricos y longitudinales con mayor tamaño muestral, explorando la dinámica temporal de la enfermedad, y la respuesta terapéutica diversificará la comprensión de la CU en Colombia.

Estos aspectos metodológicos generan vacíos de conocimiento significativos. La discordancia entre la evaluación clínica inicial y los hallazgos endoscópicos subraya la necesidad de herramientas de estratificación de gravedad preendoscópica más precisas. La heterogeneidad en los esquemas terapéuticos iniciales, incluso ante una gravedad endoscópica similar, plantea interrogantes sobre la adherencia a guías y la potencial necesidad de individualización del tratamiento. Finalmente, las asociaciones encontradas con factores como el origen urbano y comorbilidades psiquiátricas demandan investigaciones futuras que exploren los mecanismos subyacentes y la influencia de factores genéticos y ambientales específicos en la población colombiana con CU.

## REFERENCIAS

1. Gros B, Kaplan GG. Ulcerative colitis in adults: a review. *JAMA*. 2023;330(10):951-65. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.15389>
2. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, Underwood FE, Tang W, Benchimol EI, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. *Lancet*.

- 2017;390(10114):2769-78.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32448-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32448-0)
3. Wang R, Li Z, Liu S, Zhang D. Global, regional and national burden of inflammatory bowel disease in 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis based on the Global Burden of Disease Study 2019. *BMJ Open*. 2023;13(3):e065186.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065186>
  4. Juliao-Baños F, Kock J, Arrubla M, Calixto O, Camargo J, Cruz L, et al. Tendencias en la epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal en Colombia por demografía y región utilizando una base de datos de reclamaciones representativa a nivel nacional y caracterización del fenotipo de la enfermedad inflamatoria intestinal en una serie de casos de pacientes colombianos. *Medicina (Baltimore)*. 2021;100(7):e24729.  
<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000024729>
  5. Singh N, Bernstein CN. Environmental risk factors for inflammatory bowel disease. *United European Gastroenterol J*. 2022;10(10):1047-53.  
<https://doi.org/10.1002/ueg2.12319>
  6. Narula N, Wong ECL, Pray C, Marshall JK, Rangarajan S, Islam S, et al. Associations of antibiotics, hormonal therapies, oral contraceptives, and long-term NSAIDs with inflammatory bowel disease: results from the Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) Study. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2023;21(10):2649-59.e16.  
<https://doi.org/10.1016/j.cgh.2022.11.037>
  7. D'Amico F, Magro F, Dignass A, Al Awadhi S, Gutierrez Casbas A, Queiroz NSF, et al. Practical management of mild-to-moderate ulcerative colitis: an international expert consensus. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2024;18(8):421-30.  
<https://doi.org/10.1080/17474124.2024.2397650>
  8. Lamb CA, Kennedy NA, Raine T, Hendy PA, Smith PJ, Limdi JK, et al. British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut*. 2019;68(Suppl 3):s1-s106.  
<https://doi.org/10.1136/gutjnl-2019-318484>
  9. Juliao-Baños F, Grillo-Ardila CF, Alfaro I, Andara-Ramírez MT, Avelar-Escobar O, Barahona-Garrido J, et al. Update of the PANCCO clinical practice guidelines for the treatment of ulcerative colitis in the adult population. *Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed)*. 2022;87(3):342-61.  
<https://doi.org/10.1016/j.rgmxcn.2022.04.006>
  10. Juliao-Baños F, Torres-Amaya M, Otero-Regino W, Vallejo MT, Galiano MT, Feliciano J, et al. Guía para el manejo de colitis ulcerativa en población adulta (actualización). *Rev Colomb Gastroenterol*. 2020;35(Supl 2):2-62.  
<https://doi.org/10.22516/25007440.636>
  11. Ministerio de Salud de la República de Colombia. Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. *Diario Oficial*. 1993;(40.885) [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud; 1993 [consultado el 14 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf>.
  12. Juliao-Baños F, Puentes F, López R, Saffon MA, Reyes G, Parra V, et al. Characterization of inflammatory bowel disease in Colombia: results of a national register. Caracterización de la enfermedad inflamatoria intestinal en Colombia: resultados de un registro nacional. *Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed)*. 2021;86(2):153-62.  
<https://doi.org/10.1016/j.rgmxcn.2020.05.005>
  13. Abegunde AT, Muhammad BH, Bhatti O, Ali T. Environmental risk factors for inflammatory bowel diseases: Evidence based literature review. *World J Gastroenterol*. 2016;22(27):6296-317.  
<https://doi.org/10.3748/wjg.v22.i27.6296>
  14. Casey K, Lopes EW, Niccum B, Burke K, Ananthkrishnan AN, Lochhead P, et al. Alcohol consumption and risk of inflammatory bowel disease among three prospective US cohorts. *Aliment Pharmacol Ther*. 2022;55(2):225-33.  
<https://doi.org/10.1111/apt.16731>
  15. Ungaro R, Mehandru S, Allen PB, Peyrin-Biroulet L, Colombel JF, Sands BE. Ulcerative colitis. *Lancet*. 2017;389(10080):1756-70.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32126-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32126-2)
  16. Graff LA, Geist R, Kuenzig ME, Benchimol EI, Kaplan GG, Windsor JW, et al. The 2023 Impact of Inflammatory Bowel Disease in Canada: Mental Health and Inflammatory Bowel Disease. *J Can Assoc Gastroenterol*. 2023;6(Suppl 2):S64-S75.  
<https://doi.org/10.1093/jcag/gwad012>
  17. Singh S, Ananthkrishnan AN, Nguyen NH, Cohen BL, Velayos FS, Weiss JM, et al. AGA clinical practice guideline on the role of biomarkers for the management of ulcerative colitis. *Gastroenterology*. 2023;164(3):344-72.  
<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2022.12.007>
  18. Gompertz M, Sedano R. Manifestaciones clínicas y endoscópicas en enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Med Clin Condes*. 2019;30(4):273-282.  
<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.06.002>
  19. Singh S, Loftus EV Jr, Limketkai BN, Haydek JP, Agrawal M, Scott FI, et al. Guía de práctica clínica de AGA Living sobre el manejo farmacológico de la colitis ulcerosa de moderada a grave. *Gastroenterología*. 2024;167(7):1307-1343.  
<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2024.10.001>