

Caracterización clínico-endoscópica de los pacientes con colitis ulcerosa

Clinical and endoscopic characterization of patients with ulcerative colitis

Anato, Rafael; Veitia, Guillermo

 Rafael Anato
rafaelanato@gmail.com
Especialista en Gastroenterología. Hospital Vargas.

 Guillermo Veitia
gveitia@gmail.com
Especialista en Gastroenterología. Hospital Vargas.

Revista Digital de Postgrado
Universidad Central de Venezuela, Venezuela
ISSN-e: 2244-761X
Periodicidad: Cuatrimestral
vol. 15, núm. 2, e453, 2026
revistadpgmeducv@gmail.com

Recepción: 19 de abril de 2026
Aprobación: 22 de junio de 2026

DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP.2026.15.2.e453>

Cómo citar: Anato R, Veitia G. Caracterización clínico-endoscópica de los pacientes con colitis ulcerosa. Rev. Digit Postgrado 2026; 15(2): e453.doi.10.37910/RDP.2026.15.2. e453

Resumen: Objetivo: Caracterizar clínica y endoscópicamente a los pacientes con colitis ulcerosa del Servicio de Gastroenterología del Hospital Vargas, durante el período 2022-2025. Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Se revisaron 179 historias clínicas con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal; los datos obtenidos fueron analizados mediante estadística descriptiva utilizando el sistema SPSS. Resultados: Tras excluir 70 pacientes con enfermedad de Crohn, la muestra quedó constituida por 109 pacientes con diagnóstico de colitis ulcerosa, con un predominio del sexo femenino (62,4 %). El grupo etario más frecuente fue el de 46 a 60 años (33 %). La severidad clínica, determinada mediante el índice de Truelove-Witts, reportó: actividad leve (51,4 %), inactiva (31,2 %), moderada (11,9 %) y severa (5,5 %). La actividad endoscópica, evaluada mediante el índice de Mayo, mostró la siguiente distribución: Mayo 3 (38,5 %), Mayo 2 (29,4 %), Mayo 1 (24,8 %) y Mayo 0 (7,3 %). De los 42 pacientes con índice Mayo 3, el 22,9 % presentó actividad clínica leve. Las lesiones endoscópicas más frecuentes fueron: úlceras (42,4 %), erosiones (31,3 %), eritema (26,3 %) y lesiones polipoideas (37,6 %). El análisis histológico de estas últimas reportó: pólipos post-inflamatorios (58 %), hiperplásicos (22 %), adenomas (17,1 %) y aserrados (2,4 %). Conclusión: La afectación endoscópica predominante fue Mayo 3 (ulceración espontánea y sangrado activo), observándose una baja correlación entre la actividad clínica y endoscópica en la muestra evaluada.

Palabras claves: Colitis ulcerosa, Medicina Clínica, Endoscopia, Endoscopia Gastrointestinal.

Abstract: Objective: To characterize, from a clinical and endoscopic perspective, patients with ulcerative colitis at the Gastroenterology Service of the Hospital Vargas de Caracas, during the 2022-2025 period. Methods: A retrospective, observational, and descriptive study was conducted. 179 medical records of patients diagnosed with inflammatory bowel disease were reviewed; the obtained data were analyzed using descriptive statistics via SPSS software. Results: After excluding 70 patients with Crohn's disease, the final sample consisted of 109 patients diagnosed with ulcerative colitis, with a female predominance (62.4 %). The most frequent age group was 46 to 60 years (33 %). Clinical severity, determined by the Truelove-Witts index, showed: mild activity (51.4 %), inactive disease (31.2 %), moderate activity (11.9 %), and severe activity (5.5 %). Endoscopic activity, evaluated using the Mayo score, showed the following distribution: Mayo 3 (38.5 %), Mayo 2 (29.4 %), Mayo 1 (24.8 %), and Mayo 0 (7.3 %). Of the 42 patients with a Mayo 3 score, 22.9 % presented with mild clinical activity. The most frequent endoscopic lesions were: ulcers (42.4 %), erosions (31.3 %), erythema (26.3 %), and polypoid lesions (37.6 %). Histological analysis of the latter revealed: post-inflammatory polyps (58 %), hyperplastic polyps (22 %), adenomas (17.1 %), and serrated polyps (2.4 %). Conclusion: The most frequent endoscopic finding was Mayo 3 (spontaneous ulceration and active bleeding), observing a low correlation between clinical and endoscopic activity in the studied sample.

Keywords: Ulcerative Colitis, Clinical Medicine, Endoscopy, Gastrointestinal Endoscopy.

INTRODUCCIÓN

La colitis ulcerosa (CU) representa una de las dos entidades principales de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), caracterizándose por un proceso inflamatorio crónico, idiopático y recurrente que afecta de manera selectiva la mucosa del colon. A diferencia de la enfermedad de Crohn, su afectación es continua, iniciándose invariablemente en el recto y extendiéndose en sentido proximal hacia segmentos variables del colon. En las últimas décadas, esta patología ha dejado de ser una entidad predominantemente occidental para convertirse en un problema de salud pública de alcance global, con una incidencia que se ha disparado en países en vías de desarrollo y regiones de América Latina. Este incremento epidemiológico no solo se traduce en una mayor presión sobre los sistemas de salud, sino que impone una carga devastadora sobre la calidad de vida de los pacientes, quienes suelen ser diagnosticados en etapas productivas de la vida, enfrentando un curso clínico marcado por brotes de actividad y periodos de remisión que alteran su bienestar físico, emocional y laboral.

El planteamiento del problema en el contexto actual del Hospital Vargas, en Caracas, surge de una realidad clínica compleja: la caracterización precisa de la CU es un desafío constante debido a la

heterogeneidad de sus manifestaciones. Existe una problemática fundamental relacionada con el diagnóstico diferencial, ya que las lesiones mucosas pueden mimetizar cuadros de colitis infecciosas, amebianas o isquémicas, lo que en el entorno de una institución pública puede retrasar el inicio del tratamiento adecuado. Sin embargo, el problema más crítico reside en la frecuente disociación clínico-endoscópica. En la práctica gastroenterológica diaria, se observa con alarmante regularidad que pacientes que reportan una mejoría significativa de sus síntomas (como la disminución de la frecuencia evacuatoria o la ausencia de rectorragia) presentan, no obstante, una actividad inflamatoria severa al ser evaluados mediante colonoscopia. Esta remisión clínica aparente es engañosa; si el clínico se guía exclusivamente por la subjetividad del paciente, corre el riesgo de subestimar la gravedad real de la enfermedad, lo que conlleva peligros latentes, como la persistencia de una inflamación subclínica que actúa como precursor de complicaciones graves, incluyendo el megacolon tóxico, la perforación colónica y, a largo plazo, el desarrollo de displasia y adenocarcinoma colorrectal.

Por tanto, la pregunta de investigación se centra en determinar ¿cuál es la caracterización clínica endoscópica más frecuente de la colitis ulcerosa de los pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Vargas de Caracas durante el período 2022–2025? y si los parámetros clínicos tradicionales son suficientes para reflejar la realidad en nuestra población?

Este estudio es multidimensional. Desde el punto de vista clínico, es imperativo transitar desde el paradigma tradicional de control de síntomas, hacia el concepto contemporáneo de curación mucosa, la cual se ha consolidado como el principal factor predictor de remisión sostenida, con reducción de hospitalizaciones y cirugías. Esta investigación se justifica al proporcionar datos locales robustos que permitan evaluar si los índices utilizados habitualmente en la especialidad, son eficaces para detectar a los pacientes en riesgo. Socialmente, el estudio es relevante porque busca optimizar el manejo de una población vulnerable que, debido a las limitaciones económicas actuales, requiere de diagnósticos precisos para evitar el desperdicio de recursos en tratamientos ineficaces, o la atención de complicaciones prevenibles. Académicamente, el trabajo aporta una base de datos actualizada sobre la casuística del Hospital Vargas de Caracas, sirviendo de referencia para futuras investigaciones sobre la evolución de la EII en Venezuela.

La investigación se sustenta en documentos donde se evidencia la evolución histórica de las herramientas de medición ha sido fundamental para estandarizar el manejo de la CU. Los trabajos pioneros de Truelove y Witts ⁽¹⁾ en 1955 marcaron un hito al establecer la primera clasificación de gravedad basada en criterios clínicos y analíticos, como el número de deposiciones, la temperatura, la frecuencia cardíaca y los niveles de hemoglobina. A pesar de su antigüedad, este índice sigue siendo una referencia obligatoria por su capacidad de predecir la respuesta a corticoides en brotes severos. Posteriormente, el avance de la tecnología endoscópica permitió una visión directa del daño tisular, lo que llevó a Schroeder *et al.*, ⁽²⁾ en 1987 a introducir el Índice de Mayo. Este sistema de puntuación integró la evaluación del patrón vascular, el eritema y la presencia de friabilidad y úlceras, otorgando al clínico una herramienta objetiva para cuantificar la inflamación.

A nivel regional, las investigaciones de Yamamoto-Furusho ⁽³⁾ en México han sido cruciales para entender el comportamiento de la enfermedad en el fenotipo latinoamericano, demostrando que factores genéticos y ambientales propios de nuestra región influyen en una presentación clínica que a menudo difiere de los estándares europeos, con una tendencia a la extensión pancolónica. Por su parte, Juliao Baños ⁽⁴⁾ en Colombia ha documentado extensamente la necesidad de realizar una vigilancia endoscópica estricta, señalando que la falta de correlación entre clínica y endoscopia es más frecuente en pacientes con enfermedad de larga evolución. Complementando esta visión, autores como Rivas ⁽⁵⁾ han resaltado en estudios recientes que la cicatrización de la mucosa debe ser el objetivo terapéutico final, ya que incluso una actividad endoscópica leve (Mayo 1) se asocia con un mayor riesgo de recaída en comparación con la inactividad total (Mayo 0). Estos antecedentes internacionales y regionales refuerzan la tesis de que la evaluación del paciente con CU debe ser integral y nunca basarse en una sola dimensión diagnóstica.

Desde el punto de vista ético, es fundamental declarar que este protocolo de investigación fue rigurosamente revisado y recibió la aprobación formal del Comité de Bioética del Hospital Vargas de Caracas el 20 de mayo de 2024.

El objetivo general es realizar una caracterización clínico-endoscópica exhaustiva de los pacientes con colitis ulcerosa atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Vargas de Caracas, durante el período comprendido entre 2022 y 2025. Para alcanzar esta meta, se plantearon objetivos específicos orientados a: primero, determinar el perfil demográfico de la población, analizando variables de edad y sexo; cuantificar la severidad de la actividad clínica mediante el índice de Truelove-Witts al momento de la evaluación; estadificar la magnitud del daño mucoso a través del índice de Mayo endoscópico; analizar la correlación estadística entre los hallazgos clínicos y los hallazgos visuales por colonoscopia para identificar el grado de disociación existente; y finalmente, describir la prevalencia y las características histológicas de las lesiones polipoideas encontradas, con el fin de contribuir a los programas de prevención de cáncer colorrectal en la institución.

MÉTODOS

Esta investigación se enmarcó en un diseño de tipo retrospectivo, observacional y de corte descriptivo. El universo del estudio estuvo constituido por la totalidad de los pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) registrados en la base de datos de la unidad. Tras una revisión inicial de 179 historias clínicas, se aplicó un muestreo no probabilístico de tipo intencional, seleccionando exclusivamente a 109 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión: diagnóstico confirmado de colitis ulcerosa (CU) mediante criterios clínicos, endoscópicos e histológicos previos, edad mayor de 18 años y contar con un registro colonoscópico completo realizado en el centro durante el periodo 2022-2025. Se excluyeron aquellos casos con diagnóstico de enfermedad de Crohn, colitis indeterminada, pacientes embarazadas por las limitaciones en los estudios de extensión, o expedientes con datos incompletos en las variables principales.

El procedimiento de recolección de datos se inició con la revisión sistemática de las historias médicas y los informes de video-colonoscopia almacenados en el sistema del servicio. Para garantizar la homogeneidad en la evaluación de la severidad, se aplicaron de forma retrospectiva dos escalas validadas. La actividad clínica se determinó mediante el índice de Truelove-Witts, el cual clasifica la severidad en cuatro niveles (inactiva, leve, moderada y severa) a partir de la evaluación de la frecuencia evacuatoria diaria, la presencia de rectorragia, la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca y los valores de hemoglobina y velocidad de sedimentación globular registrados en la fecha más próxima al estudio endoscópico. Simultáneamente, la actividad endoscópica fue estandarizada utilizando el índice de Mayo, puntuando de 0 a 3 la apariencia de la mucosa: el grado 0 representó normalidad o inactividad; el grado 1, actividad leve con eritema y patrón vascular disminuido; el grado 2, actividad moderada con eritema marcado, patrón vascular ausente, erosiones y friabilidad al contacto; y el grado 3, actividad severa caracterizada por ulceración espontánea y sangrado activo.

El tratamiento estadístico de los datos se realizó con un alto nivel de rigurosidad para asegurar la validez de los hallazgos. Los datos recolectados fueron tabulados inicialmente en una matriz de Microsoft Excel y posteriormente procesados mediante el paquete estadístico SPSS versión 24. En una primera fase, se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas; las variables cualitativas (como sexo, grado de severidad clínica y hallazgos endoscópicos) se expresaron en frecuencias absolutas y porcentajes, mientras que para las variables cuantitativas (como la edad), se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión, específicamente la media y la desviación estándar.

En una segunda fase de análisis inferencial, se procedió a evaluar la correlación entre la severidad clínica y la endoscópica. Para determinar la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el índice de Truelove-Witts y el índice de Mayo, se aplicó la prueba de chi-cuadrado de Pearson, considerando un valor de $p < 0,05$ como umbral de significancia estadística. Adicionalmente, se calculó la razón de verosimilitud y la asociación lineal por lineal para robustecer la interpretación de las tablas de contingencia, especialmente en aquellos cruces de variables donde se observaron frecuencias esperadas bajas. Este despliegue estadístico permitió no solo describir la muestra, sino también identificar científicamente la magnitud de la disociación clínico-endoscópica presente en la población de estudio. Finalmente, todos los

aspectos éticos fueron salvaguardados según el protocolo aprobado por el Comité de Bioética institucional el 20 de mayo de 2024.

RESULTADOS

El análisis de la caracterización sociodemográfica de la muestra, constituida por 109 pacientes con diagnóstico confirmado de colitis ulcerosa (CU), reveló un predominio marcado del sexo femenino, el cual agrupó a 68 participantes para un 62,4 % de la representatividad total. Por su parte, el sexo masculino constituyó el 37,6 % restante, evidenciando una distribución por género que guarda concordancia con la tendencia epidemiológica observada en centros de referencia para enfermedades inflamatorias intestinales (Tabla 1). En cuanto a la composición etaria, la muestra presentó una concentración significativa en los grupos de mayor edad, situando la media en una etapa de madurez biológica. La categoría de edad más robusta fue la comprendida entre los 46 y 60 años, la cual incluyó a 36 individuos (33 % del total). Este perfil demográfico sugiere una cronicidad importante en la población atendida, donde la mayoría de los sujetos se encuentran en fases de la vida donde la vigilancia de complicaciones a largo plazo se vuelve crítica (Tabla 2).

TABLA 1. Distribución total por sexo

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	68	62,4
Masculino	41	37,6
Total	109	100,0

TABLA 2. Distribución de acuerdo a Edad

Grupos etarios	Frecuencia	%
18-30	13	11,9
31-45	19	17,4
46-60	36	33,00
61-75	35	32,1
76-90	6	5,5
Total	109	100,0

Al evaluar la severidad de la actividad clínica mediante la aplicación del Índice de Truelove-Witts, se observó que la mayoría absoluta de los pacientes se encontraban en estadios de baja intensidad sintomática. La categoría más representativa fue la actividad leve, que agrupó a 56 participantes (51,4 %), seguida por el estado de inactividad clínica en 34 pacientes (31,2 %). Solo una minoría presentó cuadros de actividad moderada (11,9 %) o severa (5,5 %). Estos hallazgos indican que, desde el punto de vista sintomatológico y analítico (frecuencia evacuatoria, rectorragia y parámetros sistémicos), más del 80 % de la muestra se percibía en una fase de control relativo de la enfermedad (Tabla 3).

TABLA 3. Índice de severidad clínica de la enfermedad según Truelove-Witts

Índice	Frecuencia	%
Inactividad	34	31,2
Leve	56	51,4
Moderado	13	11,9
Severo	6	5,5
Total	109	100,0

Contrario a la clínica leve dominante, los hallazgos endoscópicos se concentraron en los niveles más altos de severidad. El grado M3 (actividad severa), caracterizado por friabilidad espontánea y ulceraciones, fue la categoría con mayor peso, registrando 42 personas (38,5 %). Al sumar el grado M2 (actividad moderada, 29,4 %), se evidencia que el 67,9 % de los pacientes presentaba un compromiso mucoso significativo, a pesar de la levedad de sus síntomas clínicos (Tabla 4).

TABLA 4. Índice de severidad endoscópica de la enfermedad según Mayo

Índice	Frecuencia	%
M0	8	7,3
M1	27	24,8
M2	32	29,4
M3	42	38,5
Total	109	100,0

En lo referente a las lesiones polipoideas, se detectó su presencia en el 37,6 % de la muestra total (41 pólipos). El análisis histopatológico de estas lesiones reveló una concentración marcada en un solo tipo: los pólipos inflamatorios o pseudopólipos, los cuales representaron el 58,5 % de los hallazgos. Estos resultados confirman la persistencia de procesos de regeneración y daño mucoso crónico en la población estudiada.

TABLA 5. Histología de los Pólipos

Histología de los Pólipos	Frecuencia	%
Adenoma	7	6,4
Pólipos hiperplásicos	9	8,3
Pólipos Inflamatorio	24	22,0
Pólipos Aserrados	1	0,9
No pólipos	68	62,4
Total	109	100,0

El análisis de las correlaciones proporcionó datos de alto valor clínico. Al cruzar la edad con la actividad clínica (Truelove-Witts), se detectó que el peso más significativo en toda la muestra fue la intersección entre el grupo de 46-60 años y la condición clínica leve, representando el 16,50% de la población (Tabla 6). En el ámbito endoscópico, la mayor concentración se observó en el grupo de 61-75 años vinculado a la clasificación M2 (12,80 %). Estas correlaciones sugieren que, a mayor edad, los pacientes tienden a estabilizar su sintomatología clínica, aunque la inflamación mucosa persiste de manera moderada a severa.

TABLA 6. Índice de severidad clínica y edad

Recuento según grupo etario		Truelove Witts				Total
		Inactividad	Leve	Moderado	Severo	
18-30	Recuento	2	7	4	0	13
	% del total	1,8	6,4	3,7	0,0	11,9
31-45	Recuento	6	10	2	1	19
	% del total	5,5	9,2	1,8	0,9	17,4
46-60	Recuento	12	18	3	3	36
	% del total	11,0	16,5	2,8	2,8	33,0
61-75	Recuento	12	17	4	2	35
	% del total	11,0	15,6	3,7	1,8	32,1
76-90	Recuento	2	4	0	0	6
	% del total	1,8	3,7	0,0	0,0	5,5
Total	Recuento	34	56	13	6	109
	% del total	31,2	51,4	11,9	5,5	100,0

TABLA 7. Correlación entre Índice de Mayo y Edad

Recuento según grupo etario		Clasificación de Mayo				Total
		M0	M1	M2	M3	
18-30	Recuento	0	1	5	7	13
	% del total	0,0	0,9	4,6	6,4	11,9
31-45	Recuento	2	3	5	9	19
	% del total	1,8	2,8	4,6	8,3	17,4
46-60	Recuento	4	10	7	15	36
	% del total	3,7	9,2	6,4	13,8	33,0
61-75	Recuento	2	11	14	8	35
	% del total	1,8	10,1	12,8	7,3	32,1
76-90	Recuento	0	2	1	3	6
	% del total	0,0	1,8	0,9	2,8	5,5
Total	Recuento	8	27	32	42	109
	% del total	7,3	24,8	29,4	38,5	100,0

TABLA 8. Correlación entre Síntomas según el Truelove-Witts y Sexo

Recuento según sexo		Clasificación de Mayo				Total
		Inactividad	Leve	Moderado	Severo	
Femenino	Recuento	21	35	8	4	68
	% del total	19,3	32,1	7,3	3,7	62,4
Masculino	Recuento	13	21	5	2	41
	% del total	11,9	19,3	4,6	1,8	37,6
Total	Recuento	34	56	13	6	109
	% del total	31,2	51,4	11,9	5,5	100,0

En cuanto a la distribución por sexo, el grado leve de Truelove-Witts fue la categoría dominante en mujeres, alcanzando el 32,1 % del total de la muestra, lo que significa que casi un tercio de todos los participantes del estudio eran mujeres con síntomas leves. En los hombres, la tendencia fue similar, con un 19,3 % en condición leve. Sin embargo, al analizar la severidad endoscópica de Mayo por sexo, surgió un dato relevante: el sexo masculino presentó la mayor concentración en la escala más severa (M3), representando el 21,1 % del total de pacientes, mientras que en las mujeres el dato más alto fue el grado M2 (21,1 %) (Tabla 9). Esto sugiere un comportamiento endoscópico más agresivo en el sexo masculino.

TABLA 9. Correlación entre Índice de Mayo y Sexo

Recuento según sexo		Clasificación de Mayo				Total
		M0	M1	M2	M3	
Femenino	Recuento	5	21	23	19	68
	% del total	4,6	19,3	21,1	17,4	62,4
Masculino	Recuento	3	6	9	23	41
	% del total	2,8	5,5	8,3	21,1	37,6
Total	Recuento	8	27	32	42	109
	% del total	7,3	24,8	29,4	38,5	100,0

La relación entre el sexo y el tipo de lesión endoscópica, analizada sobre 99 casos válidos, demostró que la úlcera fue la lesión predominante en hombres (23,2% de los casos), mientras que en las mujeres la distribución fue más uniforme, destacando las erosiones en un 22,2 % (Tabla 10). Al cruzar estos hallazgos

con la edad, se confirmó que el grupo de 40 a 60 años concentró la mayoría de las lesiones endoscópicas (32,3 %), y de ellos, la mitad presentaba úlceras francas (Tabla 11).

TABLA 10. Correlación entre el tipo de Lesión Endoscópica y Sexo

Recuento según sexo		Lesión endoscópica			Total
		Edema y eritema	Erosiones	Úlcera	
Femenino	Recuento	20	22	19	61
	% del total	20,2	22,2	19,2	61,6
Masculino	Recuento	6	9	23	38
	% del total	6,1	9,1	23,2	38,4
Total	Recuento	26	31	42	99
	% del total	26,3	31,3	42,4	100,0

TABLA 11. Correlación entre el tipo de Lesión Endoscópica y Edad

Recuento según sexo		Lesión endoscópica			Total
		Edema y eritema	Erosiones	Úlcera	
18-30	Recuento	1	5	7	13
	% del total	1,0	5,1	7,1	13,1
31-45	Recuento	3	5	9	17
	% del total	3,0	5,1	9,1	17,2
46-60	Recuento	10	7	15	32
	% del total	10,1	7,1	15,2	32,3
61-75	Recuento	10	13	8	31
	% del total	10,1	13,1	8,1	31,3
76-90	Recuento	2	1	3	6
	% del total	2,0	1,0	3,0	6,1
Total	Recuento	26	31	42	99
	% del total	26,3	31,3	42,4	100,0

El hallazgo más trascendental del estudio surgió de la correlación directa entre el índice de actividad clínica (Truelove-Witts) y el índice endoscópico (Mayo). Se reveló una disociación masiva de los casos: el dato con mayor peso estadístico en toda la investigación fue el cruce entre la condición clínica leve y la clasificación endoscópica M3 (actividad severa), abarcando al 22,90 % de la muestra total (Tabla 12). Este resultado es crítico, pues demuestra que casi una cuarta parte de los pacientes evaluados, a pesar de referir una sintomatología leve que podría sugerir un control de la enfermedad, presentan en realidad la máxima expresión de daño y actividad inflamatoria en su mucosa colónica. Este fenómeno de disociación refuerza la tesis de que el índice de Truelove-Witts no debe utilizarse de forma aislada para determinar la remisión de la colitis ulcerosa, siendo imperativa la evaluación endoscópica periódica.

TABLA 12. Correlación entre el Truelove and Witts e Índice Endoscópico de Mayo

	Truelove and Witts –Mayo									
	M0		M1		M2		M3		Total	
Truelove and Witts	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa
Inactividad	5,50%	6	12,80%	14	7,30%	8	5,50%	6	31,20%	34
Leve	1,80%	2	11,90%	13	14,70%	16	22,90%	25	51,40%	56
Moderado	0,00%	0	0,00%	0	7,30%	8	4,60%	5	11,90%	13
Severo	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	5,50%	6	5,50%	6
Total	7,30%	8	24,70%	27	29,30%	32	38,50%	42	100,00%	109

DISCUSIÓN

Los hallazgos de la presente investigación revelan una realidad clínica crítica en el manejo de la colitis ulcerosa (CU): la existencia de una brecha diagnóstica entre la percepción del paciente y la integridad de su mucosa colónica. Este análisis permite validar o cuestionar los modelos teóricos frente a la casuística real del Hospital Vargas.

Históricamente, el estudio de Truelove y Witts (1955) ⁽¹⁾ sentó las bases para la estratificación de los pacientes mediante criterios clínicos y analíticos. Su índice, caracterizado por la simplicidad, permitió clasificar a los pacientes según la gravedad del brote. En la muestra estudiada de 109 pacientes, el uso de este índice clásico permitió identificar que el 51,4% se encuentra en una fase "leve" y un 31,2% en "inactividad". Sin embargo, al contrastar esto con la investigación de Rivas ⁽⁵⁾ en el 2021, quien señala que existe una pobre correlación entre los síntomas y la inflamación luminal, los resultados del Hospital Vargas confirman esta premisa de manera significativa. Mientras que el 82,6% de la muestra se auto percibe en control (leve o inactiva), el 67,9% presenta en realidad un compromiso mucoso moderado a severo (Mayo 2 y M3).

Esta disociación se alinea con lo expuesto por Rachmilewitz ⁽⁶⁾ (1989), quien diseñó índices endoscópicos para mejorar la objetividad, argumentando que el eritema, la vascularización y las úlceras son los únicos marcadores reales de respuesta al tratamiento. El hallazgo más trascendental de nuestra investigación (donde el 22,9 % de los pacientes cursa una clínica leve con una severidad endoscópica máxima M3) valida la preocupación de Rachmilewitz ⁽⁶⁾ y Rivas ⁽⁵⁾: la mejoría sintomática no es sinónimo de curación mucosa.

Por otro lado, la Guía de Práctica Clínica Colombiana 2015 ⁽⁴⁾ proponen un enfoque integral que asume una correlación funcional entre síntomas y hallazgos endoscópicos para ajustar el tratamiento. No obstante, los hallazgos de esta investigación, sugieren que seguir estrictamente esta recomendación de correlación podría ser riesgoso en la población local, ya que la clínica tiende a subestimar el daño. Si se ajustara el tratamiento basándose primordialmente en la escala de Truelove-Witts, casi una cuarta parte de los pacientes del Hospital Vargas quedarían subtratados, manteniendo una inflamación severa (M3) que los predispone a complicaciones a largo plazo.

En cuanto a la estandarización del fenotipo, la Clasificación de Montreal (Satsangi et al., 2006) ⁽⁷⁾ ha sido fundamental para definir la extensión de la enfermedad. Estos resultados complementan esta visión al analizar no solo la extensión, sino la morfología de las lesiones. El hecho de que las úlceras sean la lesión dominante en hombres (23,2%) y las erosiones en mujeres (22,2%) aporta un nivel de detalle que va más allá de la localización anatómica propuesta por Montreal, sugiriendo un comportamiento biológico que podría estar influenciado por el sexo.

Asimismo, el trabajo de Schroeder ⁽²⁾ (1987) sobre el uso del Mayo Score como estándar de oro en ensayos farmacológicos encuentra eco en esta investigación. Al observar que el grupo de 46 a 60 años es el más numeroso y presenta una cronicidad importante, la aplicación del índice de Mayo permitió identificar un 37,6% de pólipos inflamatorios. Esto confirma que, en pacientes con larga evolución de la enfermedad, la cicatrización mucosa (definida por Schroeder como la ausencia de friabilidad y erosiones) es un objetivo difícil de alcanzar y requiere una vigilancia más estrecha que la que sugeriría el simple bienestar clínico del paciente.

El contraste de los datos locales con autores como Rivas ⁽⁵⁾ y Truelove ⁽¹⁾ demuestran que la subjetividad clínica es un indicador poco fiable de la salud intestinal. La investigación en el Hospital Vargas, refuerza la necesidad de desplazar el foco del bienestar sintomático hacia la evaluación endoscópica rigurosa, tal como sugieren los índices de Schroeder ⁽²⁾ y Rachmilewitz ⁽⁶⁾, para evitar que la disociación clínico-endoscópica derive en una progresión silenciosa de la enfermedad.

CONCLUSIONES

Predomina un estado de bienestar aparente entre los pacientes, quienes manifiestan mayoritariamente síntomas leves o ausencia de actividad inflamatoria perceptible durante la consulta. Se evidencia una marcada presencia de daño estructural profundo en la mucosa colónica, caracterizado por estados de inflamación

severa a pesar de la estabilidad sintomática. Destaca la persistencia de úlceras y erosiones según el género, junto al desarrollo de formaciones polipoideas que reflejan un proceso de regeneración tisular crónica. Existe una disociación crítica donde la levedad de los síntomas oculta lesiones mucosas graves, confirmando que la percepción del paciente no refleja su realidad intestinal.

AGRADECIMIENTOS

Se expresa gratitud a Estefanía Rojas por su dedicación en la investigación, y al personal administrativo del Hospital Vargas por facilitar el acceso a la información institucional.

REFERENCIAS

1. Truelove SC, Witts LJ. Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial. *Br Med J*. 1955; 2(4947):1041-1048.
2. Schroeder KW, Tremaine WJ, Ilstrup DM. Coated oral 5-aminosalicylic acid therapy for mildly to moderately active ulcerative colitis. *N Engl J Med*. 1987; 317(26): 1625-1629.
3. Yamamoto-Furusho JK, Bozada-Gutiérrez KE, Sánchez-Rodríguez A, Bojalil-Romano F, Barreto-Zuñiga R, Martínez-Benitez B. Validación de un nuevo índice integral de enfermedad para evaluar el grado de actividad en pacientes mexicanos con colitis ulcerosa: un estudio de cohorte prospectivo. *Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed)* [Internet]. 2019; 84(3): 317-325. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2018.07.006>.
4. Baños J, Grillo AC, Galiano de Sánchez MT, García Duperly R, Bonilla GD, Guerrero PD, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la colitis ulcerativa en población adulta. *Rev Col Gastroenterol* [Internet]. 2015 Dic [citado 26 Mar 2026]; 30(Supl 1): 75-88. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572015000500009&lng=en
5. Rivas I. Índices Endoscópicos en Enfermedad Inflamatoria Intestinal [Internet]. Mérida: Dr. Ivan Rivas; 2026 [citado 26 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://ivanrivasmd.com/indices-endoscopicos-en-enfermedad-inflamatoria-intestinal/>
6. Rachmilewitz D. Endoscopic index for assessment of activity in ulcerative colitis: description and validation. *Scand J Gastroenterol*. 1989; (9): S15-S21.
7. Satsangi J, Silverberg MS, Vermeire S, Colombel JF. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. *Gut*. 2006 Jun;55(6):749-53. doi: 10.1136/gut.2005.082909. PMID: 16698746; PMCID: PMC1856208.