

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Diagnóstico endoscópico de las enfermedades inflamatorias del intestino

Dr. Alvaro Zúñiga Díaz
Profesor Auxiliar Cirugía
Departamento de Cirugía Digestiva

Una diferencia fundamental entre la colitis ulcerosa y la Enfermedad de Crohn del colon es que en la primera la mucosa rectal siempre está comprometida en mayor o menor grado, en tanto que en la segunda con frecuencia no la afecta. Esta diferencia necesariamente crea una estrategia distinta para alcanzar el diagnóstico endoscópico.

En la colitis ulcerosa, la rectosigmoidoscopia o rectoscopia con instrumento rígido es suficiente para el diagnóstico. Es un procedimiento simple, de escasa morbilidad, bien tolerado, de bajo costo y alto rendimiento. Además, no requiere una preparación del recto, ya que el síndrome disentérico que habitualmente presentan los pacientes con colitis ulcerosa determina que éste se encuentre libre de deposiciones. Es incluso preferible evitar la preparación con algún tipo de enema, porque el paciente con una crisis de la enfermedad tolera mal la manipulación y distensión rectal y porque con frecuencia se usan algunas sustancias que pueden alterar el aspecto de la mucosa e inducir a error al endoscopista.

Antes del tacto rectal previo a la endoscopia, es necesario efectuar una cuidadosa inspección de la piel perianal para confirmar o descartar la presencia de fisuras, úlceras perianales, fístulas o cicatrices de cirugía previa. La presencia de fístulas o fisuras, habitualmente de bordes cianóticos, sugiere fuertemente una Enfermedad de Crohn y, en nuestra experiencia, prácticamente descarta una colitis ulcerosa, en la cual las lesiones perianales son raras.

El aspecto endoscópico de la mucosa rectal en la colitis ulcerosa es variable de acuerdo con la actividad de la colitis, pero existe un hecho constante: la mucosa está difusamente alterada. No hay áreas de mucosa sana o con menor compromiso, como ocurre en la Enfermedad de Crohn o en la amebiasis. Durante una crisis, el lumen rectal contiene abundante cantidad de secreción hemopurulenta. Luego de aspirar este contenido, la mucosa se ve difusamente comprometida, engrosada por edema, sin vasos visibles en la submucosa, de aspecto francamente granular y frágil: sangra fácilmente al contacto con el instrumento o con la tórula de algodón.

En casos moderados existe poco exudado libre en el lumen, pero persiste una delgada película purulenta que cubre la mucosa. El solo hecho de remover ésta con la tórula produce, por fragilidad de la mucosa, sangramiento activo en su superficie. En casos leves no hay exudado en el lumen y la mucosa es de superficie opaca y granular, con escasa fragilidad. Si bien los vasos de la submucosa pueden ser visibles, presentan algunas alteraciones en su arborización. Este mismo aspecto puede verse en pacientes con una colitis inactiva, en los que, además, llama la atención la presencia de áreas de mucosa más pálida y uno que otro pseudopólipo. Es necesario destacar que la presencia de pseudopólipos en el recto es poco frecuente y que cuando ellos están presentes, comienzan a aparecer en el recto alto: 13 a 15 cm desde los márgenes del ano.

En suma, el compromiso difuso es característico de la colitis

ulcerosa, y la fragilidad, un signo de actividad de la enfermedad. La presencia de francas úlceras de la mucosa no es característica de la colitis ulcerosa y debe hacer sospechar una Enfermedad de Crohn.

El aspecto endoscópico de la mucosa rectal habitualmente permite asegurar el diagnóstico en la colitis ulcerosa. No obstante, se debe aprovechar la oportunidad de tomar biopsias, para tener otro elemento sobre el cual establecer el diagnóstico definitivo.

Excepcionalmente se requiere de colonoscopia para el diagnóstico de la enfermedad. En pacientes que no están en crisis, la colonoscopia tiene las siguientes indicaciones:

—Para evaluar la extensión de la enfermedad en el colon, cuando ésta no ha podido ser determinada por la enema baritada.

—Para determinar la naturaleza histológica de lesiones radiológicas que pueden aparecer en la evolución alejada, como estrecheces o defectos de llenamiento, que hacen sospechar una neoplasia.

—Para hacer diagnóstico diferencial con la Enfermedad de Crohn del colon.

—En el seguimiento de pacientes con colitis ulcerosa extensa de más de cinco años de evolución, con el propósito de detectar la displasia de la mucosa del colon que habitualmente antecede la aparición de un adenocarcinoma.

En los pacientes con una crisis grave de la enfermedad, la colonoscopia está contraindicada por el riesgo de perforación. Además, estos pacientes no se encuentran en condiciones de tolerar una preparación del colon como la que es necesaria para practicar satisfactoriamente una colonoscopia.

Una de las características distintivas de la Enfermedad de Crohn es el compromiso segmentario de la pared intestinal, por lo que el recto puede no estar comprometido. La presencia de lesiones perianales puede acompañar el compromiso de cualquier segmento del intestino, pero son más frecuentes cuando la enfermedad afecta el colon o recto. La mucosa aparece edematosa, frágil, con fistulas y úlceras de fondo amarillento y borde hiperémico. A veces las ulceraciones son lineales en el sentido longitudinal. La mucosa remanente entre las úlceras lineales es edematosa y toma un aspecto de empedrado. En las áreas de menor compromiso se pueden observar pequeñas úlceras de 1 a 3 mm de diámetro, que por asemejarse a las aftas bucales son denominadas úlceras aftoides, que parecieran ser la lesión endoscópica más precoz de la Enfermedad de Crohn.

En suma, el compromiso segmentario y la presencia de fisuras y úlceras son las características más distintivas de la Enfermedad de Crohn del colon, y suelen hacer posible el diagnóstico diferencial con la colitis ulcerosa. Dado que el recto puede no estar comprometido, la colonoscopia constituye un procedimiento importante en el diagnóstico, porque permite el examen endoscópico de los segmentos más proximales del colon y conocer la extensión de la enfermedad. Incluso, en caso de sospecha de compromiso del ileon terminal se puede avanzar el instrumento a través de la válvula ileocecal.

Existe un grupo de pacientes que se presentan como una crisis de colitis, en los cuales endoscópicamente no es posible asegurar si se trata de una colitis ulcerosa o una Enfermedad de Crohn. Ellos deben ser catalogados como portadores de una colitis indeterminada hasta que la evolución permita reconocer características propias de una u otra enfermedad. En estos pacientes también se debe tener prudencia y no practicar una colonoscopia durante la crisis grave de enfermedad.

REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Waye JD. Endoscopy in idiopathic inflammatory bowel disease. En: Kirsner JBM y Shorter RG: Inflammatory bowel disease. Lea and Fabiger, Philadelphia, 1988, 353-376.
2. Farmer RG, Whelan G, Sivak Jr MV. Colonoscopy in distal colon ulcerative colitis. Clinics in Gastroenterology, 1980; 9(2):297-306
3. Williams CB. Ulcerative colitis: Diagnosis and the place of colonoscopy. En: Allam RN et al. Inflammatory bowel diseases. Churchill Livingstone, London, 1983; 210-215.