

Abordaje diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal

Seminario de Actualización en Gastroenterología – 19 de noviembre de 2021

Ponente: *Dr. Del Toro-Ortiz Víctor Edgardo*

Redactó: *Carranza-Cruz Vania Sofia*

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) está compuesta por un grupo de enfermedades: la colitis ulcerosa (CU), la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis indeterminada o inclasificable (CI). Se caracteriza por ser una enfermedad crónica, incurable y que presenta periodos de recaída y remisión.

Colitis ulcerativa (CU)

Es una enfermedad crónica inflamatoria, idiopática, confinada al colon con afección de recto a proximal. El daño es a nivel de la mucosa.

Se presenta de los 15 a 30 años, sin distinción entre hombres y mujeres, y la mayor incidencia se reporta al norte de Europa con 24.3 casos por cada 100 mil habitantes. En México hay 4.9 casos por cada 100 mil habitantes. Se ha demostrado un aumento de la incidencia y prevalencia en regiones recientemente industrializadas.

Las manifestaciones clínicas incluyen principalmente diarrea crónica (duración de más de cuatro semanas) con moco, sangre, pujo y tenesmo rectal; evacuaciones nocturnas, dolor abdominal intenso, pérdida de peso y fiebre en cuadros complicados (**figura 1**). Una pequeña parte de los pacientes manifiestan estreñimiento al tener gran afectación del recto y proctitis. La CU es de inicio progresivo, sin embargo hasta 15 % de los pacientes debutan con un cuadro severo.

Dentro de la exploración física se encuentra palidez, taquicardia, fiebre, dolor abdominal y al tacto rectal puede haber ámpula rectal vacía. Es importante interrogar de manera dirigida cuando se sospecha de manifestaciones extraintestinales, que pueden ser musculoesqueléticas, de piel y boca, hepáticas, oculares y metabólicas.

De acuerdo con la localización, la CU puede presentarse como proctitis (30-60 %) que es lo más común, proctosigmoiditis (15-45 %) y pancolitis (15-35 %).

El patrón de presentación de la enfermedad se establece en los primeros tres años del diagnóstico de la misma y puede ser de tres formas: continuo, cuando hay síntomas persistentes sin tener periodos de remisión; frecuente, cuando hay más de dos recaídas en un año; e infrecuente, si no hubo recaídas en un año.

Los factores de mal pronóstico incluyen edad (<40 años al diagnóstico), colitis extensa, enfermedad endoscópica severa (Mayo>3), hospitalización por colitis, proteína C reactiva (PCR) elevada y albúmina baja.

Para establecer el diagnóstico se utiliza la colonoscopia con toma de biopsia, así como exámenes complementarios. Se deben descartar otras colitis, sobre todo infecciosas, mediante un estudio coprológico. Si hay síndrome consuntivo muy notorio y ausencia de sangre en heces se deben descartar enfermedades crónicas, virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) y neoplasias.

Se deben solicitar estudios de laboratorio. Un marcador de importancia es la PCR; si después de un año de colitis extensa hay un valor mayor a 10 mg/L, existe un mayor riesgo de que se requiera una cirugía.

Las pruebas de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos perinucleares (pANCAs) y anticuerpos anti-Saccharomyces cerevisiae (ASCAs) no son necesarios para el diagnóstico, sin embargo los pANCAs serán positivos en un 65 % de los pacientes con CU.



INFORMES DE CONFERENCIA

La calprotectina mayor a 200 ng/g tiene un valor predictivo positivo del 95 % ante la sospecha de alguna enfermedad inflamatoria intestinal (independientemente de que sea CU o EC); además permite predecir recaídas, por ejemplo, si disminuye después del tratamiento y luego incrementa, predice una recaída en los próximos 3 meses.

El diagnóstico se realiza principalmente mediante colonoscopia, la cual permite valorar la extensión y el grado de afección; una colonoscopia con ileoscopia y toma de biopsia es el estudio necesario. Si hay datos de abdomen agudo o megacolon tóxico está contraindicada por el alto riesgo de perforación. El índice endoscópico de severidad evalúa el patrón vascular, la presencia de hemorragia, erosiones y úlceras. Con base en lo anterior, se obtiene el índice de Mayo, el cual se divide en 3 fases (**tabla 1**).

El índice de Truelove Witts toma en cuenta valores clínicos y bioquímicos, y se utiliza para saber si la actividad es leve, moderada o severa, para así determinar si se necesita modificar o mantener el tratamiento.

La clasificación de Montreal evalúa la extensión (E) y la gravedad (S). La extensión se determina según la afección longitudinal, siendo así proctitis ulcerosa (E1), colitis izquierda (E2) o colitis extensa (E3). La gravedad depende del número de evacuaciones y de la presencia o ausencia de datos de toxicidad; se considera la colitis en remisión (S0), colitis leve (S1), colitis moderada (S2) o colitis grave (S3).

El índice de Mayo es una escala evalúa la actividad de la CU, va de 0 a 12 puntos y valora las características clínicas, apreciación del médico y aspectos endoscópicos.

Tabla 1. División índice de mayo

- | |
|--|
| 1. Mayo I. Colitis leve, pérdida parcial de la vasculatura, edema, eritema y algunas erosiones. |
| 1. Mayo II. Colitis moderada, pérdida total o parcial de la vasculatura, edema, sangrado al roce y úlceras superficiales. |
| 1. Mayo III. Colitis grave, afección completa con pérdida total de la vasculatura y úlceras profundas (múltiples, longitudinales y circunferenciales). |

(Autor: *Fabiola Yocupicio*)

En 2019, el doctor Yamamoto-Furusho validó su escala que incluye todos los aspectos clínicos, endoscópicos, histológicos y laboratoriales. Se espera que en un futuro sea la escala más utilizada para brindar un tratamiento y un abordaje óptimo a la CU.

Los pacientes con CU pueden evolucionar a cáncer. Aquellos con 10 años de evolución y afección hasta colon izquierdo requieren una colonoscopia cada uno o dos años.

El diagnóstico se hace en base a la histología, pero en ocasiones suele no ser concluyente y es necesario complementar con hallazgos endoscópicos o de laboratorio. Las características histopatológicas que se observan son cambios en la arquitectura de la mucosa (cambios en la morfología de las criptas colónicas y disminución de la densidad de las mismas), alteraciones en la celularidad de la lámina propia y anomalías epiteliales (incluidas metaplasias epitelial y pérdida de las células caliciformes).

A pesar de que los estudios de imagen no son necesarios para el diagnóstico, éstos pueden apoyar en la búsqueda de complicaciones.

En pacientes con afectación extensa se tiene que hacer cada año una vez que se controle la enfermedad.

Enfermedad de Crohn (EC)

Es una inflamación transmural discontinua que afecta todo el espesor de la pared intestinal, desde la boca hasta el recto, asociada con agregados linfoides y granulomas.

La incidencia en Estados Unidos es de 3.1 a 20.2 casos por cada 100 mil habitantes al año y la prevalencia es de 201 casos por cada 100 mil habitantes. La mayor incidencia se reporta en adultos jóvenes (20 a 29 años).



INFORMES DE CONFERENCIA

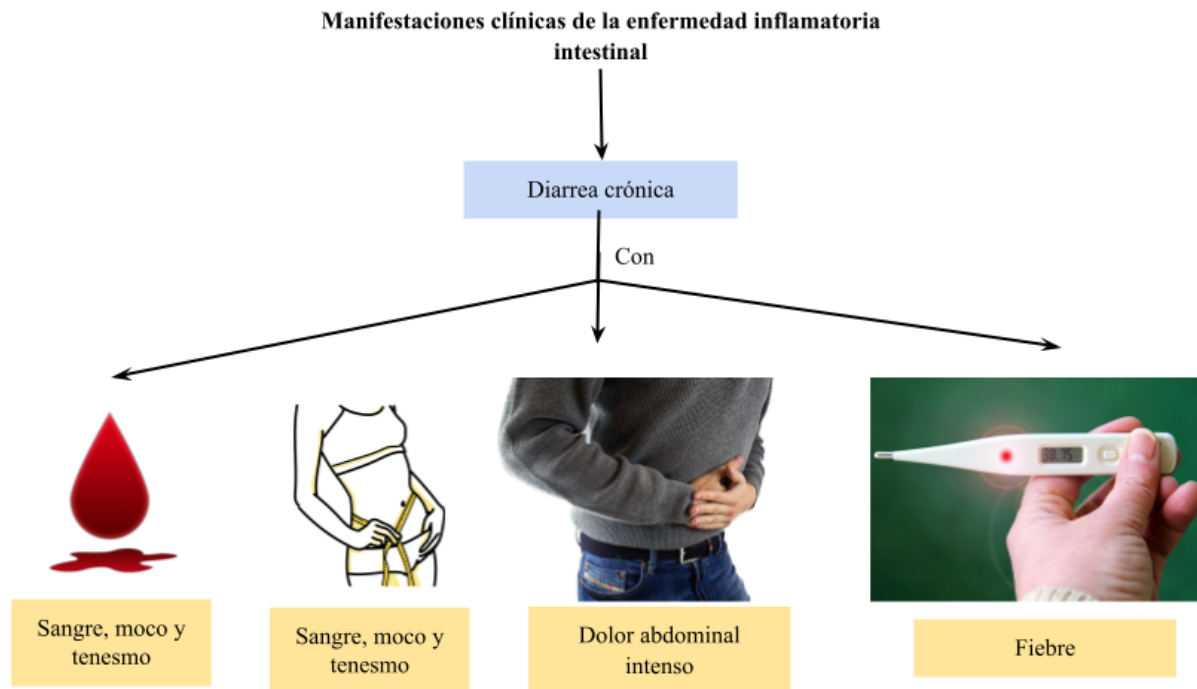


Figura 1. Manifestaciones clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal.
(Autor: Fabiola Yocupicio Medrano).

La clasificación de Montreal permite establecer en cuál etapa se encuentra y qué afección tiene la EC al momento del diagnóstico.

Se divide en edad (A) donde A1 es menor a 16 años, A2 de 17 a 40 años y A3 mayor a 40 años; localización (L) donde L1 es ileal, L2 colónica, L3 ileocolónica y L4 afectación de tracto digestivo alto; y comportamiento (B) donde B1 es no penetrante o no estenosante, B2 estenosante y B3 penetrante. Ante la existencia de enfermedad perianal, se tiene que agregar una p. .

Respecto a la localización, la más frecuente es íleon terminal (L1 30-40 %) y suele evolucionar a patrones más agresivos como estenosis y fístulas.

La localización colónica (L2) es la que más se asocia a enfermedad perianal (40 %) y manifestaciones extraintestinales.

Dentro de las manifestaciones clínicas, lo clásico es diarrea, dolor abdominal, pérdida de peso, fatiga, fiebre, aftas orales y disfagia. Las manifestaciones extraintestinales pueden ser hematológicas, osteoarticulares, cutáneas, oculares, tromboembólicas y hepatobiliares.

El diagnóstico de EC es más complejo y difícil en comparación con el de CU, debido a que en este caso la afectación es transmural y no solamente de la mucosa.

Las biopsias proporcionan datos sugestivos y junto con la afección, presentación y hallazgos endoscópicos podemos llegar a un diagnóstico. En cuanto a los laboratorios, los más relevantes son la velocidad de sedimentación globular (VSG), PCR y los ASCAs presentes en 95 % de los casos. La calprotectina fecal toma un peso importante, si está arriba de 200 ng/g indica que es una EII y, como se mencionó anteriormente, predice una recaída.

La colonoscopia es el estudio de primera elección, donde se encuentran úlceras profundas, estrelladas o serpiginosas, pueden ser discontinuas intercaladas o en ocasiones la clásica imagen en empedrado. La endoscopia se realiza en pacientes con disfagia en búsqueda de úlceras y estenosis. La cápsula endoscópica se usa cuando no encontramos una afectación baja y nos ayuda a identificar úlceras del intestino medio.

En la histología, se encuentra distorsión de las criptas, menos abscesos que en la CU, linfocitos y células plasmáticas en la lámina propia, granulomas no caseificantes (lo más característico, patognomónico) y fisuras profundas en la pared.



INFORMES DE CONFERENCIA

Dentro de los estudios de gabinete, la radiografía simple de abdomen permite identificar datos de megacolon. Los estudios baritados ayudan a identificar úlceras aftosas, patrón grosero de vellosidades mucosas, engrosamiento de pliegues, imagen en empedrado, trayectos fistulosos y estructuras fijas. El ultrasonido intestinal no se hace en México, pero es muy eficaz para hacer el diagnóstico de este tipo de enfermedades. La tomografía (TAC) ayuda a detectar abscesos o estenosis, mientras que la resonancia es la técnica de elección para la enfermedad perianal, fístulas y abscesos.

El índice de actividad de enfermedad de Crohn (CDAI) se utiliza para clasificar la enfermedad; actualmente hay aplicaciones que otorgan un puntaje con base en la información. Según el índice, hay remisión con menos de 150 puntos, es leve si hay de 150 a 220 puntos, moderada si hay de 220 a 450 y severa cuando es mayor de 450. Para valorar una respuesta al tratamiento tiene que haber una disminución de más de 100 puntos en el CDAI después de iniciar el tratamiento.

La EC, al igual que la CU, tiene un riesgo aumentado de cáncer, sobre todo después de los 8 años de evolución de la enfermedad; se debe realizar una primera colonoscopia a los 8 años del comienzo de los síntomas.

Los pacientes con EC se dividen en pacientes de riesgo alto, medio y bajo. El riesgo es alto cuando hay actividad histológica importante, actividad severa, afección colónica importante, antecedente de cáncer colorrectal en familiar de primer grado y afección de tubo digestivo alto; medio si tienen afección importante a nivel intestinal, la inflamación es leve a moderada, pudiendo tener antecedente de un familiar de primer grado de cáncer colorrectal (mayor a 50 años); o bajo cuando no se tienen las características mencionadas anteriormente.

En cuanto a la EII en general, vamos a ver pacientes con dolor abdominal intermitente, distensión abdominal que podría confundirse con el síndrome de intestino irritable y diarrea. Se tiene que hacer hincapié en el tiempo de evolución y en la presentación clínica. Realizando un interrogatorio dirigido podemos orientarnos para llegar al diagnóstico de EII.

