

Diagnóstico de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal

— lo que el Médico Generalista debe conocer —

Dra. Beatriz Iade

Profesora Agregada de Gastroenterología
Hospital de Clínicas. Universidad de la República. Montevideo. Uruguay

Resumen: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que comprende la **Colitis Ulcerosa (CU)** y la **Enfermedad de Crohn (EC)**, constituye una entidad de etiología no conocida resultado de una compleja interacción entre susceptibilidad genética, el medio ambiente y el sistema inmune.

La enfermedad compromete diferentes sectores del intestino, con grados variables de severidad, manifestación clínica heterogénea, con períodos de actividad e inactividad.

Por tratarse de una entidad en aumento en la que el 64% de los pacientes consulta en Emergencia antes de tener un diagnóstico y el 18% tarda cinco años en ser diagnosticado y el Médico Internista o el Médico General son quienes reciben a estos pacientes, ellos deben tener un adecuado nivel de sospecha clínica y de conocimiento sobre la Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

En el presente artículo se presentan pautas para el diagnóstico de la EII en diferentes situaciones clínicas.

Palabras clave: Enfermedad inflamatoria intestinal, colitis ulcerosa, Enfermedad de Crohn, diagnóstico, clínica, paraclínica.

Abstract: Inflammatory bowel disease (IBD), which includes ulcerative colitis (UC) and Crohn's disease (CD) is an entity of unknown etiology that results from a complex interaction between genetic susceptibility, the environment and the immune system.

The disease involves different sectors of the intestine, with varying degrees of severity, heterogeneous clinical manifestations, with periods of activity and inactivity.

Because it is a growing entity in which 64% of patients have an emergency consultation before having a diagnosis and 18% are delayed five years to be diagnosed, and the Medical Internist or Generalist receive usually these patients, they must have an adequate level of clinical suspicion and knowledge about inflammatory bowel disease.

In this article we present guidelines for the diagnosis of IBD in different clinical situations.

Key words: Inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, Crohn's Disease, diagnosis, clinical, paraclinical.

Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende la **Colitis Ulcerosa (CU)** y la **Enfermedad de Crohn (EC)**.

Un porcentaje de pacientes no encaja en ninguna de las dos y se los clasifica como **Colitis no Clasificada o Indeterminada**.

La EII es de etiología no conocida y es el resultado de una compleja interacción entre susceptibilidad genética, el medio ambiente y el sistema inmune.

El resultado es la **inflamación** del tracto intestinal y puede afectar diferentes sectores, con grados variables de severidad, lo que determina una clínica heterogénea,

caracterizada por períodos de actividad, donde hay síntomas y períodos de inactividad en que el paciente está en remisión o asintomático.

Colitis Ulcerosa

La Colitis Ulcerosa es una enfermedad que afecta exclusivamente el colon y se caracteriza por afectar en forma difusa y continua al órgano, comenzando en su segmento más distal, el recto, con una extensión en sentido proximal variable. Aunque la extensión en general se mantiene en el tiempo, en el 20% de los casos progresa.

En la mucosa del colon y dependiendo de la severidad de la inflamación, se puede observar pérdida del patrón vascular, granularidad, edema, friabilidad, microerosiones y ulceraciones.

E-mail: beatriz.iade@gmail.com

¿Porqué debe saber el Médico General sobre enfermedad inflamatoria intestinal?

En una encuesta que realizó la Federación de Asociaciones de Pacientes de Enfermedad Inflamatoria realizada en Europa, se observó que un 64% de los pacientes consultaban en Emergencia antes de tener un diagnóstico; el 85% de ellos había ingresado durante los cinco años previos a llegar a su diagnóstico, el 18% tardó cinco años completos.

Esto significa que tanto el Médico Internista como el Médico General son quienes reciben a estos pacientes, por lo que es importante que ellos tengan conocimiento sobre la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, ya que varias veces los pacientes se retiran con el diagnóstico de *gastroenterocolitis* o *intestino irritable*.

En el *Registro Nacional De Enfermedad Inflamatoria (RNEII) de Uruguay* se hizo un corte de 610 pacientes y se observó una demora de un promedio de 1.2 años en llegar al diagnóstico, más del 30% tardó un año completo.

Otro motivo por el cual el médico tiene que estar alerta en estas enfermedades es porque si bien Uruguay todavía está dentro de los países con baja incidencia, ésta está en aumento. Según el RNEII en los últimos 20 a 30 años fueron incrementándose los diagnósticos, de manera que actualmente se podría decir que hay **120 casos nuevos por año en Uruguay**. De ahí es que los Médicos de Atención Primaria y los de Urgencia deben estar preparados sobre la Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Cuando la enfermedad está en remisión estas lesiones, que marcan la actividad, desaparecen pudiendo la mucosa parecer prácticamente normal o en casos de empujes severos quedar como secuela atrofia, cicatrices o pseudopólipos como consecuencia de la regeneración mucosa en las áreas de ulceración.

Los síntomas en la Colitis Ulcerosa por lo tanto dependen, por un lado de la severidad de la actividad inflamatoria y por otro lado de su extensión. En caso que sólo el recto esté afectado los síntomas serán:

urgencia defecatoria, tenesmo, mucosidad con sangre e incontinencia.

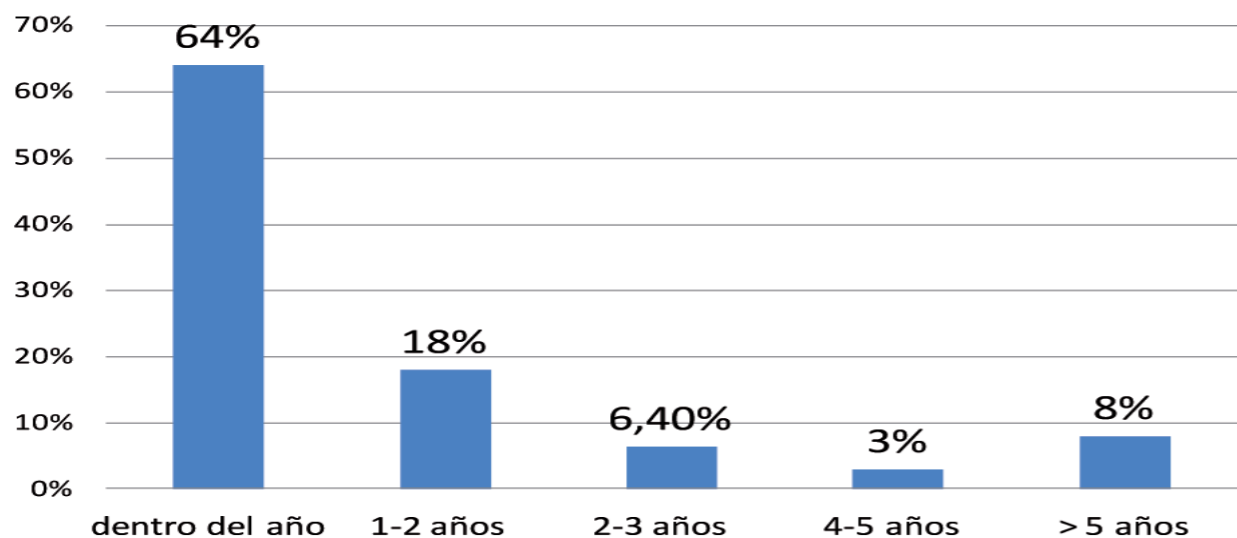
A medida que la afectación del colon sea de mayor extensión se presentará diarrea y aumentará el sangrado, y si la inflamación es más severa dolor abdominal, febrícula o fiebre y pérdida de peso, taquicardia y anemia (*Ver Figura 1*).

A lo largo de la vida el paciente presenta periodos de actividad inflamatoria que pueden desencadenarse por infecciones, medicamentos o estrés y de remisión. Si

Relación de los síntomas con extensión

Figura 1

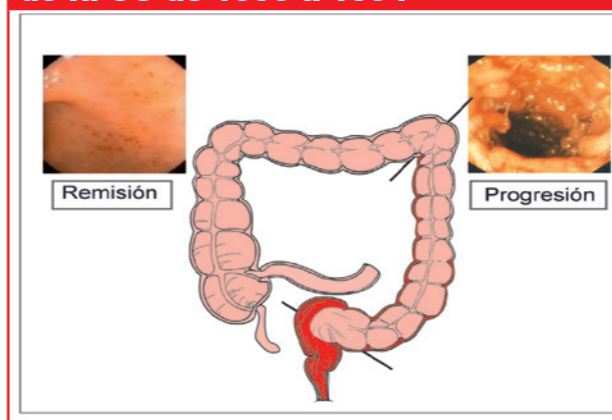
En 610 pacientes con EII Demora promedio 1,2 años > En EC que en CU



Clasificación de Montreal Silverberg M et al. *Can J Gastroenterol* 2005; 19 (Suppl A): 5A-36A.

Curso evolutivo de la CU de 1990 a 1994

Figura 2



*Estudio poblacional de una cohorte de 843 pacientes con EII enolados en el sud este de Noruega y seguidos a los 1, 5 y 10 años del diagnóstico. Solberg IC, et al. *Scand J Gastroenterol*. 2009;44:431-440

bien el curso evolutivo para cada individuo es impredecible, lo que suele generar angustia y frustración, se pueden clasificar en cuatro patrones:

- el 55% de los casos presentará al diagnóstico una actividad inflamatoria severa que con el tratamiento remite y luego en los sucesivos empujes la actividad será menor;
- el 37% de los casos tienen empujes reiterados de similares características;
- el 6% mantiene un grado de actividad inflamatoria permanente con síntomas más o menos severos y no logran la remisión y
- el 1% se presenta con pocos síntomas al inicio, entran en remisión durante meses o años y luego tienen una actividad severa (*Ver Figura 2*).

En la evolución hasta el 30 % requerirá la colectomía y esto no ha cambiado a pesar de los nuevos tratamientos.

Enfermedad de Crohn

La enfermedad de Crohn se diferencia de la Colitis Ulcerosa en que puede afectar **cualquier sector del tubo digestivo**.

Otra diferencia es que presenta lesiones segmentarias, es decir que alterna zonas enfermas y sanas y que es transmural, la inflamación penetra más allá de la mucosa, a la submucosa y la muscular, pudiendo incluso atravesar el espesor completo de la pared intestinal y fistulizar a otros órganos, la pared abdominal o el periné.

La región más frecuentemente afectada es el ileon y el colon.

Localización de la Enfermedad de Crohn

Figura 3



- L 1: Ileal (30-50%)
- L 2: Cólica (20-25%)
- L 3: Ileocólica (40-80%)
- L 4: Gastrointestinal Alta (10-5%)
- Perineal

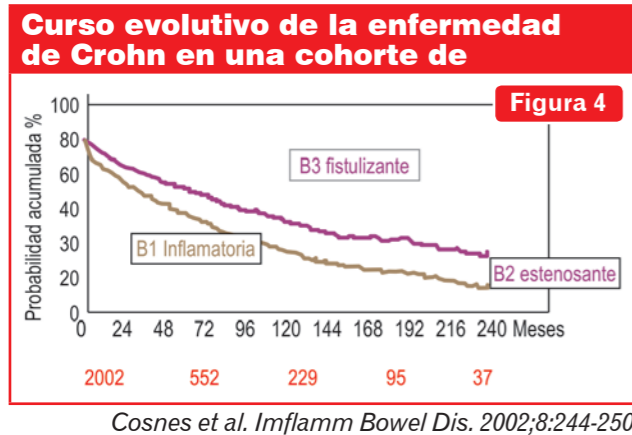
(clasificación de Montreal Silverberg M et al. *Can J Gastroenterol* 2005; 19 (Suppl A): 5A-36A.)

Un menor porcentaje de pacientes van a tener afectado sólo el colon y menos todavía sólo el intestino delgado.

La gran mayoría tienen afectación del ileon o ileon y colon. Esto es importante porque son sectores que quedan al alcance de los estudios endoscópicos (*Ver Figura 3*).

Las lesiones iniciales características de la EC son la úlcera aftoide y las úlceras que siguen un trayecto longitudinal, ambas asientan en mucosa sana.

La enfermedad de Crohn es una enfermedad que evoluciona también en empujes y en remisiones, pero el daño estructural va siendo progresivo. De



esta manera de la inflamación inicial (*patrón inflamatorio*) pasa al estenosante o perforante (*fistulizante*) (Ver Figura 4).

El patrón también influye el pronóstico de la enfermedad, puesto que la presencia de estenosis o fistula es signo de complicación. Se estima que el 75% de los pacientes con la enfermedad de Crohn va a requerir cirugía en un lapso de 10 años.

También el compromiso perineal agrega factores de mal pronóstico en términos de cirugía, necesidad de tratamientos con inmunomoduladores o biológicos y peor calidad de vida (Ver Figura 5).

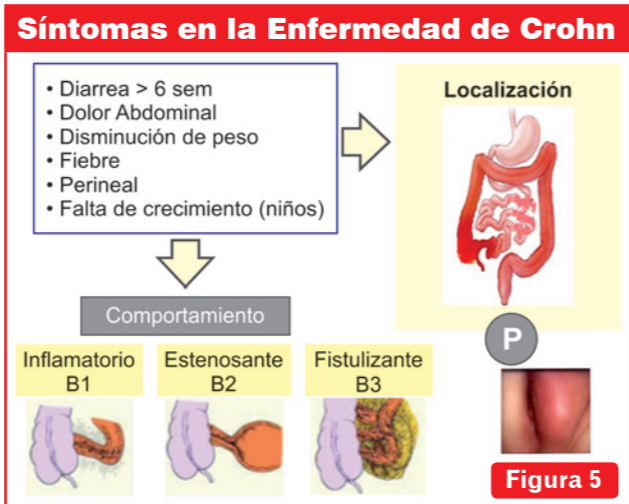
Diagnóstico de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Primera situación: Paciente sin diagnóstico de EII

Para realizar el diagnóstico de EII hay que partir de la *sospecha clínica* y después ir a confirmar esa sospecha mediante el hallazgo de las lesiones características.

La edad de mayor incidencia es entre los 15 y los 40 años, se puede presentar en la infancia o adulto mayor pero la EII se presenta mayormente en los jóvenes. Este hecho lleva a descartar patologías orgánicas y atribuir los síntomas a trastornos funcionales o infecciosos, por ser estos más frecuentes y porque cuando es leve el paciente no presenta ni repercusión sobre el estado general.

Además en el caso de la CU limitada al recto o en etapas precoces de la EC los síntomas no llaman demasiado la atención del paciente, que también suele interpretarlos como patologías sin relevancia como hemorroides o síntomas vinculados a las ingestas, por lo que no consulta hasta que se hacen limitantes.



Los *antecedentes* que pueden poner en alerta son tener un familiar con enfermedad inflamatoria u otras enfermedades inmunológicas.

El conocer el hábito de fumar es importante porque en la EC es un factor de mal pronóstico y el cese del tabaquismo puede desencadenar la colitis ulcerosa.

Como factores desencadenantes o agravantes está la ingesta de analgésicos, eventos estresantes, antibióticos e infección por *Clostridium difficile*.

Manifestaciones extra-digestivas

El paciente con enfermedad inflamatoria intestinal puede presentar adicionalmente síntomas extra-digestivos que pueden afectar la *piel, las articulaciones, los ojos, el hígado, que pueden ser incluso previos al diagnóstico de EII, y fenómenos tromboembólicos*. Estos últimos son de suma relevancia, pueden ser arteriales o venosos, y si bien son complicaciones que se asocian en los casos más severos, están descriptos también en pacientes ambulatorios. En función de lo señalado, se requiere la trombofilaxis siempre cuando están en empuje.

La mala nutrición es más frecuente en la enfermedad de Crohn que en la Colitis Ulcerosa, en la que se observa ante un empuje severo.

El diagnóstico suele resultar más dificultoso en el Crohn, sobre todo cuando es delgado en que lo que predomina es el dolor abdominal y la diarrea y simular un intestino irritable. En la Colitis Ulcerosa el sangrado orienta al diagnóstico.

Los datos de organicidad son la *diarrea nocturna, sangrado, fiebre y la pérdida de peso*.

A la hora del examen físico es importante inspeccionar el periné buscando la afectación perineal actual o previa (*absceso, fistulas o cicatriz de drenajes previos, fisuras atípicas*) y descartar otras causas de los síntomas (*hemorroides, fisura, prolapso*). En el tacto rectal se

valora las características de la mucosa y la presencia de gleras y/o hematina al guante.

Paraclínica

No hay ningún síntoma ni signo que sea *patognómico* de Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Los mismos síntomas pueden corresponder a una diarrea infecciosa, a una Colitis Isquémica o a una Colitis Rádica. Eso es lo que hace difícil el diagnóstico, y se necesita tener elementos objetivos para poder confirmar la EII y para ello no hay más remedio que hacer estudios paraclínicos.

Tampoco hay un test diagnóstico específico por lo que el diagnóstico se realiza en base a la clínica, la paraclínica, la endoscopia, la imagenología y la evolución.

Laboratorio inicial

El hemograma puede mostrar anemia, pueda haber trombocitosis y leucocitosis.

Como elementos de inflamación: velocidad de eritrosedimentación, proteína C reactiva y la albúmina baja como parámetro de severidad.

También se realizan estudios de materia fecal para descartar infecciones, con coprocultivo, coproparasitario, la toxina para *Clostridium*, la GDH.

Un test relativamente nuevo es la calprotectina fecal, lo que detecta es Proteínas citoplasmáticas de los PMN resistentes a la proteólisis que se eliminan en las heces. Si la calprotectina es negativa es poco probable que sea una enfermedad inflamatoria, también es útil para el monitoreo.

Hay que saber que los exámenes de sangre pueden ser normales. Por ejemplo, un paciente que tenga una proctitis, tiene un hemograma normal, ni parámetros inflamatorios. También en un compromiso leve y al inicio del cuadro pueden tener un laboratorio normal.

Estudio endoscópico

La endoscopia es el método diagnóstico fundamental, para el diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal.

Frente a la sospecha de EII la endoscopia debe de incluir la visualización del íleon.

Como mencionamos anteriormente, en la mayoría de los casos de enfermedad de Crohn, el íleon está afectado. Habitualmente en las colonoscopias se llega hasta el ciego porque se está pensando en si tiene o no tiene un cáncer de colon, pero en la Enfermedad de Crohn el problema puede estar en el íleon, al cual se puede llegar por endoscopia. Si no se puede visualizar

La Revista Médica para TODOS los Profesionales de la Salud



- Actualización médica continua
- Todas las especialidades médicas y quirúrgicas
- Escrita por destacados profesionales

Secciones

- Puestas al día
- Opinión de experto
- Estudios clínicos
- Encares terapéuticos
- Actualizaciones diagnósticas
- Actualidad terapéutica

Contáctenos: www.farmanuario.com
tendencias@farmanuario.com

porque la válvula ileocecal es infranqueable se procurará otro método, pero hay que tratar de llegar al íleon para descartar que no haya elementos sospechosos de enfermedad inflamatoria.

Frente a la pregunta si realizamos siempre una ileo-colonoscopía, la respuesta es no. Si el paciente está grave, si es claramente una Colitis ulcerosa, alcanza pedir una rectosigmoidoscopia sin preparación, puesto que en los enfermos de Colitis estará afectado, además para evaluar la severidad. Cuanto más profundas sean las lesiones, más severo será el caso.

La endoscopia permite la toma de biopsias. La histología puede aportar al diagnóstico de EII, descartar diagnósticos diferenciales y complicaciones infecciosas (CMV).

• **Histología**

La histología en la CU se caracteriza por irregularidad de la arquitectura epitelial y de las criptas, infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y la presencia de neutrófilos en la pared de las criptas (*criptitis*) o en su interior (*abscesos de cripta*).

Lo característico en la histología en la EC son los granulomas no caseificantes, aunque estos se ven en un 20-30%. Otros hallazgos sugestivos son la conservación del epitelio, el infiltrado inflamatorio es más exuberante, focal y puede atravesar la lámina propia. Pero en la CU severa no se espera la biopsia, si se tiene la clínica, la paraclínica y si se descarta lo infeccioso y se tiene una endoscopia que es coherente, para comenzar el tratamiento.

• **Imagenología**

¿Cuándo se requieren estudios de imagen?. Contamos con varios estudios imagenológicos. La elección depende de la situación clínica (*CU vs EC*), necesidad de excluir complicaciones que modifiquen el tratamiento, pero también de la disponibilidad de recursos y experiencia y de los efectos adversos de alguno de ellos, como es la exposición a la radiación en el caso de la tomografía.

En un paciente adulto con CU no severa no es necesaria la imagenología, a menos que existan síntomas o dudas diagnósticas.

En caso de CU severa la Rx simple de abdomen es un test diagnóstico simple que aporta elementos para evaluar severidad con impacto en el manejo terapéutico.

Constituyen criterios de severidad para la CU en la Rx simple de abdomen:

- Dilatación colónica (> 5.5 cm)
- Más de un asa delgada visible
- Islotes mucosos.

En los niños, se requiere siempre completar la extensión con endoscopia alta y estudios imagenológicos del delgado, puesto que estos cambian el diagnóstico hasta en un 30%.

En la enfermedad de Crohn, como el paciente puede tener afectado todo el tubo digestivo, se necesita una evaluación completa para poder clasificarlo. A este enfermo se le estudia el intestino delgado con imágenes.

También la imagen es necesaria si se sospechan complicaciones (estenosis, abscesos o fistulas).

La *videocapsula* es una técnica que se reserva para aquellos pacientes con alta sospecha de EC y que los estudios endoscópicos e imagenológicos no muestran lesiones.

Segunda situación: Paciente con diagnóstico de EII

La segunda situación clínica que puede tener el médico es que el paciente que ya tiene el diagnóstico de enfermedad inflamatoria concurre diciendo que comenzó nuevamente con diarrea con sangrado.

Un error común es iniciar tratamiento con corticoides porque al parecer está en empuje, sin haberlo estudiado. Ese enfermo puede tener otra cosa, una sobreinfección o síntomas que no estén vinculados a la inflamación, como por ejemplo intestino irritable.

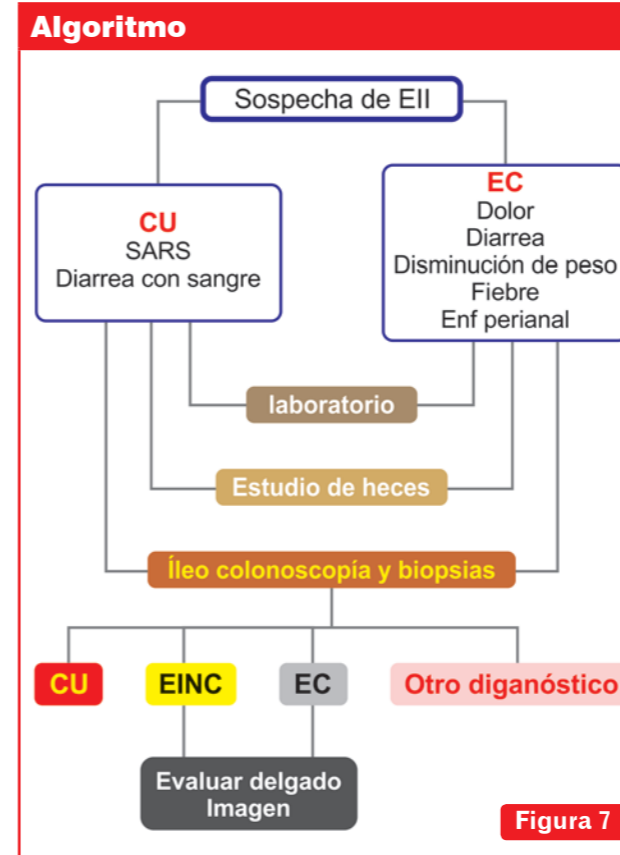
En un paciente que tenga Crohn se puede estar vinculando una recesión ileal con una diarrea por ácidos biliares, entonces no siempre que aparecen síntomas es porque hay inflamación.

No hay más opción que corroborar que los síntomas sean por la inflamación. Nuevamente se debe acudir al laboratorio, al estudio de las heces, descartar si hay infección sobre todo por Clostridium (en cada empuje). Si quedaran dudas, se deberá realizar la endoscopia para ver si los síntomas son por actividad.

Si ya existe diagnóstico de enfermedad inflamatoria y el paciente viene con un cuadro de dolor y síntomas oclusivos o tiene fiebre, entonces se debe de realizar una tomografía para descartar una complicación, sobre todo en una enfermedad de Crohn.

Figura 6

Resumen
Sospecha diagnóstica
1. Edad
2. Características del cuadro clínico
3. AP / AF
✓ Síntomas son insidiosos (15% agudos)
✓ Persistentes > 6 semanas
✓ Intermitentes (Crónicos)



En una Colitis Ulcerosa la radiología simple de abdomen nos puede dar mucha información porque hay criterios de severidad radiológicos que hacen pensar que ese enfermo va a terminar en una cirugía.

En resumen, la *sospecha* es fundamental para el diagnóstico de la EII.

La clínica y la paraclínica además de permitir el diagnóstico permiten diagnosticar el tipo de enfermedad, colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn, su extensión y severidad, lo que permite planificar la estrategia terapéutica (Ver Figuras 6 y 7).

Tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Una vez realizado el diagnóstico el médico debe decidir si el tratamiento se realizará en forma ambulatoria o se requiere internación.

Los criterios de internación se relacionan con la severidad de la afección, para lo que existen parámetros clínicos de laboratorio y endoscópicos.

Los parámetros para decidir la internación y las pautas de tratamiento se desarrollarán en un próximo artículo, complementario del presente.

Recibido: 05/11/2015
Aprobado: 10/11/2015