

ACTUALIZACIONES

Endosonografía: Utilidad en el diagnóstico diferencial de las Enfermedades Inflamatorias Intestinales

Dra. Carmen Gloria Rostion
Cirujano Infantil, Servicio Cirugía Infantil Hospital Roberto del Río y
Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Introducción

En la enfermedad inflamatoria crónica intestinal los diagnósticos diferenciales principales son la Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerativa (CU) los que revisten, a veces, gran dificultad para ser clasificados. Así, un 10 – 20% de los casos sometidos a ileocolonoscopía con biopsia y Rx son calificados como colitis indeterminada.

La endosonografía ha sido utilizada con éxito en variadas patologías y ha mostrado una buena correlación con la anatomía y anatomía patológica de estas enfermedades. Sería lógico pensar entonces que también lo será en el caso de CU y EC. (1-2).

Han sido varios los autores que han tratado de individualizar características endosonográficas propias de la UC y EC. (3-4).

Por ejemplo, se ha asociado engrosamiento y distensibilidad de la pared intestinal con CU y presencia de trayecto fistuloso con EC. Aunque los trabajos publicados, no permiten una pronunciación definitiva presentamos en este artículo algunos conceptos que puedan ser orientadores de la utilidad de la EUS en el diagnóstico diferencial de EII.

Alteraciones de la estructura de la pared rectal

Los hallazgos observados en estudios por Shimizu y cols. (5) y por Cho y cols. (6) demuestran que bajo visión endosonográfica la primera, tercera y cuarta capas de la pared intestinal estarían engrosadas y menos ecoicas, con defectos o pérdida completa de la segunda capa, la que podría también ser menos ecoica, con presencia de linfonodos patológicos. Un estudio de Gast demuestra la

posibilidad de diferenciar entre CU y EC usando EUS, ya que refiere que el número de linfonodos es considerablemente mayor en CU que en EC y que los vasos sanguíneos son significativamente más grandes en la mucosa rectal de pacientes con EC (7).

En relación a la estructura de la pared, Gast, visualiza un engrosamiento de todas las capas con la conservación de las mismas tanto en CU con en EC. Hildebrandt y cols., en cambio, reportan que la pérdida de capas sugieren EC y la estructura conservada con engrosamiento de toda la pared sugiere CU. (4).

Los estudios que comparan los aspectos endosonográficos de la pared rectal en la EC aguda o en remisión son escasos. Un único autor observa que el espesor de la pared no varía después de que desaparecen las lesiones endoscópicas visibles. En otros estudios, en cambio se reporta una disminución significativa del engrosamiento total de la pared desde la actividad a la remisión de la enfermedad. La EUS rectal podría entonces ser un método objetivo y cuantitativo de investigar la remisión en EC. (7).

Relación EUS con anatomía patológica

Parece razonable analizar lo expuesto, enfrentando los hallazgos endosonográficos con las características histológicas de las enfermedades inflamatorias intestinales.

Desde el punto de vista del patólogo la EC es una enfermedad transmural, con engrosamiento de la mucosa y submucosa, fibrosis de la serosa o grasa perirrectal y ulceraciones profundas de la pared, algunas veces a través de la muscularis propia y serosa, lo que sería compatible con el

aumento del tamaño de los vasos en la submucosa.

Wakefield (8) usando angiografía microscópica observó la presencia de vasos de neoformación muy dilatados. Estas anomalías vasculares han sido corroboradas en forma adecuada en los materiales de colectomías.

En contraste a la EC, la CU en los casos no fulminantes, es limitada a la mucosa, y la submucosa está normal o disminuida de grosor en los reportes de biopsia. Las ulceraciones son generalmente superficiales y frecuentemente se ven linfonodos inflamatorios. Sin embargo, existe evidencia en estudios con EUS de que, al igual que en la EC, en la CU hay engrosamiento de la pared y engrosamiento de la submucosa, lo que iría en contra del clásico concepto de que la CU se localiza sólo en la mucosa. (9).

Hildebrandt propone la siguiente explicación física: las lesiones mucosas podrían permitir al transductor de EUS penetrar dentro de las capas más profundas de la pared dando como resultado una sobrestimación de su espesor. (4).

La persistencia de lesiones endoscópicas en EC en remisión es un problema ya que impide apreciar el efecto de la terapia objetivamente. Esto lleva a estar permanentemente buscando una mejor y más objetiva manera de detectar signos de remisión.

Van Outryve en un trabajo realizado en 19 pacientes, cuyo estudio endoscópico era normal, encontró que 38% de los pacientes presentaban alteraciones al examen endosonográfico, sugerentes de EII. (10).

Durante la evaluación de la EC quiescente emerge otro hecho importante: los hallazgos endosonográficos específicos de EC, como el engrosamiento de los vasos de neoformación, persisten en remisión. Esto podría ser decisivo para el diagnóstico en caso de una colitis crónica indeterminada vista en una fase más o menos quiescente, ya que el hallazgo de vasos de neoformación sugeriría en que se trata más bien de una EC. (7 – 10)

Los autores que han estudiado los hallazgos de la EUS en la pared rectal en fase

aguda o quiescente de la CU son pocos y sus conclusiones divergen. Algunos refieren una normalización de la hipocogenicidad de la mucosa y submucosa en remisión y otros reportan la persistencia de los linfonodos vistos en la fase aguda. El estudio de Gast ha mostrado una significativa disminución en el número de linfonodos en la etapa de remisión de la enfermedad y una disminución no significativa en el engrosamiento total de la pared.

Conclusiones

Los estudios sugieren que los hallazgos específicos EUS para colitis ulcerosa y EC han demostrado ser útiles para el diagnóstico diferencial y la EUS puede ser considerada como un método diagnóstico, mínimamente invasivo y bien tolerado para diferenciar CU y EC tanto en el período agudo como quiescente. Si bien, el grosor total de la pared está aumentado tanto en la colitis ulcerosa (CU) como en la enfermedad de Crohn (EC), los linfonodos perirrectales, independientemente de su tamaño, parecen ser característicos de colitis ulcerosa, y la presencia de un mayor número de vasos dilatados y aumentados se asociaría a EC aguda.

Referencias

1. Rosca T. Endoscopia ultrasonography. *Endoscopy* 1992; 24: 144-53.
2. Clinical applications of endoscopic ultrasonography in gastroenterology. State of the art 1993. Results of a consensus conference, Orlando, Florida, 19.01.93. *Endoscopy* 1993; 25: 358-66.
3. Van Outryve MJ, Michielsen PP, Pelckmans PA, et al. Anorectal sonography in Crohn's disease. *Gastroenterology* 1990; 98: A 209.
4. Hildebrandt U, Kraus J, Ecker KW, et al. Endosonographic differentiation of mucosal and transmural non-specific inflammatory bowel disease. *Endoscopy* 1992; 24 (suppl. 1): 359-63.
5. Shimizu S, Tada M, Kawai K. Value of endoscopic ultrasonography in the assessment of inflammatory bowel

- disease. *Endoscopy* 1992; 24 (suppl. 1): 354-8.
6. Cho E, Yasuda K, Nakajima M. Endoscopic ultrasonography (EUS) in the diagnosis of ulcerative colitis. *Gastroenterology* 1990; 98: A 164.
 7. Gast P. Rectal endosonography in inflammatory bowel disease: differential diagnosis and prediction of remission. *Endoscopy* 1999; 31: 158-167.
 8. Wakefield AJ, Dhillon AP, et al. Pathogenesis of Crohn's disease: multifocal gastrointestinal infarction. *Lancet* 1989; II: 1057-62.
 9. Wakefield AJ, Sankey EA, Dhillon AP, et al. Granulomatous vasculitis in Crohn's disease. *Gastroenterology* 1991; 100: 1279-87.
 10. Van Outryve MJ, Pelckmans PA, Michielsen PP, et al. Value of transrectal ultrasonography in Crohn's disease. *Gastroenterology* 1991; 101: 1171-7.