

# Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI)

## MESA 2. Diagnóstico. Imagen

**Coordinador:** Dr. Victoriano Sáenz-Félix

**Participantes:** Dr. Fernando Bernal-Sahagún, Dr. Antonio de la Torre-Bravo, Dr. Jorge Borbolla-Salas, Dr. Louis de Giau-Triulzi, Dr. Eugenio Miranda-García, Dr. Francisco Valdovinos-Andraca

### UTILIDAD DE LOS MÉTODOS RADIOLÓGICOS CONVENCIONALES

Las placas simples de abdomen sólo tienen utilidad en la enfermedad grave, megacolon tóxico o perforación porque muestran dilatación del colon, aire libre en la cavidad abdominal y datos indirectos del estado de la mucosa. La telerradiografía del tórax complementa la búsqueda de perforación.

El colon por enema con doble contraste puede ser útil para el diagnóstico de CUCI cuando no hay disponibilidad de la endoscopia, pero está contraindicado en enfermedad activa o grave. Permite observar los cambios de la mucosa como pérdida de las haustra, úlceras, rigidez, estrechamiento o tumores. *Nivel 4. Recomendación C.*

### LA IMAGEN ENDOSCÓPICA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. ¿CON LA IMAGEN ENDOSCÓPICA SE PUEDE ASEGURAR QUE ES CUCI? ¿CUÁNDO INDICAR UNA COLONOSCOPIA? ¿BASTA LA RECTOSIGMOIDOSCOPIA?

La colonoscopia con toma de biopsia y exploración del íleon terminal y con biopsia es el mejor procedimiento para el diagnóstico de CUCI porque permite ver los cambios de la mucosa, valorar la actividad, medir la extensión, la respuesta al tratamiento, la detección de displasia y cáncer, hacer dilatación de estenosis y el diagnóstico diferencial con enfermedad de Crohn y otras colitis. Está indicada siempre que se sospecha enfermedad inflamatoria del colon y cuando exista colon por enema con cambios sugerentes de la enfermedad. Está contraindicada cuando hay actividad grave, megacolon tóxico o perforación.

La imagen endoscópica tiene un espectro amplio en el que se combinan los hallazgos siguientes:

1. Pérdida del patrón vascular
2. Granularidad
3. Úlceras
4. Pseudopólipos
5. Estenosis

En la mayoría de los casos está afectado el recto, involucra toda la circunferencia, no deja zonas indemnes intermedias, es de predominio distal, la transición con mucosa sana es gradual y puede afectar todo el colon.<sup>1</sup>

Sin embargo, con sólo la imagen endoscópica no se puede asegurar que es CUCI porque los hallazgos son compartidos con otras enfermedades, por lo que deben interpretarse junto con el cuadro clínico y la biopsia.

La rectosigmoidoscopia es útil como estudio inicial por su sencillez y para el diagnóstico diferencial con padecimientos agudos o limitados al recto por lo que sí basta para un grupo de pacientes, pero cuando se requiere más información debe utilizarse la colonoscopia. También es útil cuando la colonoscopia tiene riesgos. *Nivel 4. Recomendación C.*

### UTILIDAD DE LA IMAGEN HISTOLÓGICA: DATOS PATOGNOMÓNICOS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La imagen histológica es muy importante para el diagnóstico de CUCI, pero la respuesta limitada del colon a cualquier agresión con un proceso inflamatorio inespecífico impide la existencia de datos patognomónicos. Los hallazgos histológicos más frecuentes son:<sup>2</sup>

1. Alteración de la arquitectura de las criptas
2. Criptitis
3. Microabscesos en las criptas
4. Úlceras
5. Metaplasia de las células de Paneth

**CUADRO 1**  
**PUNTUACIÓN**

|                              | 0      | 1                                      | 2   | 3                                     |
|------------------------------|--------|--|---|---------------------------------------|
| Frecuencia de deposiciones   | Normal | 1-2 deposiciones /día más de lo normal | 3-4 deposiciones/día más de lo normal     | > 5 deposiciones/día más de lo normal |
| Hemorragia rectal            | Nunca  | Deposición con restos de sangre        | La mayoría de las deposiciones con sangre | Sólo sangre                           |
| Aspecto de la mucosa         | Normal | Friable                                | Eritema, pérdida del patrón vascular      | Exudativa, sangrado espontáneo        |
| Valoración global del médico | Normal | Leve                                   | Moderada                                  | Severa                                |

Máximo 12 puntos.

La principal dificultad en el diagnóstico diferencial es con la enfermedad de Crohn, la cual tiene microabscesos intraepiteliales, pero sólo en un porcentaje limitado en las biopsias endoscópicas y pueden estar en otras enfermedades. **Nivel 4. Recomendación C.**

#### **¿QUÉ SE HACE CON EL ENFERMO CON UN CUADRO CLÍNICO COMPATIBLE CON IMAGEN ENDOSCÓPICA SUGERENTE Y BIOPSIA NEGATIVA? ¿ES CUCI?**

Se deben revisar las biopsias por otro patólogo y si persiste la negatividad, debe efectuarse nueva colonoscopia con toma de biopsias suficientes. **Nivel 4 recomendación C.**

#### **CLASIFICACIÓN CLÍNICO-ENDOSCÓPICA: ¿CUÁL Y PARA QUÉ?**

Hay diversas clasificaciones de la CUCI, sin embargo la de la Clínica Mayo es la que más uso ha tenido. La utilidad de la clasificación es la de un lenguaje co-

mún para comparar las diferentes etapas clínicas, su actividad, su expresión endoscópica, la evaluación de los diferentes tratamientos y el pronóstico. Se considera como una respuesta a tratamiento la disminución de más de dos puntos de la evaluación previa y se considera que un paciente se encuentra en remisión clínica cuando tiene menos de tres puntos.<sup>3</sup> **Nivel 4. Recomendación C.**

Nota de aclaración: Se cambió el término “Clasificación endoscópica” por la de “clínico-endoscópica” porque no hay una clasificación puramente endoscópica, de común acuerdo con todas las mesas.

#### **REFERENCIAS**

1. Leighton JA, Shen B, Baron TH, et al. ASGE guideline: endoscopy in the diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease. *Gastrointest Endosc* 2006; 63: 558-65.
2. Yantiss RK, Odse RD. Pitfalls in the interpretation of nonneoplastic mucosal biopsies in inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 2007; 102: 890-904.
3. Rutgeerts P, Sandborn WJ, Feagan BG, et al. Infliximab for induction and maintenance therapy for ulcerative colitis. *N Engl J Med* 2005; 353: 2462-76. (Muestra y valida el uso de la Clasificación de la Clínica Mayo).