

## **MESA DE CONSENSO: PAPEL DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.**

**Moderador: Jaume Boix Valverde (Hospital Universitario de Badalona. Germans Trias i Pujol. Barcelona)**

**Ponentes:**

**Dr. Miguel Angel Gassull Duró. Presidente de la ECCO (European Crohn and Colitis Organization. Barcelona).**

**Dr. Fernando Alberca de las Parras (Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.Murcia).**

**Dr. Pedro Menchén Fernández-Pacheco (Hospital Universitario Gregorio Marañón.Madrid)**

**Dr. Rafael Alós (Hospital de Sagunto. Valencia)**

### **INTRODUCCION**

**La endoscopia es, tanto en su modalidad diagnóstica como terapéutica de gran ayuda para el manejo de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (e.i.i), útil en la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa. Sirve tanto en el diagnóstico inicial de e.i.i., distingue entre la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa (diagnóstico diferencial), permite un diagnóstico de extensión , actividad y severidad de la enfermedad. Monitoriza la respuesta a tratamientos, permite la vigilancia de aparición de displasia/neoplasia, e incluso en algunos casos permite un tratamiento endoscópico de las estenosis, mediante la dilatación de estenosis.**

### **INDICACIONES CLINICAS DE ENDOSCOPIA**

**Desde el punto de vista del clínico, la endoscopia digestiva, está indicada en el estudio de pacientes con: diarrea crónica, diarrea sanguinolenta, dolor abdominal, rectorragia, rectorragia con cambio del ritmo deposicional, fiebre o afectación del estado general, sospecha de fístula intestinal, y ante cualquier sospecha de e.i.i.**

**La endoscopia se debe limitar o postponer en las formas muy severas de la enfermedad, una vez ya se halla establecido el diagnóstico de e.i.i. Está contraindicada cuando existe un megacolon tóxico.**

### **COLONOSCOPIA CON ILEOSCOPIA**

**La colonoscopia con ileoscopia, nos permite la visión directa con tomas de biopsia de la mucosa de recto, colon e íleon terminal. Esta exploración es la aconsejable en la evaluación inicial de los pacientes con clínica sospechosa de e.i.i. Dado que tanto**

los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) como las preparaciones del intestino a base de fosfato sódico, pueden producir cambios en la mucosa que se parezcan a las manifestaciones endoscópicas de la e.i.i., estos no se deben utilizar antes de realizar esta primera endoscopia.

Existen otro tipo de colitis de otras etiologías que se pueden asemejar a la e.i.i, tales como: colitis infecciosas, colitis inducidas por fármacos, colitis isquémica, colitis por derivación y colitis actínica. La endoscopia se debe utilizar para realizar el diagnóstico diferencial apoyado en la anatomía patológica, si bien su utilidad es limitada.

La endoscopia si que es muy útil en el diagnóstico de e.i.i., para diferenciar entre enfermedad de Crohn(EC) y colitis ulcerosa(CU). Los hallazgos más específicos para esta diferenciación son la afectación segmentaria parcheada(EC) y la afectación rectal(CU), las cuales pueden ser falseadas en el caso de haber iniciado el tratamiento antes del diagnóstico o al utilizar tratamientos por vía rectal. Otros hallazgos como la afectación del íleon o la enfermedad anal o perianal, las úlceras aftoides, serpinginosas o en “sacabocado” son más propios de la enfermedad de Crohn.

La ileoscopia es de utilidad en distinguir entre una ileitis por enfermedad de Crohn, de una *backwash ileitis* por afectación retrograda que puede aparecer hasta en un 10% de pancolitis por colitis ulcerosa. A favor de la enfermedad de Crohn está la afectación tanto ulcerosa como estenótica del ileón y de la válvula ileocecal.

En la colitis ulcerosa es típica la afectación en continuidad desde el recto hasta el último tramo afecto, con la excepción de formas aisladas de afectación periapendicular que se han descrito recientemente, tanto aislados como en el contexto de una rectitis ulcerosa.

La endoscopia con biopsia permite el diagnóstico definitivo entre enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa en algo más del 89% de casos. Durante el seguimiento evolutivo se puede modificar el diagnóstico en un 4% de casos y en un 7% no se puede definir un diagnóstico y quedan como colitis indeterminadas.

La toma de biopsias debemos realizarla tanto de las lesiones como de la zona adyacente a las mismas, así como en diferentes segmentos de recto, colon e íleon; se deben guardar en botes por separado debidamente etiquetados. Para conocer la extensión de la enfermedad es preciso la toma de biopsias de los segmentos presuntamente sanos, dado que el criterio anatomopatológico de afectación por inflamación, es superior al criterio endoscópico.

La endoscopia es una herramienta objetiva para valorar la actividad de la e.i.i.. No existe demasiada correlación entre los índices de actividad que incluyen parámetros clínicos y el grado endoscópico de severidad inflamatoria, sobre todo en las afecciones leves, o de remisión clínica, especialmente en la enfermedad de Crohn. Por ello, la endoscopia puede ser útil como factor pronóstico para intensificar el tratamiento farmacológico, o incluso quirúrgico. Con la aparición de nuevos tratamientos inmunomoduladores o biológicos, la objetividad de los hallazgos endoscópicos, es muy útil para evaluar la respuesta a estos tratamientos.

## **SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE**

Es útil en el estudio inicial de todo paciente que acude de urgencias por rectorragia, dado que permite descartar la colitis ulcerosa. No obstante aunque se encuentren hallazgos que puedan justificar el origen de la rectorragia, no debemos limitarnos a ella y posteriormente y tras la adecuada preparación se debe realizar una colonoscopia.

También puede ser utilizada para la obtención de biopsias al objeto de descartar una sobreinfección por citomegalovirus o por clostridium difficile, así como para evaluar la respuesta al tratamiento. En estos últimos casos probablemente sea útil su realización con escasa o nula preparación.

## **ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA O ENDOSCOPIA ALTA**

La enfermedad de Crohn puede afectar a todo el tracto digestivo y por ello también al esófago, estómago y duodeno, hasta en un 13 %. Por otra parte la frecuencia de obtención de biopsias positivas para granulomas es superior en las biopsias obtenidas en el duodeno cuando este es patológico. No obstante la practica de una endoscopia alta no se debe generalizar en los pacientes con e.i.i., salvo en casos de colitis indeterminadas o ante la sospecha clínica de afectación duodenal en la enfermedad de Crohn.

La endoscopia alta también está indicada cuando se deben descartar otras entidades concomitantes: enfermedad celíaca, enteritis eosinofílica, inmunodeficiencia común variable y neoplasia del intestino delgado. Ante la sospecha de una estenosis duodenal también está indicada para su estudio y tratamiento mediante dilataciones neumáticas con balón.

## **ENTEROSCOPIA**

Su uso se limita a los pacientes diagnosticados de afectación en intestino delgado por otros medios diagnósticos (cápsula endoscópica, tomografía computerizada, tránsito intestinal, etc) que precisa corroboración histológica o intervención terapéutica. Actualmente con la enteroscopia de doble balón, se puede explorar proximalmente introduciendo el enteroscopio por boca y explorar hasta el ileón; o explorar distalmente a través del ano y realizar así una detallada exploración del ileón. Tanto la enteroscopia convencional como la de doble balón permiten la obtención de biopsias y la práctica de procedimientos terapéuticos (polipectomía, dilataciones, coagulación, inyección de sustancias, etc.).

## **CAPSULA ENDOSCOPICA**

La cápsula endoscópica nos permite la visualización del intestino delgado pudiendo apreciar pequeñas lesiones erosivas o ulceradas, difíciles de diagnosticar por otros medios de diagnóstico por la imagen.

Puede ser de gran utilidad en fases iniciales de enfermedad de Crohn con lesiones mínimas, para detectar recurrencias de la enfermedad, extensión de la misma,

**respuesta al tratamiento y para el diagnóstico diferencial entre enfermedad de Crohn y colitis indeterminada.**

**La mayor limitación del uso de la cápsula endoscópica en la e.i.i., lo representa la retención de la cápsula por una reducción de calibre de la luz o estenosis. Cuando por la clínica del paciente se sospecha la posibilidad de una estenosis, se debe realizar un estudio radiológico baritado previo a la exploración con cápsula. No obstante en un 22% pueden existir estenosis asintomáticas.**

**Las pequeñas lesiones erosivas o ulceradas visualizadas mediante cápsula endoscópica en yeyuno e íleon, no son específicas de la enfermedad de Crohn y también se pueden visualizar en pacientes con: infecciones intestinales, isquemia, enteritis postradiación, enteropatía por fármacos (cloruro potásico, AINEs, etc). También en un 14% de estas lesiones se trata de individuos sanos con rupturas inespecíficas de la mucosa visibles mediante la cápsula endoscópica.**

## **ULTRASONOGRAFIA ENDOSCOPICA**

**Existen tres modalidades: ultrasonografía transperineal con sonda rígida, ultrasonografía endoscópica convencional y ultrasonografía endoscópica mediante minisondas. La más utilizada para la evaluación de la e.i.i., es la ultrasonografía transperineal, que permite el estudio de la patología perineal en la enfermedad de Crohn, de las fístulas y abscesos perianales.**

**La ultrasonografía permite también conocer el grosor de la pared del recto y colon y monitorizar la evolución de la afectación transmural de la enfermedad, aunque no está claro aun su valor real en esta indicación.**

## **ENDOSCOPIA EN PACIENTES INTERVENIDOS POR E.I.I.**

### **Endoscopia en bolsas o reservorios ileales**

**Las colectomías con resecciones de la mucosa rectal, son la técnica quirúrgica habitual en la colitis ulcerosa, practicándose un reservorio o bolsa con asas de ileón. Esta cirugía es compleja y no exenta de complicaciones inmediatas tales como el fallo de sutura y absceso, y tardías como las complicaciones inflamatorias y no inflamatorias. La reservoritis (“pouchitis, bursitis”) es una de las complicaciones en que la endoscopia es fundamental para su diagnóstico y corroboración con la toma de biopsias. La endoscopia se puede realizar con endoscopios de pequeño diámetro, para facilitar el paso en caso de estenosis. Se debe realizar el diagnóstico diferencial con las siguientes entidades: enfermedad de Crohn que afecta al reservorio, estenosis del reservorio, síndrome del reservorio irritable.**

### **Colonoscopia tras colectomía parcial o ileocolectomía**

**Tras cirugía por enfermedad de Crohn, la recurrencia de la enfermedad es más habitual en la anastomosis ileocólica y en ileón terminal. Hallazgos endoscópicos propios de recurrencia se pueden encontrar hasta en un 70-90% al año de la cirugía. Lo habitual es encontrar anomalías endoscópicas en ausencia de clínica. Es aconsejable el estudio endoscópico de la anastomosis y del neoleón terminal**

entre los 6 y 12 meses de la resección para identificar precozmente a los pacientes de riesgo y para hacer un tratamiento inmediato.

### **COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETROGRADA ENDOSCOPICA EN COLANGITIS ESCLEROSANTE**

La exploración mediante CPRE de los pacientes con colitis ulcerosa y sospecha de colangitis esclerosante se debe realizar previa colangioresonancia magnética, cuando existan dudas diagnósticas. También en el diagnóstico diferencial con el colangiocarcinoma y cuando exista una estenosis importante para descartar malignización de la misma y para evaluar un posible tratamiento endoscópico mediante dilatación y/o prótesis.

### **VIGILANCIA DEL CANCER / DISPLASIA**

Los pacientes con colitis ulcerosa de larga evolución o formas extensas de enfermedad de Crohn, tienen mayor riesgo de desarrollar displasia y cáncer colorrectal (CCR) y se les debe someter a controles endoscópicos periódicos. Tienen también un mayor riesgo de CCR las colitis de inicio en la juventud, formas de inicio severas y extensas, historia familiar de CCR, presencia de *backwash ileitis* y antecedentes personales de colangitis esclerosante.

Los controles endoscópicos en estos pacientes se deben iniciar:

- .a los 8 años del inicio de la enfermedad en las colitis extensas
- .a los 15 años del inicio en las colitis izquierdas
- .desde el momento del diagnóstico si se asocia a colangitis esclerosante primaria.

Se deben realizar los controles según la siguiente pauta:

- .cada tres años durante los primeros diez años
- .cada dos años los 10 años siguientes
- .anualmente en adelante
- .los pacientes con colangitis esclerosante primaria el seguimiento será anual desde el principio.

Se deben practicar biopsias escalonadas en los cuatro cuadrantes de cada segmento de 10 cms de longitud del colon, con la toma de al menos unas 32 biopsias por exploración. En caso de pacientes en los que el colon no se encuentra todo afecto, se deben limitar las biopsias a las zonas anteriormente afectadas por la enfermedad. En caso de biopsia positiva para displasia, este diagnóstico debe ser corroborado por un segundo patólogo.

Debemos biopsiar todo cambio de coloración o rugosidad de la mucosa que destaque y resalte del resto de la mucosa, al objeto de diagnosticar DALM (displasia asociada a masa o lesión), así como toda prominencia de la mucosa. Debemos biopsiar las estenosis y cualquier anomalía macroscópica aparte de los pseudopólipos.

Los adenomas con morfología de pólipo deben tratarse mediante polipectomía como cualquier pólipo. La toma de biopsias de la zona de alrededor del pólipo se debe realizar para descartar la presencia de displasia. Para los adenomas polipoideos sin displasia a su alrededor, se considera suficiente la polipectomía como único tratamiento. Caso de aparecer displasia plana en su vecindad o en otros lugares, es aconsejable la colectomía.

La presencia de displasia de alto grado o displasia de bajo grado multifocal son indicación de colectomía profiláctica.

Se están evaluando nuevos procedimientos endoscópicos como la endoscopia de alta definición y el *Narrow –Band imaging* (NBI) como métodos que puedan detectar con mayor facilidad la displasia y las pequeñas lesiones planas.

La cromoendoscopia. Es un método auxiliar de gran ayuda, pero no existe en la actualidad unanimidad respecto a que su uso sea imprescindible u obligatorio en el control de estos pacientes.

## EVALUACION DE ESTENOSIS Y DILATACION

Las estenosis del colon son más frecuentes en la enfermedad de Crohn, pero también pueden estar presentes en la colitis ulcerosa. En la enfermedad de Crohn son más frecuentes en la válvula ileocecal, ileón terminal y en las anastómosis quirúrgicas ileocólicas, pueden ser asintomáticas. Cuando son responsables de clínica, deben ser exploradas endoscópicamente con toma de biopsias para excluir la malignización, sobre todo en las estenosis de la colitis ulcerosa. Las estenosis sintomáticas pueden tratarse endoscópicamente mediante dilatación con balones neumáticos de diferentes calibres, que se pasan a través del canal de biopsia de los colonoscopios y permiten la práctica de la dilatación bajo control visual endoscópico, pudiendo prescindir del control radiológico. La toma de biopsias obtiene mayores resultados cuando se realiza tras la dilatación de la estenosis.

La dilatación se puede repetir hasta obtener una mejoría clínica con desaparición de la sintomatología obstructiva. Ocasionalmente se puede inyectar corticoides depot mediante inyección endoscópica en la estenosis, para mejorar el resultado de la dilatación o hacerlo más duradero. Las dilataciones endoscópicas de las estenosis intestinales se pueden complicar en forma de sangrado o perforación.

## BIBLIOGRAFIA

1. ASGE guideline: endoscopy in the diagnosis and treatment of Inflammatory bowel disease. *Gastrointest Endosc* 2006;63:558-565
2. ASGE. The role of colonoscopy in the management of patients With inflammatory bowel disease. *Gastrointest Endosc* 1998; 48:689-690.
3. Mpofu C, Watson AJ, Rhodes JM. Estrategias para la detección de Cáncer y displasia de colon en pacientes con enfermedad inflamatoria Intestinal. *Biblioteca Cochrane Plus*; 2006, Num. 1.

