

Enteritis regional (enfermedad de Crohn)

Dr. HECTOR J. POLLERO *

Localización posible en todo el tubo digestivo, pero 90 % corresponden a la última asa ileal.

Durante la evolución de esta enfermedad se pueden considerar tres etapas: 1) período de comienzo correspondiendo a una enteritis folicular con adenolinfangitis (forma aguda, presumiblemente reversible); 2) el período de estado que se caracteriza por la aparición del tejido fibroso (estenosis y retracciones); y finalmente 3) la etapa de las complicaciones: cuadros suboclusivos y oclusivos, supuración con formación de abscesos y fístulas diversas.

RADIOLOGIA

Comenzaremos por su frecuencia por los signos radiológicos del Crohn en el delgado para luego referirnos a las otras localizaciones menos frecuentes.

Durante nuestra disertación presentamos algunos ejemplos correspondientes a la colección de diapositivos del Prof. Cherigie, cuya publicación no está autorizada. Algunos de los casos estudiados por nosotros serán presentados por los colegas con quienes compartimos el tema.

Signos de comienzo.

Esta etapa se caracteriza, como digimos, por la hipertrofia de las placas de Peyer y de los folículos apareciendo en el estudio radiológico el asa comprometida engrosada, hipotónica, con múltiples islotes claros que le dan un aspecto empedrado característico.

Posteriormente el relleno del asa es más difícil: es hipertónica, intolerante, evacuándose rápidamente y quedando solamente depositadas pequeñas cantidades de bario.

En esta etapa de comienzo el aspecto radiológico, como se pudo apreciar, es bastante semejante a otras afecciones, por ejemplo: las ileítis que se observan en las eruptivas. Es decir, que en esta etapa so-

lamente se puede sospechar la existencia de la enteritis regional, pero será necesario confirmarla con la evolución.

Período de estado.

En esta etapa los signos son típicos y el delgado terminal por efecto de la fibrosis se ha transformado en un desfiladero inextensible que Kantor ha descrito como *signo de la cuerda (string sign)*. Un carácter radiológicamente esencial es la transición brusca con el intestino sano, traduciendo el aspecto segmentario de la lesión.

En un período más avanzado la presencia de ganglios y la mesenteritis asociada provocan acolamiento de las asas y perivisceritis. Este aspecto se ve muy bien en uno de los casos que estudiamos y que presentará el Dr. Pavlotzky.

Recidivas.

La lesión muy frecuentemente se reproduce a nivel del asa anastomosada con características similares a las que hemos descrito.

Fuera del íleon se han encontrado localizaciones en esófago, estómago, duodeno y colon, siendo esta última aparentemente más frecuente.

Como localización esofágica Legge y col. presentan un caso de una gruesa ulceración de la mitad inferior del esófago con diagnóstico efectuado por biopsia; este caso presentaba además otra localización en el colon.

La localización gástrica muestra generalmente un estrechamiento distal a nivel del antro y del píloro con pérdida del relieve normal y en algunas de las oportunidades aspecto nodular de la mucosa. El diagnóstico diferencial habitualmente se plantea con las formas infiltrantes del cáncer gástrico. En aquellos casos que la lesión se extiende al duodeno es posible sospechar la existencia del Crohn.

La localización duodenal no difiere de lo que ya mencionamos cuando nos referimos a la última asa ileal.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 27 de octubre de 1970.

* Profesor Adjunto de Radiología (Facultad de Medicina de Montevideo).

La localización en el colon se caracteriza por ser discontinua, con una delimitación muy nítida entre las zonas afectadas y las sanas.

En los casos evolucionados el segmento afectado está transformado en un tubo rígido, con desaparición de las haustras y presentando en los contornos escotaduras separadas por espículas. El relieve normal desaparece para ser sustituido por una imagen que los autores sajones gráficamente denominan empedrado (*cobblestone*) y que corresponde a la visualización de frente de la imagen marginal.

En algunas ocasiones el enema opaco puede poner de manifiesto la existencia de fístulas.

En los casos menos avanzados las lesiones pueden ser muy limitadas y no circunferenciales. Durante el examen el colon puede distenderse algo, los tabiques entre las haustras están espesados, existen algunas lagunas marginales y la contractilidad está conservada o mismo aumentada. Las lesiones en este período pueden sufrir una evidente regresión con el tratamiento.

El diagnóstico diferencial hay que hacerlo fundamentalmente con la colitis ulcerosa crónica, con la que muy frecuentemente se le confunde, ya que a pesar de las diferencias que señalan diferentes autores, esta diferenciación puede ser muy difícil.

Las formas muy localizadas pueden ser imposibles de diferenciar del cáncer de colon.

Las localizaciones sigmoideas pueden plantear problemas diagnósticos con las sigmoiditis diverticulares.

En nuestro medio no se han efectuado estudios vasculares. Aquellos autores que se han ocupado del tema, los realizan mediante arteriografías mesentéricas selectivas encontrando como hecho fundamental aumento del calibre arterial, pero concluyendo (Erikson y col.) que no es posible efectuar un diagnóstico diferencial definitivo entre la enfermedad de Crohn y la C.U.C.

Probablemente los estudios contrastados vasculares serán de utilidad para delimitar la extensión lesional.

RESUMEN

Se describen brevemente las principales características radiológicas de la enfermedad de Crohn en sus distintas localizaciones en el tubo digestivo y algunos de los posibles diagnósticos diferenciales que pueden plantearse.

RÉSUMÉ

Brève description des principales caractéristiques radiologiques de la maladie de Crohn dans ses différentes localisations dans le tube digestif et des possibilités de diagnostics différentiels qui peuvent se présenter.

SUMMARY

The paper contains a brief description of the main radiologic characteristics of Crohn's disease in its different localizations in the digestive tube and some of the possible differential diagnosis.

BIBLIOGRAFIA

1. BOCKUS, H. L. *Gastroenterología*. Salvat. Segunda edición, p. 233, 1968.
2. CHERIGIE, E., HILLEMAND, P., PROUX, Ch. et BOURDON, R. L'intestin grele normal et pathologique. *Expansion scientifique française*, 1957.
3. COHEN, W. N. and DENBESTEN, L. Crohn's disease with predominant involvement of the appendix. *Am. J. Roentgenol.*, 110: 361, 1970.
4. CROHN, B. B. Granulomatous disease of the colon. 7^o *Congress Internat. Gastroenterol.* Bruxelles, p. 444, 1964.
5. ERIKSON, U., FAGERBERG, S., KRAUSE, U. and OLDING, L. Angiographic studies in Crohn's disease and ulcerative colitis. *Am. J. Roentgenol.*, 110: 385, 1970.
6. GEFFOY, Y., LAMONIER, R., BOURRELLE, J., SEGRESTIN, M., FONDIMARE, A., HERNANDEZ, Cl., FABLET, J. et CAYRON, G. La maladie de Crohn du colon. *Arch. Mal. App. Dig.*, 56: 1037, 1967.
7. HAW, A. W. and TURNBULL, R. B. Primary ulcerative disease of the colon. *Gastroenterology*, 51: 802, 1966.
8. LEGGE, D., CARLSON, H. C. and JUDD, E. S. Roentgenologic features of regional enteritis of the upper gastrointestinal tract. *Am. J. Roentgenol.*, 110: 355, 1970.
9. MORSON, B. C. Panel discussion. *Gastroenterology*, 51: 805, 1966.
10. VANDENBROUCKE, J., BODART, P., DIVE, C., LENS, E. et VANTRAPPEN, G. L'iléo-colite granulomateuse. Etude clinique et radiologique. 7^o *Congress Internat. Gastroenterol.* Bruxelles, p. 425, 1964.
11. VIGUIE, R., ROBERTI, A., AURIOL, M. et SEE, I. Colite ulcéreuse aigüe. Etude clinique, radiologique et anatomo-pathologique de 3 observations. *Sem. Hop. Paris*, 20: 1199, 1965.
12. VIVIER, G., MOUKTAR, M., BESSOT, M. et PIERSON, B. La colite granulomateuse ou maladie de Crohn du colon. *Ann. Radiol.*, 11: 75, 1968.
13. WOLF, B. S. and MARSHAK, R. H. Granulomatous colitis (Crohn disease of the colon). Roentgen findings. *Am. J. Roentgenol.*, 88: 662, 1962.
14. YARNIS, H. and GROHN, B. B. Segmental (ulcerative) colitis. *Gastroenterology*, 38: 721, 1960.