Clase magistral: Colonoscopia en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Autor: Dr. Óscar Nantes Castillejo. Unidad de EII. Complejo Hospitalario de Navarra

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) agrupa una serie de trastornos de etiología parcialmente conocida (enfermedad de Crohn (EC), colitis ulcerosa (CU) y colitis inclasificable (CI)), asociados a una respuesta inmune exagerada que produce lesiones de profundidad y extensión variable en el tracto gastrointestinal. Son enfermedades de curso crónico y se caracterizan alternar periodos de mayor y menor intensidad sintomática. El diagnóstico requiere aunar síntomas clínicos, hallazgos de laboratorio, pruebas de imagen y fundamentalmente lesiones endoscópicas e histología compatible.

La endoscopia desempeña un papel fundamental en el diagnóstico de la EII, pero su papel va mucho más allá y debe integrarse en una estrategia práctica de trabajo global a lo largo de toda la historia natural de la enfermedad. Es la técnica más sensible para la evaluación de los cambios mucosos y permite la toma de biopsias. Ayuda a establecer el diagnóstico inicial, diferenciando la EC de la CU y de otras causas de colitis. Contribuye a establecer la extensión y la gravedad de la actividad inflamatoria, permitiendo además la monitorización de la respuesta terapéutica. Tiene un papel fundamental en la valoración de la recurrencia postquirúrgica. Es básica en el abordaje de ciertas complicaciones, tales como la hemorragia o las estenosis y es el único método válido de vigilancia de la displasia y las neoplasias colorrectales (CCR) en pacientes con EII[1 y 2].

No existen **hallazgos endoscópicos** específicos de EC o de CU, aunque sí hay características que orientan hacia una u otra entidad. La EC se caracteriza por presentar una afectación parcheada, con una superficie mucosa nodular, que en ocasiones confiere un típico aspecto “en empedrado”. Las lesiones aparecen intercaladas con áreas de mucosa sana, son frecuentes las aftas, las úlceras (típicamente excavadas) presentan un tamaño variable y la afectación ileal es frecuente. La CU se distingue por presentar una afectación difusa y continua de la mucosa desde el recto en sentido proximal. La mucosa

presenta típicamente un aspecto granular, con disminución/pérdida del dibujo vascular. Lo más habitual es la presencia de microulceraciones, aunque en casos graves pueden observarse ulceras grandes y es típica la presencia de pólipos postinflamatorios (pseudopólipos) que son reflejo de brotes de actividad grave en el pasado[3].

Siempre que hacemos una colonoscopia debemos perseguir la realización de una **exploración de calidad** y en el caso de la EII esto implica una serie de particularidades. Como en cualquier otra circunstancia es fundamental una adecuada limpieza intestinal para una correcta valoración de la mucosa. Deben explorarse adecuadamente cada uno de los 6 segmentos accesibles (íleon, colon ascendente, transverso, descendente, sigma y recto) para realizar una correcta valoración de la extensión tomando biopsias de cada uno, incluso de los aparentemente normales. Valorar la actividad es también un aspecto muy importante y para ello debe realizarse una descripción ordenada, detallada y precisa de las lesiones y de su localización, utilizando términos adecuados, que permita elaborar los índices[4]. No debemos olvidar tomar fotos o vídeos.

La extensión de la enfermedad viene recogida y bien definida en la clasificación de Montreal. En la CU clasificaremos como E1 o proctitis la afectación exclusiva del recto, E2 la afectación distal al ángulo esplénico y E3 o colitis extensa la afectación proximal este punto. La extensión puede determinar la modalidad de tratamiento (oral o tópico) e influye en el riesgo de desarrollo de displasia o cáncer y por tanto en el inicio y en la frecuencia del cribado[5]. La EC, por la posibilidad de afectar a cualquier tramo del tubo digestivo, requerirá además de la ileocolonoscopia otras exploraciones para establecer la extensión, que clasificaremos como L1 (ileal), L2 (colónica), L3 (ileocolónica) y L4 (gastrointestinal alta) que se puede añadir a cualquiera de los anteriores[6].

La actividad endoscópica (la gravedad de las lesiones), es otro de los factores que condicionan el pronóstico y la elección del tratamiento. En este aspecto la colonoscopia es fundamental en valoración de la CU y en la EC colónica o ileocolónica, aunque por su

carácter transmural y por la posibilidad de afectar a otros segmentos es frecuente que la valoración de la actividad en la EC precise además otras exploraciones. No solo es importante graduar la gravedad de las lesiones, confirmar la curación mucosa es importantísimo, ya que conseguir este objetivo ha demostrado disminuir el riesgo de recaídas, hospitalizaciones y cirugías[4, 5, 6]. Es indispensable que los gastroenterólogos que realicen las endoscopias a los pacientes con EII tengan un entrenamiento adecuado para reconocer los diferentes patrones y estén familiarizados con la **terminología** y el empleo de los **índices endoscópicos**. En los informes es importante utilizar los términos aceptados por consenso y así hablaremos de pérdida o disminución del patrón vascular, de eritema, granularidad, friabilidad/sangrado espontáneo, erosiones, aftas, úlceras, empedrado, estenosis y pólipos postinflamatorios (pseudopólipos). Deberemos también graduar cada una de estas lesiones y hacer referencia a su extensión[4].

En la CU el **subíndice endoscópico del Mayo Clinic Score** es el más utilizado tanto en la práctica como en los ensayos clínicos para evaluar la respuesta a los tratamientos en términos de remisión endoscópica. Evalúa la inflamación, en el segmento de mayor afectación, según una escala de 4 puntos como: [0] normal; [1] eritema; patrón vascular disminuido, friabilidad leve; [2] eritema marcado, patrón vascular ausente, friabilidad, erosiones y [3] ulceración, sangrado espontáneo. La curación mucosa se ha definido como un subíndice de 0 ó 1. Como desventajas hay que señalar la alta variabilidad interobservador y que sólo tiene en cuenta el tramo de mayor afectación. El **UCEIS (Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity)** y el **UCCIS (UC Colonoscopic Index of Severity)** son índices formalmente validados que se han desarrollado para suplir la variabilidad interobservador. El UCEIS valora en la parte con afectación más grave: patrón vascular, sangrado y erosiones/úlceras y el UCCIS valora en cada uno de los segmentos del colon: patrón vascular, granularidad, ulceras y sangrado/friabilidad[4, 7].

Para la valoración de la actividad inflamatoria en la enfermedad de Crohn luminal disponemos de dos índices validados y con una excelente concordancia interobservador

que son el **CDEIS (Crohn's disease endoscopic index of severity) y SES-CD (simple endoscopic score for Crohn's disease)**. En el CDEIS la puntuación final (0-44) tiene en cuenta si un segmento determinado se ha explorado o no, lesiones con diferente relevancia (úlceras profundas/superficiales), superficie del colon afectada globalmente y por úlceras en particular y la presencia o ausencia de estenosis, ulceradas o no. El SES-CD fue desarrollado para simplificar el CDEIS e incluye cuatro variables, cada una considerada en cinco segmentos intestinales (tamaño de la úlcera, extensión de la superficie ulcerada, extensión de la superficie afectada y estenosis) que se puntúan de 0 a 3[4, 7]. Ambos índices resultan complicados, carecen de una definición validada para la curación mucosa y su uso se restringe a los ensayos clínicos.

Brote grave de CU. Se trata de una situación bien definida que mayoritariamente implica el ingreso hospitalario. La estrategia de tratamiento debe contemplar desde el inicio las opciones terapéuticas si el tratamiento indicado fracasa y para el mantenimiento de la remisión una vez conseguida. Es fundamental realizar una rectosigmoidoscopia con toma de biopsias en el momento del ingreso para valorar la actividad y para descartar una sobreinfección por citomegalovirus en caso de no respuesta a los corticoides. La extensión, en esta situación, es mucho menos importante para el tratamiento, por lo que una colonoscopia completa podría implicar riesgos innecesarios[8].

Reservorio ileoanal. El 10-35% de los pacientes con CU van a precisar una cirugía por fracaso del tratamiento o por el desarrollo de displasia o cáncer. La proctocolectomía con reservorio ileoanal es procedimiento de elección en esta situación, pero no está exento de posibles complicaciones. La reservoritis es la más frecuente y se da hasta en el 50% de pacientes a los 10 años de la cirugía. La endoscopia con biopsias es fundamental para el diagnóstico y para un adecuado diagnóstico diferencial. Debe ser completa y valorar además del reservorio, el cuff (remanente rectal) y el asa aferente. Los signos endoscópicos de la reservoritis son el eritema, exudado mucoso, friabilidad, sangrado o úlceras. Se recomienda realizar la primera endoscopia con biopsias a los 6-

12 meses del cierre de la ileostomía para evaluar el reservorio y posteriormente en determinadas situaciones endoscopias periódicas para el cribado de la displasia[9].

Recurrencia postquirúrgica. A pesar de la disponibilidad de nuevos fármacos una relevante proporción de pacientes con EC precisará una resección intestinal a lo largo de su evolución, bien por fracaso del tratamiento o por el desarrollo de complicaciones. Desgraciadamente, la cirugía no es un tratamiento curativo y más de la mitad de los pacientes desarrollarán de nuevo lesiones, fenómeno que se conoce como recurrencia postquirúrgica (RPQ). El seguimiento postquirúrgico de la EC tiene como objetivo detectar y valorar la gravedad de la RPQ en un momento en que ésta sea tratable y se ha visto que una valoración endoscópica precoz (a los 6 meses tras la cirugía) con intensificación terapéutica en caso necesario obtiene los mejores resultados en cuanto al control de la RPQ a medio plazo. La ileocolonoscopia sigue siendo la técnica de elección para la evaluación inicial de la RPQ, más adelante debería repetirse en caso de sospecha de RPQ en base a criterios clínicos, biológicos o por otras pruebas no invasivas[10]. El **índice de Rutgeerts** es el patrón oro para la gradación de las lesiones recurrentes, tanto en los ensayos como en la práctica clínica. Divide los pacientes en 5 grupos (i0-i4) en función de la gravedad de los hallazgos endoscópicos. Los pacientes con lesiones avanzadas (i3-i4) tienen una alta probabilidad de desarrollar RPQ clínica, mientras que es muy baja (<10% en 10 años) en lesiones leves (i0-i1). Entre las lesiones i2 no todas las lesiones tienen el mismo pronóstico y se ha aceptado una subdivisión en dos grupos de la categoría (i2a e i2b).

Estenosis. ≈50% de los pacientes con EC desarrollan estenosis a lo largo la evolución y el íleon terminal y la zona de la válvula ileocecal son las localizaciones más habituales. La endoscopia, junto a la RM o la ecografía, juega un importante papel en el diagnóstico para descartar malignidad y para diferenciar entre estenosis de predominio inflamatorio, abordables farmacológicamente, o fibróticas que serán de manejo endoscópico o quirúrgico. La estenosis ideal para tratar endoscópicamente sería aquella corta, única,

accesible, no angulada, sin actividad y sin complicaciones. Las opciones de tratamiento son la **dilatación con balón (EBD)**, que es la técnica preferida; la estricturotomía endoscópica, útil en anastomosis refractarias; la **inyección de sustancias** (triancinolona, infliximab) y las **prótesis metálicas cubiertas o biodegradables** [2, 11].

Cribado-manejo de la displasia. Los pacientes con EII de larga evolución con afectación colónica tienen más riesgo de desarrollar CCR. En la EII la displasia se relaciona con la inflamación y aparece sobre la mucosa de manera focal, difusa o multifocal. En la mayoría de los casos sobre lesiones visibles en la endoscopia por lo que debemos implementar la mejor técnica endoscópica disponible para prevenirla y/o detectarla de forma precoz. El cribado con colonoscopia se asocia a una disminución de riesgo de CCR, de muerte y a un incremento en la detección de CCR precoces. **El consenso SCENIC** implicó un cambio radical en el cribado del CCR de los pacientes con EII. Se recomendó la adopción de frases descriptivas, modificadas de la clasificación de París, con la adición de términos para describir los bordes y la presencia o no de ulceración. Se estableció como **método óptimo de despistaje de la displasia la cromoendoscopia con colorante y la toma de biopsias dirigidas,** que a día de hoy sigue siendo la técnica de elección recomendada por las principales guías. Se definieron las lesiones endoscópicamente resecables y se recomendó la colonoscopia de vigilancia en lugar de la colectomía tras la resección de lesiones displásicas[12-14].

Bibliografía

1. Hamilton MJ. The valuable role of endoscopy in inflmamatory bowell diseases. Diagn Ther Endosc 2012.
2. Tharian B et al. Endoscopy in the diagnosis and management of complications IBD. Inflamm Bowel Dis 2016.
3. Maaser C et al. ECCO-ESGAR Guideline for Diagnostic Assessment in IBD Part 1. J Crohns Colitis 2019.
4. Annese V et al. European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease. J Crohns Colitis 2013.
5. Magro F et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1. J Crohns Colitis 2017.
6. Gomollón F et al. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 1. J Crohns Colitis 2016.
7. Sturm A et al. ECCO-ESGAR Guideline for Diagnostic Assessment in IBD Part 2: IBD scores and general principles and technical aspects. J Crohns Colitis 2019.
8. Sicilia B et al. GETECCU 2020 guidelines for the treatment of ulcerative colitis. Developed using the GRADE approach. Gastroenterol Hepatol 2020.
9. Pardi DS et al. Endoscopy inpatient management after ileal pouch surgery for ulcerative colitis. Endoscopy 2008.
10. Domènech E et al. Recomendaciones del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU) sobre la monitorización, prevención y tratamiento de la recurrencia posquirúrgica en la enfermedad de Crohn. Gastroenterol Hepatol 2017.
11. Shen B, Practical guidelines on endoscopic treatment for Crohn's disease strictures: a consensus statement from the Global Interventional Inflammatory Bowel Disease Group. Lancet Gastroenterol Hepatol 2020.

12. Laine L. SCENIC international consensus statement on surveillance and management of displasia in inflammatory bowel disease. Gastrointestinal Endoscopy 2015.
13. Bye WA et al. Strategies for detecting colorectal cancer in patients withinflammatory bowel disease: A Cochrane systematic review andmeta-analysis. Am J Gastroenterol 2018.
14. Sicilia B et al. Recomendaciones del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU) sobre cribado de displasia. Gastroenterol Hepatol 2021.