



1^{er} Curso de Formación en Endoscopia Básica para Residentes

Clase magistral: Patología vascular, infecciosa, y miscelánea (diagnóstico endoscópico)

Autor: Vanesa Jusué Irurita

1. Enfermedad diverticular

Hallazgo muy frecuente en endoscopia.

Epidemiología: Prevalencia muy alta y aumenta con la edad: <40 años 10%, >50años >50%, >80 años >70%. La prevalencia en los jóvenes ha aumentado en los últimos años

Localización: 80-90% en sigma, ángulo esplénico-colon descendente 40%, colon transverso 10%, ángulo hepático-colon ascendente 8%, ciego 4%, recto

Diagnóstico: Colonoscopia tras episodio de diverticulitis aguda es controvertido: no evidencia de que los divertículos aumenten el riesgo de CCR→ no recomendación de colonoscopia de rutina tras diverticulitis aguda

Manifestaciones clínicas:

-Diverticulosis asintomática: mayoría asintomáticos o síntomas inespecíficos (similar a SII)

-Enfermedad diverticular:

Diverticulitis aguda Colonoscopia contraindicada en momento agudo. Esperar al menos 4-6 semanas tras la resolución de episodio agudo. Últimos estudios 7-10 días suficiente

Hemorragia: erosión de la arteria de la base del divertículo, típicamente sin inflamación. Cese espontáneo en 70-80%, tasa de resangrado 25-30%. La colonoscopia es la primera prueba diagnóstica que se recomienda realizar en pacientes con historia de hemorragia digestiva baja hemodinámicamente estables. Tratamiento endoscópico: dirigido a estigmas de sangrado reciente: sangrado activo, vaso visible o coágulo adherido. Tratamiento recomendado la terapia mecánica (ligadura con bandas o clip)

Colitis segmentaria asociada a los divertículos: Colitis crónica que afecta únicamente al colon izquierdo, en presencia de divertículos y el recto siempre está libre de inflamación. En lugar de ser una complicación de la enfermedad diverticular, actualmente se piensa que la SCAD es una enfermedad clínica independiente que pertenece al subconjunto de la enfermedad inflamatoria intestinal. Hallazgos endoscópicos: eritema, erosiones, granularidad y fragilidad de la mucosa, y la afectación de la mucosa colónica puede ser difusa o, más a menudo, "parcheada"

Endoscopia

Contraindicaciones: Diverticulitis aguda: elevado riesgo de perforación. Ya existe al menos una microperforación en la pared diverticular, pared fina y friable. En pacientes asintomáticos, si hallazgo de diverticulitis aguda (2% de las colonoscopias de cribado)→ suspender exploración. Si es necesaria la endoscopia en diverticulitis aguda: precaución, poca insuflación, uso de CO2 y valorar técnica de inmersión



1^{er} Curso de Formación en Endoscopia Básica para Residentes

Técnica: Colonoscopia técnicamente más difícil, peligrosa (perforación: ¡no tienen muscular propia!) y dolorosa. Zonas más espásticas por episodios previos de diverticulitis. Otras ocasiones rectificación del sigma por episodios inflamatorios previos → colonoscopia más sencilla. Insuflar la menor cantidad de aire posible. No avanzar a ciegas. Evitar aspirar pared de divertículo → eversión y posible confusión con pólipo. En ocasiones es difícil diferenciar orificio apendicular vs luz de colon: Luz del divertículo: lisa sin fruncimiento ni confluencia de pliegues. Luz del colon: pliegues australes y movimiento peristáltico

Hallazgos: Diverticulosis, estenosis asociada a divertículos, hemorragia

Clasificación DICA (Diverticular inflammation and Complications Assessment): establece, con puntuación objetiva y reproducible, la gravedad de la enfermedad asociada a los divertículos.

2. Colitis isquémica

Forma más frecuente de isquemia intestinal (70%). Segmento de colon privado de flujo vascular. Habitualmente episodio transitorio de isquemia no oclusiva en pacientes con aterosclerosis. Si joven: descartar cocaína, vasculitis, trombofilia. Áreas más vulnerables: flexura esplénica (punto de Griffith), unión rectosigmoidea (punto de Sudeck) y el colon derecho

Formas clínicas: gran variabilidad. Tríada (dolor comienzo abrupto+urgencia defecatoria+diarrea sanguinolenta) en 50%. Ausencia de rectorragia no excluye y además se suele asociar a enfermedad de colon derecho (+grave)

- Colopatía reversible (25%)
- Colitis transitoria (43%)
- Colitis segmentaria crónica (18%)
- Colitis gangrenosa (10%)
- Colitis fulminante universal (2,5%)

Diagnóstico: alteración analítica (leuc, LDH, anemia, acidosis metabólica), TC abdominal (engrosamiento segmentario de pared de colon con edema submucoso. Si neumotosis coli o porta gravedad), colonoscopia confirma diagnóstico (sin preparación y con poca insuflación)

Hallazgos endoscópicos: dependen del momento evolutivo. Tomar biopsias de zonas ulceradas y de zona sana.

3. Colitis infecciosa

Indicación de colonoscopia en diarrea: Deterioro grave del estado general, mala respuesta a tratamiento o diagnóstico diferencial sin encontrar diagnóstico etiológico (coprocultivo); Pacientes inmunodeprimidos; Sospecha de proctitis de transmisión sexual

COLITIS BACTERIANAS: Campylobacter, Shigella, E.Coli, Clostridium difficile, Salmonella, Yersinia, Mycobacterium tuberculosis

TRANSMISIÓN SEXUAL: Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae

VIRALES: Citomegalovirus, Herpes simple



1^{er} Curso de Formación en Endoscopia Básica para Residentes

4. Colitis microscópica: colágena y linfocítica

Histología:

- Comunes: infiltrado inflamatorio crónico lámina propia, lesión epitelial y aumento de linfocitos intraepiteliales (>7 por 100 cels epiteliales)

- Colitis colágena: banda irregular colágeno $\geq 10\mu\text{m}$

- Colitis linfocítica: >20 linfocitos intraepiteliales por 100 cels epiteliales

Hallazgos endoscópicos inespecíficos: úlceras lineales, pseudomembranas, vascularización irregular, eritema, edema, nodularidad... más frecuentemente en colon izquierdo. Normal en > 50%. Colonoscopia con ileoscopia con biopsias de al menos colon derecho e izquierdo (por separado)

5. Proctitis actínica

Radioterapia en neoplasias genitourinarias puede causar lesiones en mucosa de colon y recto (efecto determinista) \rightarrow proctitis aguda y crónica. Proctitis actínica crónica (>3 m tras inicio de radioterapia): vasculopatía de pequeño vaso (fibrosis, endarteritis y trombosis). Incidencia: 5% (20-30%). Hallazgos endoscópicos: sobre todo en recto. Biopsias no necesarias para diagnóstico. Clínica: rectorragia. Menos frecuente estenosis o fístulas. Tratamiento endoscópico (rectorragia): Coagulación con argón plasma: Electrocoagulación sin contacto. Penetración controlable (max 2-3mm). Tratamiento de elección

6. Colon postquirúrgico

Anastomosis quirúrgicas: reconocimiento de zona de sutura (línea circular de aspecto fibroso)

Tipos de anastomosis: Laterolateral, Terminolateral, Terminoterminal, Ileoanal con reservorio en J.

Colitis por derivación: inflamación inespecífica de segmentos de colon excluidos del tránsito fecal

Colostomía/ileostomía:

- Revisión externa de la ostomía: descartar fístulas, úlceras, lesiones dérmicas

- Doble introducción: a través del ano y a través de ostomía

- Tipos de colostomía: Hartmann, Paul-Mickulicz, Asa-espólón, Devine

- Tipos de ileostomía: Terminal (Brooke): incontinente, Con reservorio (Kock): continente. Contraindicada en EC, En asa

7. Patología anorrectal:

Hemorroides:

Hemorroides externas: infrapectíneas, drenaje a cava, inervación somática.



1^{er} Curso de Formación en Endoscopia Básica para Residentes

Hemorroides internas: suprapectíneas, drenan a porta, inervación visceral.

-Se clasifican según su grado de prolapso: Grado I: plexo prominente sin prolapso. Grado II: prolapso con Valsalva con reducción espontánea. Grado III: prolapso con Valsalva con reducción manual. Grado IV: prolapso crónico irreductible

Fisura anal: Desgarro en la piel del canal anal, distal a la línea pectínea. Inspección anal/tacto rectal: DOLOR. Hipertonía del esfínter. Hemorroide centinela/papila hipertrófica. Localización más frecuente: línea media posterior. Si localización atípica (anterior o lateral) descartar enfermedad de Crohn

8. Otras: melanosis coli, úlcera rectal solitaria y endometriosis