

Caracterización clínica, endoscópica e histológica de la enfermedad inflamatoria intestinal

Clinical, endoscopic and histological characterization of inflammatory bowel disease

Yudenia Toledo-Cabarcos¹ <http://orcid.org/0000-0002-5354-9414>

Sindelys Marrero-Rodríguez^{1*} <http://orcid.org/0000-0003-3517-7992>

¹ Universidad de Ciencias Médicas. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Servicio de Anatomía Patológica. Camagüey, Cuba.

* Autor para la correspondencia (email): sindelys.cmw@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal es un padecimiento crónico de causa multifactorial, en los últimos años se ha incrementado el número de casos diagnosticados, por lo que su enfoque clínico-endoscópico e histopatológico es de vital importancia para proveer atención integral a los pacientes.

Objetivo: Caracterizar clínica-endoscópica e histopatológicamente la enfermedad inflamatoria intestinal.

Métodos: Se realizó un estudio observacional transversal, el universo estuvo constituido por 78 pacientes diagnosticados con enfermedad inflamatoria intestinal y la muestra quedó conformada por 54 pacientes. La información fue recogida en formulario a propósito de la investigación.

Resultados: Predominaron los pacientes con edad de 50 años o más. Primó el sexo femenino y el color de la piel blanca. El síntoma cardinal más frecuente fue la diarrea y el tiempo de evolución que primó fue de cuatro a seis meses. La localización más frecuente de las lesiones fue el colon izquierdo y primó la colitis ulcerativa como principal variante. Predominó la mucosa de aspecto granular y las lesiones continuas en los rasgos endoscópicos, así como la distorsión de criptas y la inflamación de la lámina propia dentro de la histología. Sobresalió como principal complicación la fístula y de estos casos la mayoría requirió tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: Mayor afectación a pacientes de mediana edad, sexo femenino y de raza blanca. Principal síntoma asociado es la diarrea. Variante con mayor superioridad es la colitis ulcerativa. Adecuada correlación clínico-endoscópica e histopatológica. Las principales complicaciones encontradas fueron los trayectos fistulosos y la estenosis intestinal que requirieron en su mayoría tratamiento quirúrgico.

DeCS: ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO/diagnóstico por imagen; ENFERMEDADES INTESTINALES/ETIOLOGÍA; COLON; ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL; FÍSTULA INTESTINAL.

ABSTRACT

Introduction: Inflammatory bowel disease is a chronic disease of multifactorial etiology that in recent years has increased the number of diagnosed cases, so the clinical-endoscopic and histopathological approach is of vital importance to provide comprehensive care to patients.

Objective: To characterize the inflammatory bowel disease clinical-endoscopic and histopathologically.

Methods: A cross-sectional observational study was carried out. The universe was composed of 78 patients diagnosed with inflammatory bowel disease and the sample was made up of 54 patients. The data obtained from biopsy ballots were collected in a form.

Results: Patients aged between 50 and 69 years old predominated. Female sex and white skin color prevailed. The cardinal symptom that predominated was diarrhea followed by enterorrhagia and the time of evolution that prevailed was 4 to 6 months. The most frequent location of the lesions was the left colon and ulcerative colitis predominated as the main variant. Continuous lesions and granular appearance of the mucosa predominated in endoscopic features, while in histological features crypt distortion and inflammatory infiltrate of the same layer prevailed. Among the complications, the fistula stood out and most of these patients required surgical treatment.

Conclusions: Greater affectation in middle ages, female and white skin color patients. The main associated symptom is diarrhea. The most common variant was ulcerative colitis. Adequate clinical-endoscopic and histopathological correlation was evidenced. The main complication was the fistulous tracts and intestinal stenosis, that mostly require surgical treatment.

DeCS: INFLAMMATORY BOWEL DISEASES/diagnostic imaging; INTESTINAL DISEASES/etiology; COLON; ENDOSCOPY, GASTROINTESTINAL; INTESTINAL FISTULA.

Recibido: 21/07/2022

Aprobado: 03/11/2022

<http://revistaamc.sld.cu/>



INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una enfermedad de causa idiopática caracterizada por una desregulación en la respuesta inmune para organizar la microflora intestinal. La EII tiene dos grandes exponentes: la colitis ulcerativa y la enfermedad de Crohn. La colitis ulcerativa (CU) se limita a la mucosa y submucosa, involucrando el recto y ascendiendo proximalmente de forma continua el colon. La enfermedad de Crohn (EC) puede afectar cualquier segmento del tracto gastrointestinal desde la boca al ano, involucra las lesiones con parénquima normal por medio y es transmural. ^(1,2)

Las mayores proporciones de EII aparecen en los países desarrollados, regiones con climas fríos y las áreas urbanas. Los menores índices se encuentran en las regiones en vías de desarrollo; climas más calurosos y las áreas rurales. A nivel Internacional, la mayor incidencia anual se observa en Norteamérica (Estados Unidos y Canadá) y Europa (principalmente los países del norte). En los primeros se reportan más casos de enfermedad de Crohn (20,2 por 100 000 habitantes/año) y en los segundos se describen más casos de colitis ulcerativa (24,3 por 100 000 habitantes/año).

Latinoamérica también ha registrado una incidencia cada vez mayor de las EII, aumentando su prevalencia de un 15 por 100 000 habitantes/año hasta un 24,1. ^(3,4) Las tres características que definen la causa de la enfermedad inflamatoria del intestino son: la predisposición genética; una desregulación de la respuesta inmune; y una respuesta alterada a los microorganismos intestinales. Sin embargo, el evento que activa la respuesta en el EII aún no ha sido identificado. Posibles factores relacionados a este evento incluyen un organismo I patogénico (como todavía no identificado) o una respuesta anormal (ej. fracaso para degradar la respuesta inflamatoria a un antígeno, como una alteración en la función de la barrera). ^(5,6)

Cuando se comparan con la población general, los pacientes con EII presentan un mayor deterioro de su calidad de vida. Las preocupaciones más frecuentes entre los pacientes son: llevar una bolsa de colostomía, padecer un cáncer, los efectos de la medicación, la naturaleza incierta de su enfermedad y tener que someterse a una intervención quirúrgica. ⁽⁷⁾

El riesgo de cáncer en la EII está en equivalencia con la extensión y duración de la enfermedad. Los pacientes con colitis ulcerativa de larga evolución tienen mayor riesgo de presentar displasia epitelial del colon y carcinoma, incrementándose de 0,5 a 1 %, por año después de los ocho a diez años de enfermedad. En la enfermedad de Crohn el riesgo de cáncer aumenta principalmente asociado a afectación difusa, segmentos colónicos derivados y antecedente familiar de cáncer de colon. ^(8,9)

La Organización Mundial de Gastroenterología, ⁽¹⁰⁾ identifica la asociación de los siguientes síntomas con el daño inflamatorio en el tracto digestivo: diarrea mucosa o sanguinolenta, constipación (que en ocasiones antecede los cuadros obstructivos), dolor abdominal (normal presente en el cuadrante

inferior derecho en la enfermedad de Crohn y en la región periumbilical o en el cuadrante inferior izquierdo en la colitis ulcerativa severa), sangramiento rectal, náuseas y vómitos (ocurren más a menudo en la enfermedad de Crohn que en la colitis ulcerativa). Los síntomas sistémicos son comunes en EII e incluyen fiebre, sudores, malestar y artralgias.⁽¹¹⁾

Existen varias técnicas de imagen en endoscopia que permiten la toma de muestras en áreas seleccionadas (ponches), sin embargo en muchas ocasiones la muestra suele ser superficial y el especialista en Anatomía Patológica puede tener dificultad para hacer un diagnóstico definitivo de colitis ulcerativa o enfermedad de Crohn basada exclusivamente en los resultados histológicos. En estos casos se debe aplicar el término enfermedad inflamatoria intestinal no clasificable, aplicándose la terminología en pacientes que presentan evidencia clínica y endoscópica de enfermedad inflamatoria intestinal crónica que afecta el colon (cuando no se efectuó colectomía), sin compromiso del intestino delgado y sin evidencia histológica definitiva ni otra evidencia que defina entre EC o CU, descartándose además causa infecciosa. Solo se utiliza el término colitis indeterminada a aquellos casos en que se efectuó una colectomía y los patólogos aun con la pieza quirúrgica no pueden efectuar un diagnóstico definitivo de EC o CU después de completar el examen y descartar otras causas.^(12,13)

Por lo anterior, ante el incremento del número de casos diagnosticados con enfermedad inflamatoria intestinal, no solo a nivel mundial sino también en Cuba, se hace necesaria una adecuada caracterización del comportamiento clínico, endoscópico e histopatológico de esta enfermedad en Camagüey.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional de corte transversal en el Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech de la provincia Camagüey, Cuba, desde octubre de 2017 hasta enero de 2020. El universo del estudio estuvo constituido por 78 pacientes que acudieron a la consulta de las especialidades de Gastroenterología y Coloproctología de dicha institución y presentaron criterios clínicos, endoscópicos e histológicos de enfermedad inflamatoria intestinal. La muestra no probabilística a criterio de los autores quedó conformada por 54 pacientes.

Se incluyeron pacientes con edad mayor de 18 años, de ambos sexos y diagnosticados con enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn y enfermedad inflamatoria intestinal no clasificable, este último término aplicado en aquellos casos con evidencias clínico, endoscópicas e histológicas de enfermedad inflamatoria intestinal pero que no pudo concluirse como colitis ulcerativa o enfermedad de Crohn). Se excluyó a los pacientes con otro tipo de enfermedades inflamatorias del colon como colitis inespecíficas o indeterminadas, así como enfermedades neoplásicas o insuficiencia de datos en las boletas de biopsia.

La información fue recopilada en formulario creado a propósito para la investigación a partir de la boleta de biopsia. Las variables independientes utilizadas fueron edad del diagnóstico, sexo, color de la piel, localización anatómica de las lesiones, tiempo de evolución, principal síntoma, complicaciones intestinales, necesidad de tratamiento quirúrgico; rasgos endoscópicos y alteraciones histológicas; como variable dependiente los tipos de enfermedad inflamatoria intestinal. Las muestras de biopsias, fijadas en formol al 10 % y embebidas en parafina, fueron estudiadas con coloración de hematoxilina y eosina (H&E) para obtener las características histopatológicas a correlacionar con la clínica y la endoscopia al momento del diagnóstico.

Los métodos utilizados en la investigación fueron: empíricos (observación y confección de formulario); estadísticos (tabulación de datos y operacionalización de variables, utilizándose tablas estadísticas); y teóricos (interpretación de todos los datos tanto empíricos como estadísticos). El procesamiento de la información se realizó utilizando la técnica estadística de análisis de distribución descriptiva utilizando tablas de distribución de frecuencias y porcentajes.

Se realizó el consentimiento informado a cada paciente explicándoles en que consiste el estudio y la importancia del mismo, preservando su privacidad. Estas normas éticas sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

RESULTADOS

De la muestra en estudio se evidencia que el mayor número de pacientes tenía 50 años o más al momento del diagnóstico con 35 casos para un 64,8 %, seguido en frecuencia por el de 30 a 49 años con el 27,8 %, (15 casos). El sexo femenino predominó tanto en la colitis ulcerosa como en la enfermedad de Crohn con el 66,7 %, (36 pacientes) para una proporción de enfermedad inflamatoria intestinal con respecto al sexo masculino de 2:1 (Tabla 1).

Tabla1 Distribución epidemiológica según grupo de edades y sexo

Grupos de edades y sexo	Enfermedad inflamatoria intestinal							
	CU		EC		EII-NC		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menores de 50	17	31,5	1	1,9	1	1,9	19	35,2
50 años y más	32	59,2	2	3,7	1	1,9	35	64,8
Femenino	33	61,1	2	3,7	1	1,9	36	66,7
Masculino	16	29,6	1	1,9	1	1,9	18	33,3

Leyenda: CU (colitis ulcerativa); EC (enfermedad de Crohn); EII-NC (enfermedad inflamatoria intestinal no clasificable).

Según el color de la piel, en general se refleja el predominio de la piel blanca con 42 pacientes para un 77,8 %. La piel negra y mestiza estuvieron representadas solamente con el 14,8 % (8 casos) y el 7,4 % (4 casos) respectivamente. Predominó dentro de las variantes la colitis ulcerativa con el 90,7 %, del total de la muestra en estudio (Tabla 2).

Tabla 2 Distribución según color de la piel

Color de la piel	CU		EC		EII-NC		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Blanca	39	72,2	2	3,7	1	1,9	42	77,8
Negra	8	14,8	0	0	0	0	8	14,8
Mestiza	2	3,7	1	1,9	1	1,9	4	7,4
Total	49	90,7	3	5,6	2	3,7	54	100

Leyenda: CU (colitis ulcerativa); EC (enfermedad de Crohn); EII-NC (enfermedad inflamatoria intestinal no clasificable).

El síntoma cardinal más frecuente fue la diarrea (mucosa, sanguinolenta o no), en un 40,7 % (22 casos) seguidos de la enterorragia y el dolor abdominal con el 29,6 % (16 pacientes) y el 16,7 % (9 pacientes) respectivamente. La evolución de los síntomas en la mayoría de los casos fue de 4-6 meses para un 59,2 % (Tabla 3).

Tabla 3 Relación entre el síntoma cardinal y el tiempo de evolución

Principales síntomas	Tiempo de evolución de los síntomas			Total	
	1-3 meses	4-6 meses	7-9 meses	No.	%
Dolor abdominal	7	2	0	9	16,7
Diarrea	3	18	1	22	40,7
Enterorragia	6	9	1	16	29,7
Constipación	0	1	1	2	3,7
Fiebre y pérdida de peso	0	2	1	3	5,5
Náuseas y vómitos	2	0	0	2	3,7
Total	19	32	3	54	100

p=0,000

En relación a la localización anatómica de las lesiones se reflejó predominio del colon izquierdo (distal al ángulo esplénico) con el 57,4 % (31 casos) seguido de las limitadas al recto con el 35,2 % (19 casos) (Tabla 4).

Tabla 4 Localización anatómica de las lesiones

Localización anatómica	CU	EC	EII-NC	Total No.	%
Limitada al recto	19	0	0	19	35,2
Colon izquierdo	30	0	1	31	57,4
Colon derecho	0	1	1	2	3,7
Íleo-colónica	0	2	0	2	3,7

Leyenda: CU (colitis ulcerativa); EC (enfermedad de Crohn); EII-NC (enfermedad inflamatoria intestinal no clasificable).

De los 54 pacientes estudiados según criterios endoscópicos presentó afectación continua intestinal el 90,7 % y el 59,3 %, tenían una mucosa de aspecto granular. Dentro de las principales alteraciones histológicas se evidenciaron con mayor frecuencia la distorsión de las criptas con criptitis y la inflamación severa de la lámina propia con 87,0 % y 66,7 % respectivamente (Tabla 5).

Tabla 5 Principales alteraciones endoscópicas e histológicas

Alteraciones endoscópicas e histológicas	CU	EC	EII-NC	Total	
				No.	%
Lesión continua	47	1	1	49	90,7
Lesión parcheada	2	2	1	5	9,26
Ulcerada	11	1	0	12	22,2
Pseudopólipos o pólipos	4	0	1	5	9,3
Empedrada	0	1	0	1	3,7
Granular	32	0	0	32	59,3
Estenosante	2	1	1	4	7,4
Úlceras, erosiones	19	2	2	23	42,6
Superficie vellosa	29	0	0	29	53,8
Distorsión de criptas, criptitis	44	2	1	47	87
Granulomas epitelioides	0	1	0	1	3,7
Inflamación en lámina propia	31	3	2	36	66,7
Inflamación transmural	0	2	1	3	5,6

Legenda: CU (colitis ulcerativa); EC (enfermedad de Crohn); EII-NC (enfermedad inflamatoria intestinal no clasificable).

Del total de pacientes estudiados se identificaron 18 con complicaciones intestinales representando el 33,3 %. De estos últimos el 66,6 % (12 casos) requirieron tratamiento quirúrgico. Como principal complicación primó con el 44,4 %, las fístulas con 8 casos, de ellos necesitaron tratamiento quirúrgico 6 pacientes para un 33,4 % (Tabla 6).

Tabla 6 Relación entre las complicaciones presentadas y tratamiento quirúrgico

Complicaciones intestinales	Tratamiento quirúrgico				Total	
	Sí	%	No.	%	No.	%
Rectorragia	0	0,0	1	5,6	1	5,6
Fístula	6	33,3	2	11	8	44,4
Absceso	2 ^a	11	0	0	2	11
Cáncer	1 ^b	5,6	0	0	1	5,6
Perforación	1	5,6	0	0	1	5,6
Fisuras	0	0	3	16,7	3	16,7
Estenosis	2	11	0	0	2	11
Total	12	66,6	6	33,4	18	100

(a)p=0,111 (b)p=0,556

DISCUSIÓN

La distribución por edades de los casos de EII recientemente diagnosticados es en campana; la incidencia máxima ocurre en las personas en el comienzo de la segunda década de la vida, con la inmensa mayoría de nuevos diagnósticos hecha en personas entre 15-40 años. Una segunda elevación, aunque más pequeña en la incidencia, ocurre en las pacientes mayores entre 55-65 años. Cerca del 10 %, de pacientes de EII son menores de 18 años.^(14,15) El estudio coincide con el segundo pico de incidencia y coincidimos con otros realizados en países de América del Sur y Europa.^(16,17,18)

En la literatura no se recoge una prevalencia franca de un sexo u otro en la EII, aunque sí se ha propuesto la incidencia de manera ligera superior del sexo femenino,^(19,20) lo cual se corresponde con el estudio y se logra aunar resultados con otros realizados como los de Iade et al.,⁽²¹⁾ en Uruguay y los de Betteridge et al.,⁽²²⁾ en Estados Unidos, donde proponen que los hombres son diagnosticados tardíamente.

Atendiendo al color de la piel en estudios realizados por Selvaratnam et al.,⁽²³⁾ en Suramérica que recoge una muestra amplia de pacientes en largos periodos de tiempo se evidencia que los pacientes de raza blanca son los más afectados. Por otra parte, Figueroa,⁽³⁾ en una revisión epidemiológica de las EII expone la prevalencia de la piel blanca sobre la mestiza o la asiática, principalmente en Europa y Norteamérica.

La triada clínica principal de la enfermedad inflamatoria intestinal se encuentra constituida por diarrea mucosanguinolenta o no, enterorragia y dolor abdominal,^(11,12) lo cual concuerda con los resultados, aunque en las edades extremas asociado al cambio del tránsito intestinal tienden a presentarse los síntomas generales como fiebre, vómitos y pérdida de peso, sobre todo en la enfermedad de Crohn.^(18,24)

También los síntomas se relacionan con las formas más graves de presentación de la enfermedad, a lo cual contribuye la localización anatómica de las lesiones, su extensión y la presencia de comorbilidades.^(21,25)

Desde el inicio de los síntomas hasta la búsqueda de atención médica la mayoría de los pacientes tardaron entre cuatro a seis meses lo cual concuerda con estudios epidemiológicos de Latinoamérica y Europa, como tiempo promedio desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico.^(16,25) Como por lo general comienzan los síntomas de forma solapada, el paciente retarda la visita al médico.

Los casos de manifestaciones clínicas más agudas acudieron tempranamente mientras que las manifestaciones generales como fiebre y pérdida de peso acudieron tarde, a menudo relacionándose con las complicaciones de estas enfermedades.^(8,18)

Con respecto a la localización de las lesiones primó la región rectosigmoidea (colon izquierdo distal al ángulo esplénico) evidenciándose de manera fundamental en la colitis ulcerativa ya que los casos diagnosticados con enfermedad de Crohn su localización anatómica estuvo representa por la

íleo-colónica, correspondiendo esto con varios estudios como el de Fernández et al.,⁽¹⁵⁾ en la provincia Pinar del Río.^(17,26)

En varios estudios mundiales ha ido en aumento la incidencia de la enfermedad de Crohn, como por ejemplo en Suramérica, según un estudio de Selvaratnam et al.,⁽²³⁾ realizado en 2019, sin embargo, su presentación en Cuba no se ha manifestado con cifras relevantes, careciendo de pocos estudios epidemiológicos al respecto y observándose un gran predominio de la colitis ulcerativa. Esto fue corroborado por Salazar et al.⁽²⁴⁾ y Cervantes et al.,⁽²⁷⁾ en dos provincias de Cuba.

No obstante, los valores obtenidos coinciden con muchos otros estudios epidemiológicos del continente americano donde la colitis ulcerativa alcanza como subclasificación el patrón predominante, como por ejemplo en los estudios de Paredes et al.,⁽¹⁶⁾ en Perú, Sambuelli et al.,⁽¹⁷⁾ e Iade et al.,⁽²¹⁾ en Argentina y Juliao et al.,⁽²⁸⁾ en Colombia. Europa no queda exenta de esto y en estudios realizados en España también se pone de manifiesto la prevalencia de la colitis ulcerativa sobre la enfermedad de Crohn.⁽¹⁸⁾

En el diagnóstico de la EII los estudios de imágenes obtenidas por ultrasonografía, resonancia magnética, tomografía computarizada o colonoscopia; constituyen valiosas herramientas. Tienen una sensibilidad entre el 80 % y 85 % y una especificidad entre 90 % y 95 %.

Las principales alteraciones endoscópicas que se evidenciaron consistieron en mucosa friable, granular, sangrante, que se correlacionan histológicamente con hallazgos como erosiones de la mucosa, inflamación severa de la lámina propia y distorsión de las criptas. Estos resultados se corroboran con otras investigaciones como las de Fernández et al.⁽¹⁵⁾ y los de Iade et al.,⁽²¹⁾ entre otros.⁽²³⁾

Los estudios de imagen también permiten identificar posibles complicaciones ya presentes al momento del diagnóstico como, por ejemplo: fístulas, estenosis, obstrucciones, enterorragias y abscesos. En cuanto a las fístulas que fue la complicación más frecuente en el estudio, tanto la ecografía, como la imagen de la resonancia magnética y la tomografía computarizada tienen una sensibilidad entre el 67-87 % y una especificidad del 90-98 %, por lo cual las últimas guías de consenso recomiendan las técnicas de imagen para evaluar complicaciones fistulizantes.

A pesar de esto los hallazgos ecográficos de la EII pueden identificarse en otras enfermedades propias del sistema digestivo por lo que discernir entre ellas puede ser muy complejo, siendo de vital importancia la toma de muestra para estudio histológico, constituyendo así la biopsia el diagnóstico certero que permite clasificar las EII.^(26,29,30)

En estudios epidemiológicos la clasificación de la extensión endoscópica se realiza según la clasificación de Montreal,^(23,26) sin embargo, en Cuba se recogen pocos estudios sobre la EII y el uso de esta clasificación, lo que dificulta la valoración más integral de estos pacientes.

Las complicaciones intestinales son las más frecuentes e incluso suelen ser los motivos de consulta. Destacan las fístulas, los abscesos, la obstrucción intestinal, enterorragias y perforaciones.^(11,12)

El estudio también reveló este aspecto, donde las fístulas (rectovaginales, perianales, enterocólicas) constituyeron las complicaciones más frecuentes. Los casos evaluados diagnosticados con EC presentaron como complicación la estenosis con obstrucción intestinal y la neoplasia de colon resultó ser un paciente diagnosticado con CU.

Algunos estudios epidemiológicos entre ellos el realizado por Selvaratnam et al.,⁽²³⁾ coinciden al plantear que las fístulas constituyen una de las principales causas de tratamiento quirúrgico en estos pacientes y la estenosis es una de las complicaciones principales en la EC.^(8,11)

Aunque la colitis ulcerativa y el Crohn tienen diferencias significativas no todos los tratamientos disponibles para una enfermedad pueden ser eficaces para la otra. La intervención quirúrgica para la colitis ulcerativa es curativa para la enfermedad colónica y reducir así el potencial de malignidad, sin embargo, en la enfermedad de Crohn solo se utiliza en los casos donde existan complicaciones intestinales.⁽²⁶⁾

A pesar que se evidencia alta correlación entre criterios clínico-endoscópicos e histopatológicos, dos de los casos que no se confirmaron ni como CU o EC, se concluyeron como EII no clasificable. Para lograr un diagnóstico definitivo en estos casos se requiere de marcadores inmunológicos entre los que se encuentran el calprotectin fecal y los anticuerpos perinucleares antineutrófilos (pANCA) y anti-*Saccharomyces de cerevisiae* (pASCA). La combinación de pANCA positivo y pASCA negativo tiene una alta especificidad para la colitis ulcerativa, considerando que el pASCA positivo con pANCA negativo es más específico para la enfermedad de Crohn.^(17,26)

Existen varios test e índices predictivos que aúnan criterios clínicos, endoscópicos e histológicos tanto para la colitis ulcerativa como para la enfermedad de Crohn que proponen un afrontamiento más eficiente e integral de estas enfermedades.^(24,27) Se requiere adaptar según las características propias de cada institución de salud el que mejor logre reunir consenso y viabilidad, para así poder brindar a los pacientes un diagnóstico temprano y un seguimiento más personalizado y efectivo.

CONCLUSIONES

Predominaron los pacientes con edad de 50 años o más, los pertenecientes al sexo femenino y el color de piel blanca. El síntoma fundamental en la mayoría fue la diarrea y la evolución de la enfermedad promedio con mayor frecuencia fue entre cuatro y seis meses.

La variante que primó fue la colitis ulcerativa y se corroboró adecuada correlación entre los criterios clínico-endoscópicos e histopatológicos. En la CU la región recto-sigmoidea constituyó la localización más frecuente de las lesiones mientras la íleo-cecal predominó en pacientes con EC.

Los rasgos endoscópicos e histológicos que predominaron en la CU fueron las lesiones continuas y

la distorsión de las criptas con criptitis respectivamente, mientras que en la EC primaron las lesiones parcheadas y el infiltrado severo de la lámina propia.

Las principales complicaciones intestinales identificadas en la CU fueron las fístulas y en la EC la estenosis de la luz intestinal, requiriendo ambas en un alto porcentaje tratamiento quirúrgico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hano García OM, Estupiñán Sosa MF, la Rosa Hernández D, González Fabián L. Respuesta inmunitaria humoral en pacientes con Colitis Ulcerosa. Rev cuban invest bioméd [Internet]. 2016 Jul-Sep [citado 15 Ene 2022];35(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002016000300002
2. Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, Ghali WA, Ferris M, Chernoff G, et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. Gastroenterology [Internet]. 2012 Ene [citado 17 Ene 2022];142(1):46-54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22001864/>
3. Figueroa C. Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal. Rev Méd Clín Condes [Internet]. 2019 Jul-Ago [citado 09 Mar 2020];30(4):257-61. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-epidemiologia-enfermedad-inflamatoria-intestinal-S0716864019300562>
4. Kotze PG, Steinwurz F, Francisoni C, Zaltman C, Pinheiro M, Salese L, et al. Review of the epidemiology and burden of ulcerative colitis in Latin America. Therap Adv Gastroenterol [Internet]. 2020 [citado 12 May 2021];13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7350039/>
5. Carbonnel F, Soularue E, Coutzac C, Chaput N, Mateus C, Lepage P, et al. Inflammatory bowel disease and cancer response due to anti-CTLA-4: is it in the flora? In Seminars in immunopathology [Internet]. 2017 Abr [citado 17 Ene 2022];39(3):327-31. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00281-016-0613-x>
6. Harusato A, Abo H, Ngo VL, Yi SW, Mitsutake K, Osuka S, et al. IL-36γ signaling controls the induced regulatory T cell-Th9 cell balance via NFκB activation and STAT transcription factors. Mucosal Immunol [Internet]. 2017 Nov [citado 17 Ene 2018];10(6):1455-67. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5610052/>
7. Sexton KA, Walker JR, Graff LA, Bernstein MT, Beatie B, Miller N, et al. Evidence of Bidirectional Associations Between Perceived Stress and Symptom Activity: A Prospective Longitudinal Investigation in Inflammatory Bowel Disease. Inflamm Bowel Dis [Internet]. 2017 Mar [citado 17 Ene 2022]; <http://revistaamc.sld.cu/>

- 23(3):473-83. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28221251/>
8. Higashiyama M, Sugita A, Koganei K, Wanatabe K, Yokoyama Y, Uchino M, et al. Management of elderly ulcerative colitis in Japan. *J Gastroenterol* [Internet]. 2019 [citado 17 Ene 2022];54(7):571-86. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6685935/>
9. Schreiner P, Biedermann L, Rossel JB, Rogler G, Pittet V, von Känel R, et al. Prevalence and Determinants of Job Stress in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis* [Internet]. 2017 Feb [citado 17 Ene 2022];23(2):310-17. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28079622/>
10. Franken Morales SS, García Orrego AM. Guía diagnóstica y terapéutica de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev méd sinerg* [Internet]. 2021 Sep [citado 23 de May 2022];6(9):e713. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/713>
11. López Calleja AM, Cano Sanz N. Guía Práctica de Enfermería en Enfermedad Inflamatoria Intestinal [Internet]. Madrid: Abbvie; 2017 [citado 09 Mar 2022]. Disponible en: <https://www.geteii.com/wp-content/uploads/2017/10/GUIA-DE-ENFERMERIA-EII-ULTIMA-REVISIO%CC%81N.pdf>
12. Vavricka SR, Gubler M, Gantenbein C, Spoerri M, Froehlich F, Seibold F, et al. Anti-TNF Treatment for Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease in the Swiss IBD Cohort Study. *Inflamm Bowel Dis* [Internet]. 2017 Jul [citado 17 Ene 2022];23(7):1174-81. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28452862/>
13. Glassner K, Malaty HM, Abraham BP. Epidemiology and Risk Factors of Nonalcoholic Fatty Liver Disease Among Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis* [Internet]. 2017 Jun [citado 17 Ene 2022];23(6):998-1003. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28511199/>
14. Kammerlander H, Nielsen J, Kjeldsen J, Knudsen T, Friedman S, Nørgård B. The Effect of Disease Activity on Birth Outcomes in a Nationwide Cohort of Women with Moderate to Severe Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis* [Internet]. 2017 Jun [citado 17 Ene 2022];23(6):1011-18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28346274/>
15. Fernández Maqueira G, Crespo Ramírez E, González Pérez S, Jerez Marimón D, García Capote E. Colitis ulcerosa, una mirada por dentro. *Rev cienc méd Pinar Río* [Internet]. 2018 [citado 2022 Ene 2022];22(3). Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3391/html>
16. Paredes Méndez J, Otoyá Moreno G, Mestanza Rivas Plata AL, Lazo Molina L, Acuña Ordoñez K, Arenas Gamio JL, et al. Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital de referencia de Lima-Perú. *Rev gastroenterol Perú* [Internet]. 2016 Jul-Sep [citado 17 Mar 2020];36(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292016000300004
17. Sambuelli AM, Negreira S, Gil A, Goncalves S, Chavero P, Tirado P, et al. Manejo de la enferme-
<http://revistaamc.sld.cu/>

- dad inflamatoria intestinal. Revisión y algoritmos de tratamiento. Acta Gastroenterol Latinoam [Internet]. 2019 [citado 21 Feb 2020];49(Suppl 2). Disponible en: <https://www.actagastro.org/numeros-anteriores/2019/Vol-49-S2/Vol49S2.pdf>
18. López Roldán G, Alba López C, Taxonera C. Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en 2022. An RANM [Internet]. 2022 [citado 12 May 2022];139(01):31-35. Disponible en: https://analesranm.es/wp-content/uploads/2022/numero_139_01/pdfs/ar13901-doc01.pdf
19. Kappelman MD, Rifas-Shiman SL, Kleinman K, Ollendorf D, Bousvaros A, Grand RJ, et al. The prevalence and geographic distribution of Crohn's disease and ulcerative colitis in the United States. Clin Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2007 Dic [citado 12 May 2022];5(12):1424-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17904915/>
20. Bernklev T, Huppertz-Hauss G, Opheim R, Henriksen M, Lie Høivik ML, Moum B, et al. P-048 Co-Existing IBS in Inflammatory Bowel Disease (IBD) Is Associated with Increased Risk of Chronic Fatigue (CF), Especially in Females. Inflamm Bowel Dis [Internet]. 2017 Feb [citado 17 Ene 2022];23 (Suppl 1):S20-S21. Disponible en: https://academic.oup.com/ibdjournal/article/23/suppl_1/S20/4561215
21. Iade B, Buenavida GB, Casañas A. Incidence of inflammatory bowel disease in two medical centers in Uruguay, during the period 2007-2011. Acta Gastroenterol Latinoam [Internet]. 2018 [citado 21 Feb 2020];48(4):263-70. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1993/199359103003/html/>
22. Betteridge JD, Armbruster SP, Maydonovitch C, Veerappan GR. Inflammatory bowel disease prevalence by age, gender, race, and geographic location in the U.S. military health care population. Inflamm Bowel Dis [Internet]. 2013 Jun [citado 09 Mar 2020];19(7):1421-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23518811/>
23. Selvaratnam S, Gullino S, Shim L, Lee E, Lee A, Paramsothy S, et al. Epidemiology of inflammatory bowel disease in South America: A systematic review. World J Gastroenterol [Internet]. 2019 Dic [citado 09 Mar 2020];25(47):6866-75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31885427/>
24. Salazar González M, Furet Rodríguez EM, Díaz Fondén J, Navarro Nápoles J, Alvarado Reyes YA. Factores de riesgo asociados a la enfermedad inflamatoria intestinal en ancianos. Medisan [Internet]. 2020 Ene-Feb [citado 14 Mar 2022];24(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000100088
25. Simian D, Estay C, Lubascher J, Acuña R, Kronberg U, Figueroa C, et al. Enfermedad inflamatoria intestinal a partir de una experiencia local. Rev méd Chile [Internet]. 2014 Ago [citado 18 Mar 2020];142(8). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000800008

26. Muñoz F, Ripollés T, Poza Cordón J, de las Heras Páez de la Cadena B, Martínez-Pérez MJ, de Miguel E, et al. Recommendations of the Spanish Working Group on Crohn´s Disease and Ulcerative Colitis (GETECCU) on the use of abdominal ultrasound in inflammatory bowel disease. Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2021 Feb [citado 23 May 2022];44(2):158-174. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-gastroenterologia-hepatologia-english-edition--382-articulo-recommendations-spanish-working-group-on-S2444382421000420>
27. Cervantes-Peláez D, Rojas- Peláez Y, Osorio-Cárdenas A, Alpizar-Quesada O, Reyes-Escobar AD, Smith-López E. Comportamiento de las enfermedades inflamatorias del intestino en el Servicio Provincial de Coloproctología de Camagüey. Arch méd Camagüey [Internet]. 2021 [citado 23 May 2022];25 (4). Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/8000/4069>
28. Juliao-Baños F, Puentes F, López R, Saffon MA, Reyes G, Parra V, et al. Characterization of inflammatory bowel disease in Colombia: Results of a national register. Rev Gastroenterol Méx [Internet]. 2021 Abr-Jun [citado 14 May 2022];86(2):153-62. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/en-characterization-inflammatory-bowel-disease-in-articulo-S2255534X21000207>
29. Ripollés T, Muñoz F, Martínez-Pérez MJ, de Miguel E, Poza Cordón J, de las Heras Páez de la Cadena B. Usefulness of intestinal ultrasound in inflammatory bowel disease. Radiologia. 2021 Ene-Feb; 63 (1): 89-102. doi.org/10.1016/j.rx.2020.10.001.
30. La Rosa Hernández D, Sánchez Castañeda N, Vega Sánchez H. Una mirada actualizada a la patogenia de la enfermedad inflamatoria intestinal. Arch cuba gastroenterol [Internet]. 2020 [citado 20 May 2021];1(3). Disponible en: <http://revgastro.sld.cu/index.php/gast/article/view/54/151>

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Sindelys Marrero-Rodríguez (Conceptualización. Curación de datos. Análisis formal. Visualización. Investigación. Metodología. Redacción-borrador original. Redacción-revisión y edición).

Yudenia Toledo-Cabarcos (Conceptualización. Curación de datos. Análisis formal. Supervisión. Visualización. Validación. redacción-revisión y edición).