

Colitis ulcerosa con afección segmentaria

C. Dolz, A. Vilella, H. Andreu y J. Riera

Servicio de Digestivo. Fundación Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. España.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a algún tramo o a la totalidad del colon. Desde el punto de vista endoscópico, la colitis ulcerosa presenta lesiones que se extienden desde el recto hasta un segmento variable del colon, de forma continua, siendo esta característica de gran valor para diferenciarla de la enfermedad de Crohn. La afección ininterrumpida sin tramos indemnes interpuestos justifica que no se prolongue el examen endoscópico, una vez superado el extremo distal de la lesión. **OBJETIVO:** Estudiar retrospectivamente la frecuencia de lesiones segmentarias en las colonoscopias practicadas a pacientes con colitis ulcerosa.

PACIENTES Y MÉTODOS: El diagnóstico de colitis y proctitis ulcerosa se estableció mediante criterios clínicos, endoscópicos, histológicos, analíticos y radiológicos. La indicación y el número de endoscopias obedeció a criterios clínicos de diagnóstico, reagudización, refractariedad o cribado de displasia. La extensión del examen respondió, igualmente, a criterios clínicos: la gravedad del brote, la tolerancia a la colonoscopia o el grado de limpieza.

RESULTADOS: Se realizó un total de 155 colonoscopias; en 113 (73%) se superó el extremo distal de la lesión, y en 70 (45%) se alcanzó el ciego; 27 de los 80 pacientes (33%) presentaban proctitis ulcerosa en el momento del diagnóstico; 9 de los 80 pacientes (11,3%), 7 varones ($49,1 \pm 21,55$ años) y 2 mujeres ($45 \pm 20,52$ años) presentaron lesiones endoscópicas segmentarias, interponiendo tramos endoscópicamente sanos con otros lesionados. Las biopsias sobre todos los segmentos lesionados confirmaron la afección. Sobre los tramos interpuestos sanos se realizaron biopsias en 3 de los 9 pacientes que confirmaron la indemnidad microscópica; 6 de los 9 pacientes no recibían ningún tipo de tratamiento. En todos los pacientes, excepto en 2, se alcanzó el ciego en alguna de las colonoscopias. La distribución de las

lesiones segmentarias fue variable, pero predominó la lesión segmentaria periapendicular y en ciego en 6 de los 7 pacientes en que se alcanzó el ciego.

Cinco de los 80 pacientes (6,3%) presentaron el recto respetado endoscópicamente, y cuatro de ellos recibían tratamiento sistémico o tópico. El análisis histológico confirmó la ausencia de lesiones inflamatorias en todos ellos. El único paciente que no tomaba ningún tratamiento presentó lesiones microscópicas compatibles con colitis ulcerosa.

CONCLUSIONES: La lesión endoscópica segmentaria en la colitis ulcerosa apareció en un 11,3% de los pacientes. El ciego y la región periapendicular son los tramos que con mayor frecuencia albergan lesiones segmentarias. La indemnidad rectal endoscópica y microscópica puede ser el resultado del tratamiento sistémico o tópico.

ULCERATIVE COLITIS WITH SEGMENTAL INVOLVEMENT

INTRODUCTION: Ulcerative colitis is a chronic inflammatory disease affecting areas of the colon or the full length. From the endoscopic point of view, ulcerative colitis presents lesions that stretch continuously from the rectum to variable colon segments, a characteristic that is of great value when distinguishing it from Crohn's disease. Continuous involvement, without healthy patches, justifies ending endoscopic exploration once the distal end of the lesion has been reached.

OBJECTIVE: To retrospectively study the frequency of segmental lesions in the colonoscopies performed in patients with ulcerative colitis.

METHODS: Diagnosis of ulcerative colitis and proctitis was established by clinical, endoscopic, histologic, analytical, and radiological criteria. The indication and number of endoscopies was made on the basis of the clinical criteria of diagnosis, acute episodes, refractoriness or dysplasia screening. The extent of the examination also depended on clinical criteria: the severity of the episode, tolerance to colonoscopy or the degree of cleansing.

RESULTS: A total of 155 colonoscopies were performed. In 113 colonoscopies (73%) the distal end of the lesion was reached and in 70 (45%) the cecum was reached. Of the 80 patients, 27 (33%) presented ulcerative proctitis at diagnosis. Nine of

Correspondencia: Dr. C. Dolz Abadía.
Jefe de Unidad de Aparato Digestivo. Fundación Hospital Son Llàtzer.
Carretera Manacor, km. 4. 07198 Palma de Mallorca. España.
Correo electrónico: cdolzaba@hsl.es

Recibido el 3-04-2002; aceptado para su publicación el 29-08-2002.

the 80 patients (11.3%) biopsies were performed in healthy colonic patches, which confirmed histological normality. Six of the 9 patients were receiving no treatment. In all patients except two, the cecum was reached in one or more of the colonoscopies. The distribution of the segmental lesions varied but these were mainly found in the periappendicular region and in the cecum in 6 of the 7 patients in whom the cecum was reached. Of the 80 patients, endoscopic evidence of rectal sparing was found in 5 (6.3%); of these, 4 were receiving systemic or topical treatment. Histological analysis confirmed the absence of inflammatory lesions in these patients. The only patient who was not receiving treatment presented microscopic lesions compatible with ulcerative colitis.

CONCLUSIONS: Endoscopic segmental lesions in ulcerative colitis were present in 11.3% of patients. Segmental lesions were most frequently found in the cecum and periappendicular region. Endoscopic and histologic evidence of rectal sparing may be the result of systemic or topical treatment.

INTRODUCCIÓN

La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a algún tramo o a la totalidad del colon. Cuando la lesión se circunscribe al recto se denomina proctitis ulcerosa¹. Desde el punto de vista endoscópico, la colitis ulcerosa presenta lesiones que se extienden desde el recto hasta un segmento variable del colon de forma continua, es decir, no existen tramos que combinen áreas de mucosa indemne con otras patológicas, constituyendo esta característica un elemento diferenciador de gran valor con la enfermedad de Crohn². La afección ininterrumpida sin tramos indemnes interpuestos justifica que, habitualmente, durante el estudio colonoscópico, una vez superado el extremo superior de la lesión, no se prosiga más allá. Por consiguiente, en los pacientes afectados de colitis ulcerosa no existen motivos que justifiquen el examen endoscópico del colon hasta el ciego³. Estas circunstancias explican la poca información existente, sobre las características del colon derecho en la proctitis ulcerosa y en la colitis ulcerosa distal.

Durante los últimos años, algunos estudios han comunicado casos de colitis ulcerosa con recto indemne de lesiones y afección segmentaria en diferentes localizaciones del colon⁴⁻⁷, siendo especialmente descrita la lesión segmentaria periappendicular^{8,9}. Estos hallazgos han sido cuestionados, con la argumentación de que la afección segmentaria es el resultado del efecto terapéutico tópico o sistémico de los fármacos antiinflamatorios e inmunosupresores utilizados¹⁰ o, por el contrario, correspondería a pacientes diagnosticados incorrectamente de colitis ulcerosa, que en realidad padecen una enfermedad de Crohn.

El objetivo de este estudio retrospectivo ha sido valorar la frecuencia de lesiones segmentarias en todas las colonoscopias practicadas a pacientes con colitis y proctitis ulcerosa, controlados clínicamente durante los últimos 7 años.

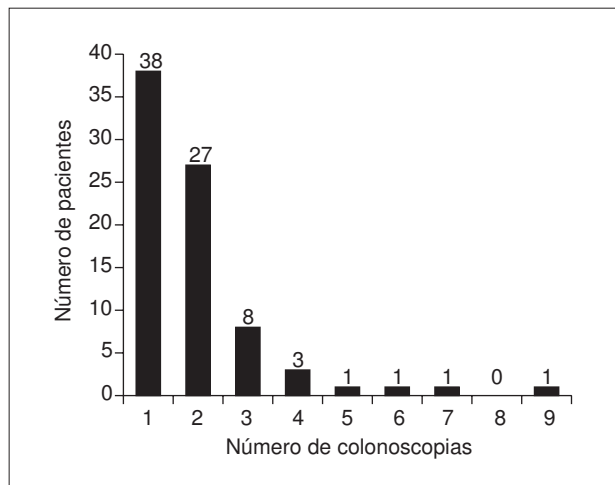


Fig. 1. Número de colonoscopias realizadas a los 80 pacientes con colitis ulcerosa.

MÉTODOS

Se analizaron de forma retrospectiva todas las colonoscopias realizadas a los pacientes afectados de colitis y proctitis ulcerosa durante el período comprendido entre enero de 1994 y abril de 2001. El diagnóstico de colitis y proctitis ulcerosa se estableció mediante criterios clínicos, colonoscopia con estudio de biopsias, analíticos (análisis general en sangre y orina), microbiológicos (coprocultivo, estudio de parásitos y determinación de toxina A de *Clostridium difficile*) y radiológicos (radiografía simple de abdomen y tránsito intestinal en algunos pacientes). La afección fue catalogada de proctitis ulcerosa cuando la lesión endoscópica mucosa no sobrepasaba 12-15 cm desde la línea dentada del canal anal. Se utilizó un videoendoscopio CF 100 conectado a un videoprocador CV-100 de Olympus. El número de colonoscopias realizadas en cada paciente vino motivado por criterios clínicos, como los siguientes: reagudización de la enfermedad, cribado de displasia, evolución clínica atípica o desfavorable. La extensión del examen endoscópico estuvo sujeto, igualmente, a criterios clínicos, como la gravedad del brote, la tolerancia al examen endoscópico y el grado de limpieza alcanzada. Se tomaron un mínimo de 3 biopsias de todos los tramos lesionados y de los tramos interpuestos sanos, mediante endoscopia, en sólo 3 pacientes. Se consideró que la mucosa de colon era endoscópicamente normal o sana cuando desaparecían todos los signos característicos de ulceración, inflamación y edema, y la mucosa cobraba su aspecto normal: visualización del patrón vascular submucoso, aspecto liso de la mucosa y reflejo regular de la luz del endoscopio. Además, todos los pacientes fueron controlados clínicamente en la consulta externa durante el período de estudio.

RESULTADOS

Se incluyen en este estudio 80 pacientes afectados de colitis ulcerosa o de proctitis ulcerosa, 39 varones de $47,9 \pm 17,64$ años (rango 18-80) y 41 mujeres de $49,7 \pm 18,75$ años (rango 26-88).

Se realizaron un total de 155 colonoscopias. La distribución del número de colonoscopias realizadas a cada paciente viene reflejada en la figura 1. Se realizó una sola colonoscopia a 38 pacientes, se practicaron dos colonoscopias a 27 pacientes, 3 colonoscopias a 8 pacientes, y 4 colonoscopias a 3 pacientes; por último, se realizaron 5, 6, 7 y 9 colonoscopias a 4 pacientes, respectivamente (fig. 1). Se halló una serie de lesiones asociadas: seudopólipos (16%), diverticulitis (4%), seudopólipos y puentes fibrosos (4%), fisura anal (4%), seudopólipos gigantes (3%), pólipos adenomatosos (3%), adenocarcinoma asociado a pólipo adenomatoso (1%) (fig. 2).

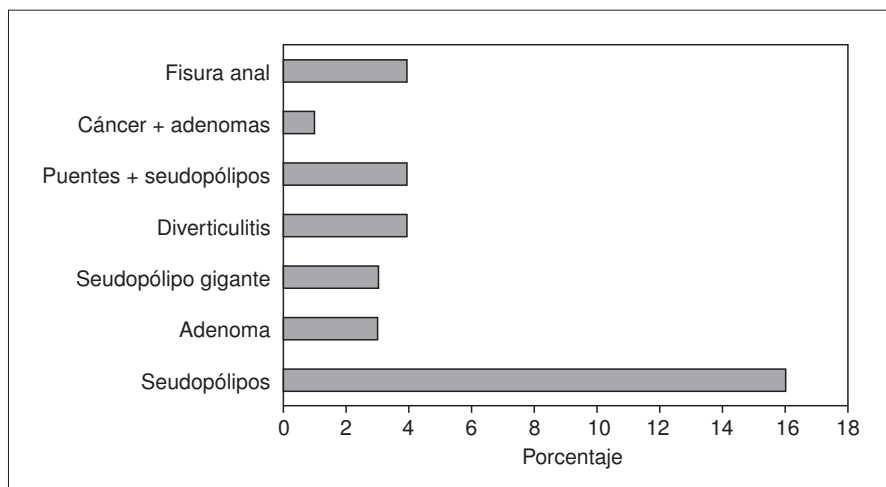


Fig. 2. Otras lesiones endoscópicas asociadas en los 80 pacientes con colitis ulcerosa.

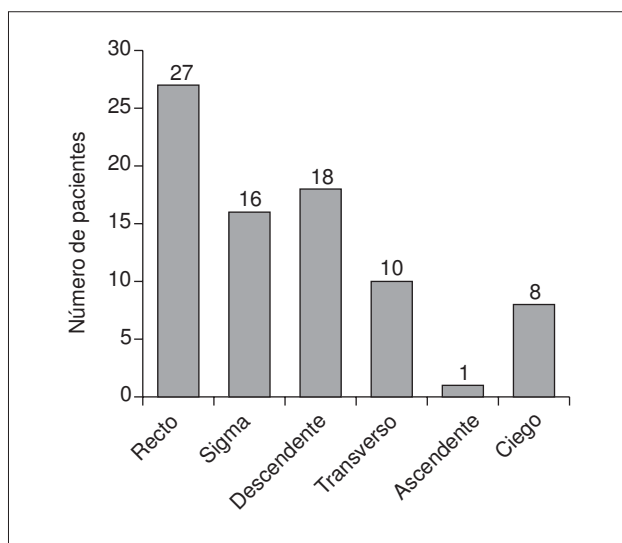


Fig. 3. Extensión proximal de la lesión en los 80 pacientes con colitis ulcerosa

La colonoscopia fue completa hasta el ciego en 70 de las 155 practicadas (45%); este dato se corresponde con 42 de los 80 pacientes (52%) que tuvieron un examen endoscópico detallado del ciego y del área periapendicular. El examen endoscópico superó el extremo proximal de la lesión en 113 de 155 colonoscopias (73%), dato que se corresponde con 73 de los 80 pacientes (91%) en los que se superó el final de la lesión inflamatoria. Por consiguiente, en 7 pacientes no se superó el extremo de la lesión en ninguna endoscopia.

Veintisiete de los 80 pacientes (33,%) fueron diagnosticados en la primera endoscopia de proctitis ulcerosa. El resto de casos (53 pacientes) fueron diagnosticados de colitis ulcerosa. La lesión se extendió hasta el sigma en 16 pacientes (20%), y hasta el descendente en 18 pacientes (22,5%). Por consiguiente, las colitis ulcerosas izquierdas constituyen un total de 61 casos (76%). La lesión alcanzó el colon transverso en 10 pacientes (8%), el ascendente en uno (1,2%) y hasta el ciego en 8 (10%) (fig. 3).

Nueve de los 80 pacientes (11,3%), 7 varones ($49,1 \pm 21,55$ años) y 2 mujeres ($45 \pm 20,52$ años), presentaron lesiones endoscópicas segmentarias, interponiéndose tramos endoscópicamente sanos con otros lesionados. El examen histológico sobre todos los segmentos lesionados reveló signos de colitis ulcerosa, confirmando la afección en todos los casos. Sobre los tramos interpuestos sanos se realizaron biopsias en 3 de los 9 pacientes; su examen histológico fue normal, y no se hallaron signos de colitis ulcerosa. Seis de los 9 pacientes no recibían ningún tipo de tratamiento cuando se detectaron lesiones segmentarias. En todos los pacientes con lesiones segmentarias, excepto en dos (pacientes 4 y 7), se alcanzó el ciego en alguna de las colonoscopias. La distribución de las lesiones segmentarias fue variable, aunque predominó la lesión segmentaria periapendicular y en ciego en 6 de los 7 pacientes en que la colonoscopia fue total. Se realizó ileoscopia en 5 de los 9 pacientes, y en todos ellos su imagen endoscópica normal en todos ellos (fig. 4 y tabla I).

Cinco de los 80 pacientes (6,3%) presentaron el recto respetado endoscópicamente; 4 de ellos recibían tratamiento sistémico o tópico. El análisis histológico confirmó la ausencia de lesiones inflamatorias en todos ellos. El único paciente con recto endoscópicamente respetado que no recibía ningún tratamiento presentó lesiones microscópicas compatibles con colitis ulcerosa (tabla II).

DISCUSIÓN

La endoscopia en la colitis ulcerosa tiene los siguientes objetivos: efectuar el diagnóstico, determinar su grado de extensión, cuantificar la gravedad de la lesión, identificar lesiones asociadas o efectuar un cribado de displasia. En cualquiera de estas circunstancias, una vez superado el extremo superior o proximal de la lesión, apreciándose una mucosa de aspecto normal, se inicia la retirada del endoscopio, tomando biopsias si éstas fueran necesarias. El carácter continuo de la lesión no justifica habitualmente que se complete la colonoscopia hasta el ciego. Esta sistemática endoscópica es la que se viene realizando en la colitis ulcerosa; por consiguiente, pocos pacientes con

TABLA I. Características principales de los pacientes con colitis ulcerosa y lesiones segmentarias

Paciente	Edad, sexo	Evolución (años)	N.º de colonoscopias/ colonoscopias totales/ lesiones segmentarias	Tratamiento	Concordancia histológica tramos lesionados/tramos sanos	Tramos lesionados	Ileoscopia
1	75, V	0,5	3/3/3	Ninguno	+ +	R,S,Ap	Normal
2	35, M	1	1/1/1	Ninguno	+ +	R,S,C	Normal
3	18, V	8	4/2/1	5-ASA, AZA, cs	+ NR	R,S,D,Ap	Normal
4	69, V	2	1/0/1	5-ASA	+ NR	R,S,T*	NR
5	65, V	1	1/1/1	Ninguno	+ NR	R,S,C	NR
6	42, V	3	1/1/1	Ninguno	+ NR	R,D,C	NR
7	47, V	0,5	2/0/1	Ninguno	+ NR	R,S,D*	NR
8	28, V	1	2/2/2	Ninguno	+ +	R,D	Normal
9	26, M	6	2/1/1	5-ASA, AZA, cs	+ NR	R,S,C	Normal

5-ASA: 5-aminosalicilicos; AZA: azatioprina; cs: corticoides; NR: no realizado; R: recto; S: sigma; D: descendente; T: transversal; A: ascendente; C: ciego; Ap: área apendicular; V: varón; M: mujer.

*No se examinó el ciego.

TABLA II. Características principales de los pacientes con colitis ulcerosa y recto indemne endoscópicamente

Paciente	Edad, sexo	Evolución (años)	N.º de colonoscopias	Tratamiento sistémico/tópico	Análisis histológico
1	37, M	1	3	5-ASA/ninguno	Cambios mínimos
2	56, V	1	1	5-ASA/5-ASA	Normal
3	25, V	11	3	5-ASA, AZT/ninguno	Normal
4	56, M	25	1	5-ASA/corticoides	Normal
5	27, M	3	2	Ninguno/ninguno	Colitis ulcerosa

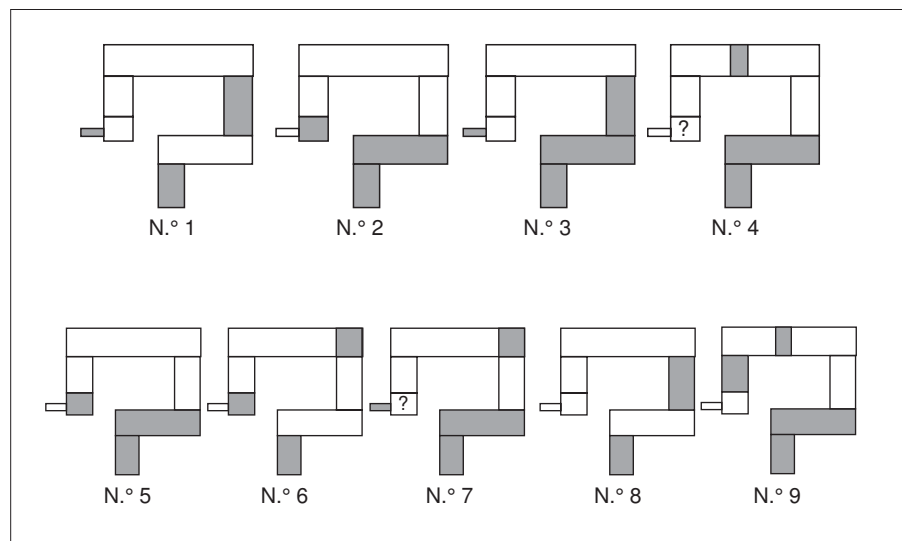


Fig. 4. Distribución esquemática de las lesiones inflamatorias segmentarias en los 9 pacientes.

proctitis, proctosigmoiditis o incluso con colitis ulcerosa distal poseen un estudio endoscópico completo. Existe escasa información bibliográfica sobre los tramos de colon sanos en la colitis ulcerosa.

Sin embargo, algunos estudios han indicado que en la colitis ulcerosa las lesiones no son siempre continuas, sino que existen lesiones segmentarias o parcheadas. Bernstein et al⁵ describieron, en un estudio prospectivo, lesiones segmentarias endoscópicas y microscópicas en el 23% de los pacientes con colitis ulcerosa distal, en los que se había realizado una rectosigmoidoscopia. En otro estudio publicado por Kim et al⁶ se estudiaron, de forma retrospectiva, 32 pacientes afectados de colitis ulcerosa, a quienes se realizaron 175 colonoscopias (161 colonoscopias y 14 sigmoidoscopias), y se halló que en 20 endoscopias

(11%) y en 12 pacientes (38%) existían lesiones segmentarias. En este mismo estudio, el recto apareció sin lesiones endoscópicas y/o histológicas en 27 endoscopias (15%) de 14 pacientes (44%). Un tercer estudio prospectivo, realizado por D'Haens et al⁷ en 20 de pacientes afectados de colitis ulcerosa distal –de los cuales 9 no recibían ningún tratamiento médico–, a quienes se practicó una ileocolonoscopy con biopsias de íleon y de los todos los segmentos de colon, se comprobó la presencia de lesiones segmentarias en el 75% de los casos, siendo los segmentos interpuestos lesionados más frecuentes el área periapendicular y el ciego. La inflamación segmentaria apendicular ya había sido descrita previamente en piezas quirúrgicas en la colitis ulcerosa¹¹. Los tres estudios citados⁵⁻⁷ se complementan con otros que apoyan la segmen-

tariedad de la lesión en la colitis ulcerosa, pero presentan inconvenientes metodológicos: no siempre se realiza colonoscopia hasta el ciego⁵, el estudio completo del colon se realiza mediante enema opaco¹², la segmentariedad de las lesiones se refiere únicamente al examen microscópico¹³, combinan pacientes tratados y no tratados con diferentes fármacos y vías de administración, o bien las muestras estudiadas proceden de piezas de colectomía quirúrgicas⁸. Por todo ello, no es posible extraer conclusiones definitivas. El significado clínico y el curso evolutivo de la colitis ulcerosa con lesiones segmentarias ha sido comunicado en un solo estudio, que incluía 352 pacientes con colitis ulcerosa, de los cuales 34 (9,6%) presentaban lesiones inflamatorias segmentarias en el colon derecho. No se hallaron diferencias estadísticas entre éstos y un grupo control, con respecto a la edad de diagnóstico, el sexo, las manifestaciones extraintestinales, el consumo de AINE, la historia familiar de colitis ulcerosa, el consumo de tabaco, los antecedentes de apendicectomía, la gravedad de la enfermedad, el desarrollo de evolución a pancolitis o el desarrollo de signos clínicos o histológicos de enfermedad de Crohn¹⁴.

Nuestro estudio retrospectivo analiza los hallazgos endoscópicos, tras realizar colonoscopias según criterios de indicación clínicos. Estas circunstancias pueden explicar que sólo un 45% de las colonoscopias fueran completas hasta el ciego. Por los mismos criterios clínicos, en un 27% de las endoscopias no se superó el extremo proximal de la lesión. A pesar de ello, se pudo determinar que 9 pacientes en algún momento de la evolución de su enfermedad presentaban lesiones endoscópicas segmentarias, existiendo una perfecta correlación endoscópico-histológica en todos los segmentos interpuestos lesionados y en todos los casos en que se realizaron biopsias de los segmentos interpuestos endoscópicamente sanos. La posibilidad de que se tratara en realidad de una enfermedad de Crohn fue considerada en todos estos casos, pero no pudo ser confirmada a lo largo del período de seguimiento y descartada en 5 de los 9 pacientes en que la ileoscopia fue normal. Otros diagnósticos, como colitis infecciosa, colitis isquémica o colitis asociada a fármacos, quedaron descartado mediante los estudios microbiológicos, el análisis histológico y el seguimiento clínico. Por otra parte, las lesiones segmentarias interpuestas entre tramos de mucosa sana presentaban unas características endoscópicas muy típicas de colitis ulcerosa: tramos simétricos, uniformemente lesionados con microúlceras y límites lesionales bien delimitados, aspectos éstos impropios en la enfermedad de Crohn. La distribución de las lesiones segmentarias fue variable en extensión y topografía, predominaron los segmentos lesionados de corta longitud (2-5 cm por lo general) y destacó la presencia de lesiones inflamatorias periapendiculares o en el ciego en 7 de los 9 pacientes en que el ciego pudo examinarse con precisión (fig. 4 y tabla I). Debemos destacar que ninguno de estos pacientes presentó lesiones en los bordes de la válvula ileocecal, hallazgo muy frecuente en la enfermedad de Crohn ileocecal.

La colitis ulcerosa es una enfermedad dinámica, su evolución natural puede provocar la involución de las lesiones. De igual forma, el tratamiento médico puede producir una remisión y una normalización completa de las lesiones, tanto endoscópica como microscópicamente. Este hecho se ha puesto de manifiesto de forma particular cuando se ha realizado un tratamiento tópico rectal con mesalazina o corticoides¹⁰. Debemos destacar que, en nuestra serie, 6 de los 9 pacientes con lesiones segmentarias no recibían ni habían recibido, durante un período no inferior a 2 meses, ningún tratamiento específico de colitis ulcerosa. En consecuencia, consideramos que no debería imputarse una causa farmacológica a las lesiones segmentarias halladas a lo largo del colon. La existencia de colitis ulcerosa con lesiones segmentarias en pacientes no tratados ha sido descrita por otros autores^{7,9}. Yang et al⁹ describen la presencia de lesiones inflamatorias segmentarias en el orificio periapendicular en un 32% de 28 pacientes afectados de colitis ulcerosa que no recibían ningún tratamiento. En este estudio cabe destacar la relación inversamente proporcional entre la frecuencia de lesiones periapendiculares y la extensión de la colitis ulcerosa. Estos datos y los presentados en nuestra serie indican que la lesiones segmentarias no pueden atribuirse a la acción antiinflamatoria farmacológica con efecto desigual sobre diferentes tramos del colon. Por otra parte, la referida lesión inflamatoria localizada en el orificio apendicular ha sido descrita desde hace años con frecuencia variable: 12%¹⁵, 15%¹⁶ y 37%⁸. La inflamación segmentaria en el orificio apendicular genera preguntas sobre el papel que el apéndice desempeña en la patogenia de la colitis ulcerosa. Debe destacarse el dato epidemiológico de que la apendicectomía puede proteger el desarrollo de una colitis ulcerosa^{8,17,18} y el efecto beneficioso que puede tener sobre el curso evolutivo de la enfermedad¹⁹.

Reconocemos que es provocador declarar que la colitis ulcerosa puede ser una enfermedad inflamatoria del colon con tramos lesionados interpuestos entre segmentos sanos, puesto que ello desdogmatiza un criterio principal de su diagnóstico: la lesión continua. Más iconoclasta puede parecer la indicación de que en la colitis ulcerosa el recto puede no estar lesionado. Sin embargo, también este dogma ha sido cuestionado por algunos autores^{20,21}. Bernstein et al¹⁵ describen que el recto fue normal en el 15% de los pacientes con colitis ulcerosa, aunque la mitad de ellos presentaba signos de colitis quiescente. La segmentariedad o la ausencia de lesiones inflamatorias rectosigmoideas, tanto endoscópicas como microscópicas, ha sido descrita en niños con colitis ulcerosa inicial que no habían recibido ningún tratamiento²². La opinión de los expertos y revisores es que la lesión rectal existe en todos los pacientes con colitis ulcerosa, si bien con el tiempo la enfermedad puede presentar una gran variabilidad, endoscópica y microscópica, con áreas respetadas endoscópicamente y cambios histológicos que van desde alteraciones inflamatorias muy leves, cambios en la arquitectura mucosa mínimos, o incluso ausencia completa de alteraciones temporalmente. Todo ello englobado en un curso evolutivo muy dinámico y variable en cada paciente y

mediatizado por factores extrínsecos capaces de modificar el estado de actividad de la enfermedad. Dentro de los factores extrínsecos, el que más influye en estos cambios es el tratamiento médico, especialmente cuando su aplicación es tópica^{10,23}. Es probable que el tratamiento médico sea el responsable de la indemnidad rectal endoscópica y microscópica apreciada en nuestros pacientes. Debemos resaltar que una visión endoscópica normal puede albergar lesiones microscópicas de colitis ulcerosa, lo que obligaría a realizar biopsias sobre todos los tramos sanos, si pretendemos determinar con seguridad la extensión de la lesión¹³. No debemos olvidar, por otra parte, que la colitis ulcerosa es una enfermedad que puede modificar sus patrones de expresión endoscópica e histológica de forma muy importante a lo largo de su evolución; estos cambios no deberían necesariamente cuestionar el diagnóstico de colitis ulcerosa en favor de la enfermedad de Crohn.

Los datos que ofrece nuestro estudio retrospectivo se suman a las informaciones bibliográficas previas. Éstas indicaban que en la colitis ulcerosa, en algunos casos y situaciones, existen segmentos interpuestos de mucosa lesionada a lo largo del colon, y que ello es posible en ausencia de tratamiento farmacológico específico. Las lesiones segmentarias pueden aparecer al inicio o durante el curso evolutivo de la enfermedad. Cualquier tramo es susceptible de contener lesiones segmentarias, pero el área periapendicular y el ciego parecen ser las que con mayor probabilidad albergan lesiones. Según esta información, parece razonable matizar el dogma de que la colitis ulcerosa es siempre una enfermedad inflamatoria endoscópica y microscópicamente continua. También parece oportuno revisar el método tradicional de efectuar una colonoscopia en la colitis ulcerosa, puesto que un examen que no alcance el ciego y no lo examine con detalle puede infravalorar la extensión real de la enfermedad y, por consiguiente, diseñar una estrategia terapéutica inadecuada.

BIBLIOGRAFÍA

- Jewel DP. Ulcerative colitis. En: Sleisenger MH, Fordtran JS, editors. *Gastrointestinal disease*. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders Co., 1993; p. 1305-30.
- Haggitt RC. Ulcerative colitis. En: Goldman H, Appelman HD, Kauffman N, editors. *Gastrointestinal pathology*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1990; p. 325-55.
- Hogan WJ, Hensley GT, Geenen JE. Endoscopic evaluation of inflammatory bowel disease. *Med Clin North Am* 1980;64: 1083-102.
- Oshitani N, Kitano A, Nakamura S, Obata A, Hashimura H, Hiki M, et al. Clinical and prognostic features of rectal sparing in ulcerative colitis. *Digestion* 1989;42:39-43.
- Bernstein CN, Shanahan F, Anton P, Weinstein WN. Patchiness of mucosal inflammation in treated ulcerative colitis: a prospective study. *Gastrointest Endosc* 1995;42:232-7.
- Kim B, Barnett JL, Kleer CG, Appelman HD. Endoscopic and histological patchiness in treated ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol* 1999;94:3258-62.
- D'Haens G, Geboes K, Peeters M, Baert F, Ectors N, Rutgeerts P. Patchy cecal inflammation associated with distal ulcerative colitis. A prospective endoscopic study. *Am J Gastroenterol* 1997; 92:1275-9.
- Scott IS, Sheaff M, Coumbe A, Feakins RM, Rampton DS. Appendiceal inflammation in ulcerative colitis. *Histopathology* 1998;33:168-73.
- Yang SK, Jung HY, Kang GH, Kim YM, Myung SJ, Shim KM, et al. Appendiceal orifice inflammation as a skip lesion in ulcerative colitis: an analysis in relation to medical therapy and disease extent. *Gastrointest Endosc* 1999;49:743-7.
- Odze R, Antonioli D, Peppercorn M, Goldman H. Effect of topical 5-aminosalicylic acid (5-ASA) therapy on rectal mucosal biopsy morphology in chronic ulcerative colitis. *Am J Surg Pathol* 1993;17:869-75.
- Goldburn JR, Appelman HD. Appendiceal involvement in ulcerative colitis. *Mod Pathol* 1992;5:607-10.
- Spiliadis CA, Spiliadis CA, Leonard-Jones JE. Ulcerative colitis with rectal sparing of the rectum. Clinical features, histology and prognosis. *Dis Colon Rectum* 1987;30:334-6.
- Kleer CG, Appelman HD. Ulcerative colitis. Patterns of involvement in colorectal biopsies and changes with time. *Am J Surg Pathol* 1998;22:983-9.
- Mutinga ML, Farraye FA, Wang HH, Odze RD. Clinical significance of right colonic inflammation in patients with left sided chronic ulcerative colitis: a study of 34 patients. *Abstract DDW* 2001.
- Perry WB, Opelka FG, Smith D, Hicks TC, Timmcke AE, Gathright JB, et al. Discontinuous appendiceal involvement in ulcerative colitis: pathology and clinical correlation. *J Gastrointest Surg* 1999;3:141-4.
- Kroft SH, Stryker SJ, Rao MS. Appendiceal involvement as a skip lesion in ulcerative colitis. *Mod Pathol* 1994;7:912-4.
- Rutgeerts P, D'Haens G, Hiele M, Geboes K, Vantrappen G. Appendectomy protects against ulcerative colitis. *Gastroenterology* 1994;106:1251-3.
- Okawa K, Oiwa H, Aoki T, Harihara S. Appendiceal lesion in ulcerative colitis. *Nippon Rinsho* 1999;57:2584-9.
- Okazaki K, Onodera H, Wanatabe N, et al. A patient with improvement of ulcerative colitis after appendectomy. *Gastroenterology* 2000;119:502-6.
- Bernstein C, Shanahan F, Weinstein W. Histological patchiness and sparing of the rectum in ulcerative colitis: refuting de dogma. *J Clin Pathol* 1997;50:354-5.
- Levine TS, Tzardi M, Mitchell S, Sowter C, Price AB. Diagnostic difficulty arising from rectal recovery in ulcerative colitis. *J Clin Pathol* 1996;49:319-23.
- Markowitz J, Hahn E, Grancher K, Hyams J, Treem W, Daum F. Atypical rectosigmoid histology in children with newly diagnosed ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol* 1993;88:2034-7.
- Zaitoun AM, Cobden I, Mardini HA, Record CO. Morphometric studies in rectal biopsy specimens from patients with ulcerative colitis: effect of oral 5-aminosalicylic acid and rectal prednisolone treatment. *Gut* 1991;32:183-7.