



REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES

<https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>

Manifestaciones clínicas y endoscópicas en enfermedad inflamatoria intestinal

Clinical and endoscopic manifestations in inflammatory bowel disease

Macarena Gompertz^a, Rocío Sedano^b

^a Gastroenteróloga. Clínica Universidad de Chile Quilín. Santiago, Chile.

^b Gastroenteróloga. Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del Artículo:

Recibido: 16 01 2019.

Aceptado: 05 06 2019.

Palabras clave:

Enfermedad inflamatoria intestinal; colitis ulcerosa; enfermedad de Crohn; índices de actividad endoscópica; colonoscopia.

Key words:

Inflammatory bowel disease; ulcerative colitis; Crohn's disease; endoscopic activity indexes; colonoscopy.

RESUMEN

La Colitis Ulcerosa y la Enfermedad de Crohn, son enfermedades crónicas, inmunomediadas, que afectan al tubo digestivo, alternando períodos de inactividad con períodos de crisis durante los cuales el paciente presenta manifestaciones clínicas como diarrea y dolor abdominal. La gravedad de las crisis dependerá del tipo, extensión y severidad del compromiso de la enfermedad inflamatoria intestinal. En el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes, el estudio endoscópico tiene un importante rol adyuvante a la evaluación clínica, existiendo múltiples índices endoscópicos que ayudan a definir el compromiso por la enfermedad, permitiendo el ajuste de tratamiento acorde a los hallazgos. En ésta revisión, se describen los hallazgos clínicos, de laboratorio y endoscópicos más frecuentemente descritos en la enfermedad inflamatoria intestinal.

ABSTRACT

Ulcerative Colitis and Crohn's Disease are chronic, immunomediated diseases that affect the digestive tract, alternating periods of inactivity with periods of crisis, where patients present clinical manifestations such as diarrhea and abdominal pain. The complexity of the crisis will depend on the type, extent, and severity of the disease. Endoscopic studies have an essential role for diagnosis and follow-up, multiple endoscopic indexes guide us to evaluate the extent and severity of the disease allowing the adjustment of treatment according to the findings. In this review, we describe the most frequent clinical, laboratory and endoscopic findings in inflammatory bowel disease.

✉ Autor para correspondencia

Correo electrónico: macagompertz@yahoo.es

<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.06.002>

e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2019 Revista Médica Clínica Las Condes.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una enfermedad crónica que afecta al tubo digestivo, comprometiendo sólo la mucosa del colon en el caso de la colitis ulcerosa (CU) y pudiendo comprometer de manera transmural, cualquier segmento entre la boca hasta el ano, en el caso de la enfermedad de Crohn (EC). En el 10% de los casos de EII el compromiso colónico no puede llegar a clasificarse claramente como CU o EC, denominándose colitis indeterminada¹⁻⁴.

La EII se caracteriza por alternar períodos de inactividad con períodos de actividad inflamatoria o crisis durante los cuales el paciente presenta síntomas que dependerán de la extensión y severidad de la enfermedad. El objetivo del tratamiento de la EII es disminuir la frecuencia e intensidad de las crisis e idealmente lograr la remisión clínica y endoscópica⁵⁻¹⁰.

Para establecer el diagnóstico de EII es necesario tener una unidad diagnóstica con cuadro clínico, hallazgos de laboratorio, radiológicos, endoscópicos e histológicos compatibles con la enfermedad. En cuanto al cuadro clínico, la presencia de diarrea con sangre es el síntoma más característico de la CU, mientras que en la EC la manifestación más frecuente es el dolor abdominal. La ileo-colonoscopia desempeña un papel fundamental en el diagnóstico y seguimiento de la EII, permitiendo el diagnóstico diferencial con otras patologías, evaluar la extensión de la enfermedad, el grado de severidad, monitorear la respuesta al tratamiento y evaluar y tratar las complicaciones¹¹.

1. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

1.1 Manifestaciones clínicas en Colitis Ulcerosa

La CU se caracteriza por la presencia de inflamación crónica de la mucosa del colon, que se inicia en el recto y se extiende hacia

los segmentos proximales, manifestándose mediante tres tipos principales de compromiso (Figura 1):

- **Proctitis (30-60% de los pacientes):** el compromiso de la CU se encuentra limitado al recto (15 cm desde el esfínter anal). En ocasiones el compromiso puede extenderse hasta sigmoides catalogándose como proctosigmoiditis dada su importancia en relación al tratamiento.

- **Colitis izquierda (16-45% de los pacientes):** inflamación de la mucosa desde el recto hasta el ángulo esplénico.

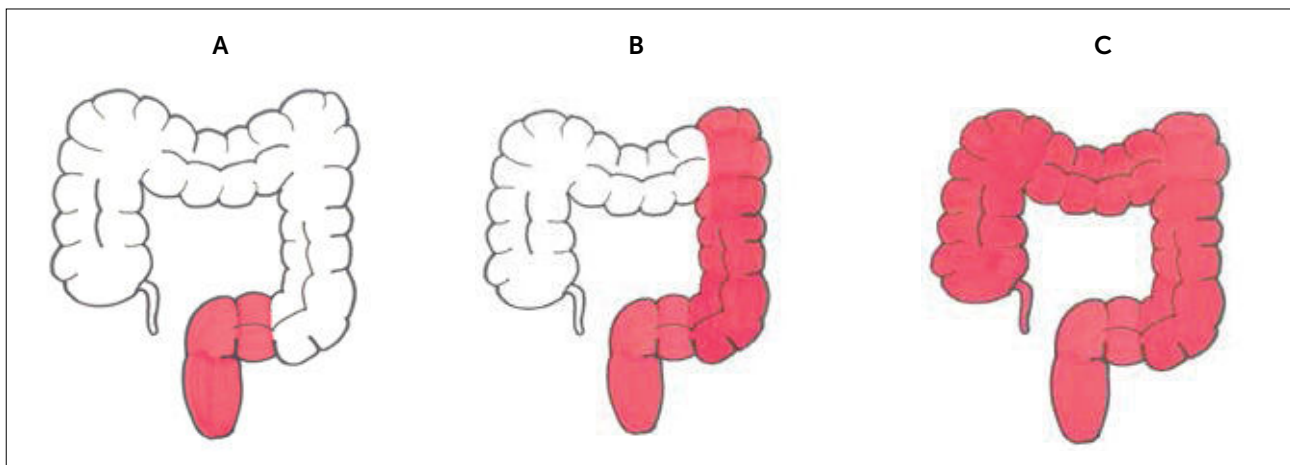
- **Colitis extensa (15-35% de los pacientes):** el compromiso se extiende en forma continua desde el recto hasta más allá del ángulo esplénico. Pancolitis: el compromiso se extiende en forma continua hasta el ciego.

En el 15-20% de los casos de colitis extensa se puede observar ileitis distal por reflujo.

Durante la evolución de la enfermedad un tercio de los pacientes con colitis distal puede presentar extensión del compromiso hacia proximal⁵⁻⁷.

Las manifestaciones clínicas de la CU incluyen deposiciones líquidas con sangre y/o mucosidad, dolor abdominal, fatiga y síntomas rectales como tenesmo (sensación de evacuación incompleta), urgencia defecatoria y/o incontinencia fecal. La presentación clínica estará determinada por la extensión del compromiso en el colon y la severidad del cuadro, como se describe en la clasificación de Montreal (Tabla 1). En la colitis extensa los pacientes presentan deposiciones líquidas con sangre asociada a molestia o dolor abdominal; en el caso de proctitis predominan los síntomas rectales. En el caso de crisis moderada a severa, la manifestación principal es diarrea con sangre, con una frecuencia habitualmente >6 deposiciones al día, asociada a manifestaciones sistémicas como fiebre y taquicardia. El índice de Truelove-Witts es una herramienta útil para evaluar la severidad de la crisis (Tabla 2)^{7, 12-15}.

Figura 1. Dibujo esquemático de los tipos de compromiso colónico en colitis ulcerosa



A: Proctitis. B: Colitis izquierda. C: Colitis extensa o pancolitis.

Tabla 1. Clasificación de Montreal de colitis ulcerosa

CLASIFICACIÓN DE MONTREAL	
Extensión (E)	E1 Proctitis ulcerosa E2 Colitis izquierda E3 Colitis extensa
Gravedad (S)	S0 Colitis en remisión S1 Colitis leve: ≤ 4 deposiciones con sangre al día, sin síntomas sistémicos ni alteraciones de laboratorio. S2 Colitis moderada: criterios intermedios entre leve y grave, con signos de compromiso sistémico leves. S3 Colitis grave: ≥ 6 deposiciones con sangre al día, taquicardia, fiebre, leucocitosis, anemia y aumento de la VHS.

Tabla 2. Índice de Truelove Witts

INDICE DE TRUELOVE WITTS			
	1 punto	2 puntos	3 puntos
Número de deposiciones	<4 al día	4 - 5 al día	≥ 6 al día
Sangre en las deposiciones	Ocasional	Frecuente	Continua
Temperatura (°C)	<37°C	37 - 37.8°C	>37.8°C
Frecuencia cardiaca	<80 por minuto	80 -90 por minuto	>90 por minuto
Hemoglobina (g/L)			
Hombres	>14	10-14	<10
Mujeres	>12	9-12	<9
Velocidad de sedimentación (VHS) (mm/h)	< 15	15-30	>30

Enfermedad inactiva: ≤ 6 puntos, crisis leve: 7 a 10 puntos, crisis moderada: 11-14 puntos, crisis grave: 15 a 18 puntos.

En relación a la actividad de la CU los pacientes pueden presentar manifestaciones extraintestinales, principalmente articulares, cutáneas y oculares. De las manifestaciones articulares, la más frecuente es la presencia de dolor en rodillas, tobillos y muñecas, siendo un cuadro autolimitado que cede con el control de la actividad inflamatoria intestinal. En cuanto a las manifestaciones cutáneas el eritema nodoso es la más frecuente y se caracteriza por la presencia de nódulos dolorosos en la región pretibial que se relacionan con la actividad de la enfermedad. La EI se asocia a un mayor riesgo de trombosis venosa, particularmente en periodos de crisis, por lo que es importante considerar este aspecto en pacientes hospitalizados y realizar las profilaxis correspondientes²⁻⁷.

1.2 Manifestaciones clínicas en Enfermedad de Crohn

La EC puede comprometer cualquier tramo del tubo digestivo, siendo su localización más frecuente el íleon. Se trata de una enfermedad transmural que puede manifestarse con fenotipos inflamatorio, estenosante o fistulizante. Sus manifestaciones clínicas dependerán de la localización de la enfermedad (ileal,

cólica, ileocólica o tracto digestivo alto), el comportamiento (fenotipo) y la severidad del cuadro. El inicio de la enfermedad en edades más tempranas se considera un factor de riesgo dado que se asocia a fenotipos más agresivos. Estos parámetros son considerados en la Clasificación de Montreal con el objetivo de evaluar subgrupos de pacientes, facilitando la comparación entre poblaciones y unificando criterios en estudios clínicos (Tabla 3)⁸⁻¹³.

Los síntomas de presentación de la EC son heterogéneos, pero comúnmente incluyen dolor abdominal, pérdida de peso y/o diarrea crónica. El escenario más frecuente es un paciente joven con dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho asociado a baja de peso. La fatiga y la anorexia son síntomas comunes. En pacientes con compromiso de colon la manifestación clínica es similar a la CU presentándose con diarrea con sangre y/o mucosidad junto con síntomas rectales en el caso de proctitis. Hasta un tercio de los pacientes presentan enfermedad perianal que se manifiesta clínicamente con dolor, descarga perianal y formación de abscesos, provocando en algunos casos incontinencia^{1,4}.

Tabla 3. Clasificación de Montreal de Enfermedad de Crohn

CLASIFICACIÓN DE MONTREAL	
Edad al diagnóstico (A)	A1 ≤16 años A2 17-40 años A3 >40 años
Localización (L)	L1 Íleon terminal L2 Colon L3 Ileocólica L4 Tracto digestivo alto
Patrón clínico (B)	B1 Inflamatorio B2 Estenosante B3 Fistulizante p compromiso perianal asociado

En el examen físico se evaluarán los signos de compromiso sistémico, desnutrición, deshidratación o anemia. En el examen abdominal se debe evaluar la presencia de dolor abdominal y la existencia de masa palpable en el cuadrante inferior derecho, que representa asas intestinales y/o mesenterio engrosado o un absceso. El examen de la región perianal debe ser rutinario en pacientes con sospecha o diagnóstico de EC, pudiendo observar lesiones como plicomas, fisuras y/o fístulas con o sin abscesos.

Hasta el 35-40% de los pacientes presentan manifestaciones extraintestinales, principalmente articulares, cutáneas u oculares, que incluso pueden preceder al diagnóstico de EC en el 25% de los casos. Algunas de estas manifestaciones se relacionan con la actividad de la enfermedad, como el caso del eritema nodoso, las úlceras orales, epiescleritis y la artropatía periférica pauciarticular (tipo 1) que se caracteriza por dolor en grandes articulaciones principalmente rodillas, tobillos y muñecas en el contexto de enfermedad intestinal activa^{4,8}.

Para evaluar la actividad clínica de la EC y analizar la respuesta a tratamiento en los ensayos clínicos, se han desarrollado índices como el *Crohn's Disease Activity Index* (CDAI) y el índice de Harvey Bradshaw (HBI). El CDAI considera ocho parámetros: número de deposiciones líquidas al día, dolor abdominal y estado general, que son evaluados en un período de 7 días; además de la presencia de complicaciones, el uso de antidiarreicos, la existencia de masa abdominal, el hematocrito y peso del paciente. El rango es de 0 a 600, considerando remisión clínica un puntaje <150. El CDAI es el índice clínico más frecuentemente utilizado, sin embargo, es complejo y posee alta variabilidad interobservador. El HBI evalúa 5 variables: estado general del paciente, número de deposiciones al día, dolor abdominal, masa palpable y presencia de complicaciones. Se considera

remisión clínica de la EC una puntuación ≤4. La ventaja de este índice es su baja complejidad y buena correlación con el CDAI (Tabla 4)¹⁶⁻¹⁷.

2. EXÁMENES DE LABORATORIO EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

En cuanto a los exámenes de laboratorio, las alteraciones que se observan con mayor frecuencia son anemia, trombocitosis y elevación de parámetros inflamatorios como la Proteína C Reactiva (PCR) y la velocidad de eritrosedimentación (VHS). Es posible observar hipoalbuminemia y déficit de vitaminas en pacientes con compromiso extenso de intestino delgado. En pacientes con crisis leve los valores de laboratorio no suelen mostrar mayores alteraciones, en el caso de pacientes con crisis moderadas o severas se suele observar anemia por déficit de hierro, hipoalbuminemia y elevación de parámetros inflamatorios¹⁸⁻¹⁹.

Tabla 4. Índice de Harvey Bradshaw

ÍNDICE DE HARVEY BRADSHAW	
Estado general	Muy bueno (0 puntos) Regular (1 punto) Malo (2 puntos) Muy malo (3 puntos) Terrible (4 puntos)
Dolor abdominal	Ausente (0 puntos) Leve (1 punto) Moderado (2 puntos) Severo (3 puntos)
Número de deposiciones al día	Puntaje según el número
Masa abdominal	No (0 puntos) Dudosa (1 punto) Definida (2 puntos) Dolorosa (3 puntos)
Complicaciones	(1 punto por cada variable) Artralgia Uveítis Eritema nodoso Aftas Pioderma gangrenoso Fisura anal Absceso Fístula

En el 60-70% de pacientes con EC se puede observar anticuerpos anti *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA), con una utilidad diagnóstica baja pero con algún rol en el pronóstico dado que aquellos que poseen títulos elevados tienen mayor probabilidad de desarrollar fenotipos más agresivos^{4,19}.

La calprotectina fecal (CF) es una proteína contenida en los leucocitos polimorfonucleares, constituyendo un 60% del contenido total de proteínas presentes en el citoplasma de los neutrófilos, encontrándose niveles elevados de calprotectina en las heces de pacientes con diversos procesos inflamatorios intestinales, constituyendo una herramienta para orientar qué pacientes deben someterse a estudio endoscópico. El rol de CF como marcador diagnóstico en EII ha sido ampliamente estudiado, demostrando una alta sensibilidad (80% a 98%) y especificidad (68% a 96%). El punto de corte varía entre 50 y 250 $\mu\text{g/g}$, teniendo los valores inferiores a 100 $\mu\text{g/g}$ un alto valor predictivo negativo para EII. La Sociedad Europea de Gastroenterología (UEG) recomienda medir CF en el momento del diagnóstico de EII para contar con un valor basal que permita comparaciones futuras. La disminución de CF puede predecir la respuesta clínica y endoscópica al tratamiento. Un valor de CF >250 $\mu\text{g/g}$ orienta a persistencia de la inflamación o mayor probabilidad de brote en pacientes asintomáticos, justificando la realización de un examen endoscópico. En pacientes con CF entre 100 y 250 $\mu\text{g/g}$ se recomienda realizar una segunda medición de CF a los tres meses para definir la conducta a seguir^{18,20,21}.

3. ILEO - COLONOSCOPIA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Frente a la sospecha de EII la ileo-colonoscopia con biopsias es el procedimiento de elección para establecer el diagnóstico y evaluar la extensión de la enfermedad. Este examen debe realizarse en forma precoz y antes del inicio de cualquier tratamiento médico^{1,11,22}.

En la CU el compromiso de la mucosa comienza desde el recto y se extiende proximalmente de forma continua, con un claro límite entre zonas con inflamación activa y zonas sanas (zona de transición) (Figura 2). El recto se encuentra habitualmente comprometido, pero en pacientes en tratamiento puede observarse mucosa rectal de aspecto sano. Algunas series de casos describen que entre el 8% y hasta el 58% de los pacientes con colitis izquierda o proctitis, se puede observar compromiso periapendicular (denominada colitis bipolar)²³⁻²⁴.

En el caso de la EC el compromiso de la mucosa puede ser parcheado, con áreas de inflamación interpuesta entre

Figura 2. Imagen endoscópica de colon que muestra la clara zona limitante entre mucosa sana y mucosa enferma en colitis ulcerosa



mucosa de aspecto normal. Es frecuente el aspecto en empedrado de la mucosa, particularmente en el ileon. Las úlceras en EC tienden a ser más profundas y longitudinales y se pueden observar áreas de estenosis y orificios fistulosos (Figura 3)^{8,9}.

Figura 3. Imagen endoscópica de mucosa ileal inflamada, ulcerada, cubierta por fibrina y con lumen estenótico, en enfermedad de Crohn

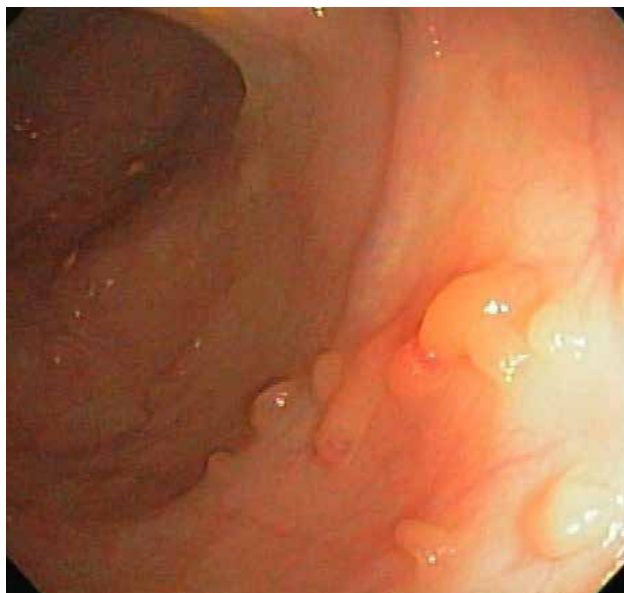


En pacientes con EI se puede observar pólipos inflamatorios (previamente llamados pseudopólipos) que corresponden a lesiones polipoideas, habitualmente pequeñas, aisladas o múltiples a lo largo del colon. Estas lesiones son el resultado de la inflamación y regeneración de la mucosa intestinal y suelen mantenerse a pesar del tratamiento, por lo que pueden observarse en el estudio endoscópico de pacientes con enfermedad inactiva²⁵ (Figura 4).

El diagnóstico diferencial de EI puede ser complejo debido a una presentación clínica y endoscópica similar con otras patologías como colitis infecciosas (*Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter* o tuberculosis intestinal), colitis isquémica, colitis por AINES y colitis actínica. La sobreinfección en EI por Citomegalovirus o *Clostridium difficile* pueden dificultar el diagnóstico^{22,25}.

Para el diagnóstico de EI se recomienda la toma de múltiples biopsias obtenidas tanto de áreas con inflamación activa como de segmentos macroscópicamente normales. La recomendación de las guías de la *European Crohn's and Colitis Organisation* (ECCO) es obtener al menos dos muestras de seis segmentos que incluyen íleon terminal, colon ascendente, transversal, descendente, sigmoide y recto y de las lesiones encontradas durante el estudio endoscópico. Es importante evaluar y consignar el compromiso de la mucosa en la colonoscopia índice (al momento del diagnóstico) dado que una vez iniciada la terapia la inflamación puede aparecer segmentaria, a menudo con preservación rectal relativa^{1,2,11}.

Figura 4. Imagen endoscópica de colon con múltiples pólipos inflamatorios en colitis ulcerosa



3.1 Enfermedad de Crohn vs Colitis Ulcerosa

Ningún hallazgo endoscópico es específico para diferenciar entre CU y EC. Las características que orientan al diagnóstico de CU son el compromiso colónico continuo desde el recto hacia proximal. Las características endoscópicas que orientan a EC son lesiones discontinuas, úlceras profundas, estrelladas, lineales o serpiginosas. La enfermedad perianal o la visualización de orificios fistulosos debe orientar a EC. La presencia de estenosis es rara en la CU y debe plantear la posibilidad de EC o neoplasia colorectal. La presencia de ileitis orienta hacia el diagnóstico de EC, sin embargo, en el 20% de pacientes con pancolitis ulcerosa se puede observar ileitis por reflujo, caracterizada por inflamación de algunos centímetros del íleon terminal, sin ulceración. En el caso de la EC se observa ileitis asociada a presencia de úlceras, estenosis de íleon terminal y/o compromiso de la válvula ileocecal^{11,25,26}.

3.2 Clasificaciones endoscópicas en colitis ulcerosa

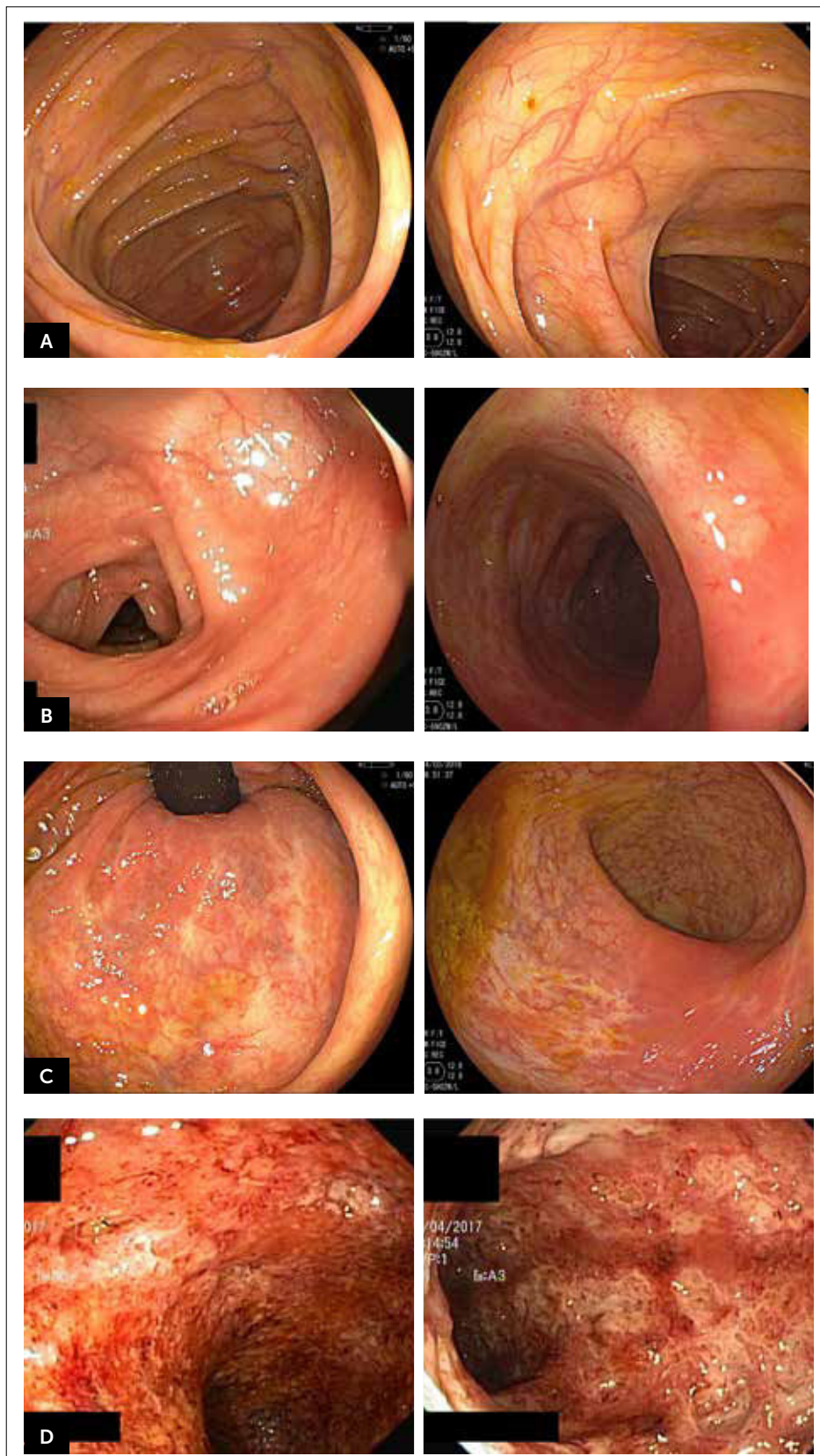
El compromiso de la mucosa varía en relación a la severidad de la crisis, observando desde desaparición del patrón vascular hasta la presencia de úlceras y sangrado espontáneo en los casos más severos. Para definir la severidad del compromiso en la CU se han utilizado varias clasificaciones endoscópicas, siendo las más utilizadas la clasificación endoscópica de Mayo y el índice endoscópico de severidad en CU (UCEIS)²⁷⁻²⁹.

El índice de la Clínica Mayo, desarrollado en 1987 por Schroeder et al, considera cuatro factores: frecuencia de deposiciones, sangrado, hallazgos endoscópicos y evaluación global del paciente. En la subpuntuación endoscópica se utiliza una escala de cuatro puntos (0-3) que evalúa la desaparición del patrón vascular, la presencia de eritema, erosiones, úlceras y sangrado espontáneo (Tabla 5, Figura 5). El subscore endoscópico de Mayo es el más utilizado en ensayos clínicos para la evaluación de remisión endoscópica, definiéndose como curación mucosa a un puntaje de 0-1^{1,11}.

Tabla 5. Subscore endoscópico de Mayo para colitis ulcerosa

SUBSCORE ENDOSCÓPICO DE MAYO	
Mayo 0	Normal o inactivo
Mayo 1	Disminución del patrón vascular, leve friabilidad, eritema de la mucosa
Mayo 2	Ausencia de patrón vascular, friabilidad marcada, erosiones
Mayo 3	Úlceras, sangrado espontáneo

Figura 5. Imágenes endoscópicas de colon con diferentes grados de compromiso mucoso clasificados según subscore endoscópico de Mayo



El índice UCEIS, desarrollado en 2012 por Travis et al, considera 3 aspectos endoscópicos: patrón vascular, sangrado y presencia de erosiones y/o úlceras (Tabla 6). UCEIS es una modalidad simple y confiable para la evaluación endoscópica en CU y ha sido validado con particular utilidad en estudios clínicos²⁷⁻²⁹.

3.3 Clasificaciones endoscópicas en enfermedad de Crohn

Las manifestaciones endoscópicas en EC incluyen eritema, mucosa con aspecto empedrado, friabilidad, úlceras y estenosis. En el 50% de los pacientes se observa compromiso ileocólico, en el 30% el compromiso se encuentra limitado a intestino delgado y en el 20% se observa compromiso colónico exclusivo^{8,9}.

Se han desarrollado índices clínicos y endoscópicos para evaluar la actividad de la EC. En este contexto, el índice endoscópico de severidad (CDEIS) y el índice endoscópico simple para EC (SES-CD) han demostrado ser reproducibles y han sido validados prospectivamente. El CDEIS fue desarrollado en 1989 por el grupo francés GETAID. Este índice evalúa 5 segmentos (recto, colon izquierdo, transverso, colon derecho e ileon) y mediante una escala visual análoga cada 10 cm, describe la presencia de úlceras superficiales y profundas, el porcentaje de superficie comprometida por la EC, el porcentaje de superficie ulcerada y la existencia de estenosis, con un puntaje de 0-44. El CDEIS es un índice reproducible que posee una buena correlación con la gravedad de las lesiones pero requiere entrenamiento (Tabla 7)³⁰⁻³².

3.4 Evaluación de intestino delgado

La EC frecuentemente involucra el íleon terminal, pudiendo ser evaluada mediante la ileo-colonoscopia. Sin embargo, en algunos pacientes la enfermedad puede afectar al intestino

Tabla 7. Índice endoscópico de severidad en enfermedad de Crohn (CDEIS)

CDEIS	
Úlceras profundas (en todos los segmentos explorados)	Ausentes (0 puntos) Presentes (12 puntos)
Úlceras superficiales (en todos los segmentos explorados)	Ausentes (0 puntos) Presentes (6 puntos)
Superficie comprometida (en todos los segmentos explorados)	0-10
Superficie comprometida por úlceras (en todos los segmentos explorados)	0-10
Estenosis ulcerada	Ausente (0 puntos) Presente (3 puntos)
Estenosis no ulcerada	Ausente (0 puntos) Presente (3 puntos)

Se considera resolución endoscópica un puntaje ≤ 7 . En el seguimiento una disminución en al menos 4 o 5 puntos indica respuesta endoscópica.

delgado proximal quedando fuera del alcance del colonoscopio, recomendándose el estudio de intestino delgado mediante cápsula endoscópica, enterografía por tomografía computada o enterografía por resonancia^{1,33,34}.

Según la guías ECCO, en pacientes con sospecha de EC con ileo-colonoscopia negativa, la cápsula endoscópica podría ser el examen de elección para la evaluación del intestino delgado, en ausencia de síntomas obstructivos. La cápsula endoscópica es un examen sensible para detectar lesiones tempranas del intestino delgado y con alto valor predictivo negativo, por lo que la EC puede ser excluida en la mayoría de los pacientes con un estudio de cápsula negativa^{1,34}.

Tabla 6. Índice endoscópico de severidad en colitis ulcerosa (UCEIS)

UCEIS		
	Puntaje	Definición
Patrón vascular	Normal (0) Perdida focal (1) Ausencia de patrón vascular (2)	Patrón normal Patrón vascular parcheado Ausencia de patrón vascular
Sangrado	No (0) Mucoso (1) Luminal mínimo (2) Luminal moderado a severo (3)	Sin sangre visible Puntos con sangre superficial de fácil lavado Presencia de sangre en la luz Sangrado franco o que permanece a pesar del lavado
Erosiones y úlceras	No (0) Erosiones (1) Úlceras superficiales (2) Úlceras profundas (3)	Sin erosiones o úlceras Defectos en la mucosa ≤ 5 mm Úlceras >5 mm superficiales Úlceras profundas con bordes sollevantados

4. CONCLUSIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal es una enfermedad crónica, que afecta principalmente a pacientes jóvenes, manifestándose con diarrea con sangre, síntomas rectales y/o dolor abdominal. El primer elemento para el diagnóstico es la sospecha clínica, que asociado a biomarcadores, exámenes imagenológicos, estudios endoscópicos e histológicos permitirá catalogar el cuadro, en la mayoría de los casos, como EC o CU. En cuanto a la evaluación clínica, la clasificación de *Truelove* para la CU y los índices CDAI y HBI para la EC permiten la categorización de severidad en las crisis y/o objetivar la respuesta clínica a tratamiento.

En relación a los biomarcadores, la calprotectina fecal ha adquirido un rol importante como guía en la selección de pacientes para estudio endoscópico y ha demostrado utilidad como parte de la evaluación de la respuesta a tratamiento.

Respecto al estudio endoscópico, en todo paciente con sospecha de EII se debe realizar ileo-colonoscopía con toma de

biopsias. Los hallazgos endoscópicos más frecuentes en CU son la presencia de eritema, friabilidad, erosiones y/o úlceras que se extienden en forma continua desde recto hacia proximal; en el caso de la EC los hallazgos más frecuentes son el compromiso parcheado con la presencia de eritema y úlceras principalmente en ileon distal, pudiendo observar estenosis y/o orificios fistulosos.

El objetivo del tratamiento en EII es la remisión clínica junto con la curación de la mucosa. Se han desarrollado múltiples índices endoscópicos para evaluar la actividad de la enfermedad, siendo los más utilizados en la práctica clínica el subcore de Mayo y el UCEIS en el caso de CU, y el CDEIS y SES-CD en EC.

La alta sospecha clínica asociada al conocimiento de las manifestaciones endoscópicas permite el diagnóstico precoz de EII y el inicio temprano de tratamiento, favoreciendo un mejor control de la enfermedad.

Declaración conflicto de intereses

Los autores no tienen conflictos de interés.

Las imágenes fueron obtenidas respetando el anonimato de los pacientes y su consentimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gionchetti P, Dignass A, Danese S et al. ECCO 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016. Part 2: Surgical Management and Special Situations. *J Crohns Colitis* 2017;11(2):135-149.
- Matsuoka K, Kobayashi T, Ueno F et al. Evidence-based clinical practice guidelines for inflammatory bowel disease. *J Gastroenterol* 2018;53(3):305-353.
- Ungaro R, Mehandru S, Patrick B, Peyrin-Biroulet L, Colombel JF. Ulcerative colitis. *Lancet*. 2017; 389: 1756-70.
- Torres J, Mehandru S, Colombel JF, Peyrin-Biroulet L. Crohn's disease. *Lancet* 2017;389(10080):1741-1755.
- Dignass A, Eliakim R, Magro F et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 1: definitions and diagnosis. *J Crohns Colitis* 2012;6:965-990.
- Panés J, Alfaro I. New treatment strategies for ulcerative colitis. *Expert Rev Clin Immunol*. 2017; 13: 963-73.
- Ricart E. Colitis Ulcerosa. Hospital Clínic Barcelona. IDIBAPS y CIBERehd. Disponible en: www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/32_Colitis_ulcerosa.pdf
- Feuerstein JD, Cheifetz AS. Crohn Disease: Epidemiology, Diagnosis, and Management. *Mayo Clin Proc* 2017;92(7):1088-1103.
- Gajendran M, Loganathan P, Catinella AP, Hashash JG. A comprehensive review and update on Crohn's disease. *Dis Mon* 2018; 64(2):20-57.
- Gomollón F, Sans M. Enfermedad inflamatoria intestinal: Enfermedad de Crohn. Disponible en www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/31_Enfermedad_inflamatoria_intestinal_Enfermedad_de_Crohn.pdf
- Annese V, Daperno M, Rutter MD et al. European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis* 2013; 7: 982-1018.
- Walsh AJ, Bryant RV, Travis SP. Current best practice for disease activity assessment in IBD. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2016;13(10):567-79.
- Peyrin-Biroulet L, Panés J, Sandborn WJ et al. Defining Disease Severity in Inflammatory Bowel Diseases: Current and Future Directions. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2016;14(3):348-354.
- Hyams JS. Standardized recording of parameters related to the natural history of inflammatory bowel disease: from Montreal to Paris. *Dig Dis* 2014;32(4):337-44.
- Spekhorst LM, Visschedijk MC, Alberts R et al; Dutch Initiative on Crohn and Colitis. Performance of the Montreal classification for inflammatory bowel diseases. *World J Gastroenterol* 2014;20(41):15374-81.
- Best WR, Becktel JM, Singleton JW et al. Development of a Crohn's Disease Activity Index. *Gastroenterology* 1976; 70:439-444.
- Harvey RF, Bradshaw JM. A simple index of Crohn's disease activity. *Lancet* 1980;315:514.
- Valenzuela E, Ródenas A, Sánchez Martínez A. Use of biomarkers in inflammatory bowel disease. *Med Clin (Barc)* 2018 Nov 27. pii: S0025-7753(18)30636-5.
- Derkacz A, Olczyk P, Komosinska-Vashev K. Diagnostic Markers for Nonspecific Inflammatory Bowel Diseases. *Dis Markers* 2018;2018:7451946.
- Reenaers C, Bossuyt P, Hindryckx P, Vanpoucke H, Cremer A, Baert F. Expert opinion for use of fecal calprotectin in diagnosis and monitoring of inflammatory bowel disease in daily clinical practice. *United European Gastroenterol J* 2018;6(8):1117-1125.
- Mumolo MG, Bertani L, Ceccarelli L et al. From bench to bedside: Fecal calprotectin in inflammatory bowel diseases clinical setting.

- World J Gastroenterol.* 2018;24(33):3681-3694.
22. Moran CP, Neary B, Doherty GA. Endoscopic evaluation in diagnosis and management of inflammatory bowel disease. *World J Gastrointest Endosc* 2016;8(20):723-732.
 23. Rubin D, Rothe J. The Peri-appendiceal Red Patch in Ulcerative Colitis: Review of the University of Chicago Experience. *Dig Dis Sci* 2010; 55:3495-3501.
 24. Matsushita M, Takakuwa H, Matsubayashi Y et al. Appendix is a priming site in the development of ulcerative colitis. *World J Gastroenterol* 2005;11:4869-4874.
 25. Castro J. Endoscopia de la colitis ulcerosa. Disponible en <http://endoinflamatoria.com/endoscopia-de-la-colitis-ulcerosa/>.
 26. Al-Bawardy B, Hansel SL, Fidler JL et al. Endoscopic and Radiographic Assessment of Crohn's Disease. *Gastroenterol Clin North Am* 2017;46(3):493-513.
 27. Mohammed Vashist N, Samaan M, Mosli MH et al. Endoscopic scoring indices for evaluation of disease activity in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;1:CD011450.
 28. Travis SP, Schnell D, Krzeski P et al. Developing an instrument to assess the endoscopic severity of ulcerative colitis: the Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity (UCEIS). *Gut* 2012;61(4):535-42.
 29. Ikeya K, Hanai H, Sugimoto K et al. The Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity More Accurately Reflects Clinical Outcomes and Long-term Prognosis than the Mayo Endoscopic Score. *J Crohns Colitis* 2016;10(3):286-95.
 30. Khanna R, Nelson SA, Feagan BG et al. Endoscopic scoring indices for evaluation of disease activity in Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;8:CD010642.
 31. Khanna R, Zou G, Stitt L et al. Responsiveness of Endoscopic Indices of Disease Activity for Crohn's Disease. *Am J Gastroenterol* 2017;112(10):1584-1592.
 32. Mary JY, Modigliani R. Development and validation of an endoscopic index of the severity for Crohn's disease: GETAID. *Gut* 1989;30(7):983-9.
 33. Kopylov U, Koulaouzidis A, Klang E, Carter D, Ben-Horin S, Eliakim R. Monitoring of small bowel Crohn's disease. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 2017;11(11):1047-1058.
 34. Kopylov U, Yung DE, Engel T et al. Diagnostic yield of capsule endoscopy versus magnetic resonance enterography and small bowel contrast ultrasound in the evaluation of small bowel Crohn's disease: Systematic review and meta-analysis. *Dig Liver Dis* 2017;49(8):854-863.