

ASPECTO RADIOLOGICO DE LA ENTERITIS REGIONAL*

DR. PEDRO RAMOS
Académico de número

EN LOS CASOS AGUDOS el diagnóstico pertenece al acto operatorio. Cuando se ha empleado el método radiológico y se ha precedido a la laparotomía lo habitual es que se hayan hecho placas simples que han proporcionado datos de síndrome oclusivo y han decidido la intervención. En consecuencia el diagnóstico previo a la intervención prácticamente no existe.

En los casos crónicos si hay sospecha clínica el examen radiológico es obligatorio. Se deben emplear los métodos orales y el enema rectal. Serán más útiles los datos de los primeros en las localizaciones del delgado y el segundo en las del grueso. De ahí que ofrezca mayor oportunidad de diagnóstico la localización cercana a la válvula de Bahuín en la que pueden dar datos las dos clases de exámenes, por el contrario la oportunidad es menor en las localizaciones altas como las cercanas al estómago o al ángulo de Treitz, las primeras dan la apariencia de síndrome pilórico y las segundas de vómito bilioso.

Si se emplea el método oral no es conveniente tomar placas a plazos regulares ya previstas de antemano, porque pueden pasar inadvertidos

* Leído el 20 de junio de 1956.

aspectos importantes, el examen fluoroscópico debe ser frecuente y constituirse en maniobra de acecho para sorprender y radiografiar imágenes demostrativas.

El enema oral o el tránsito rápido provocado por suero helado pueden acortar la espera. El enema rectal debe ser también cuidadosamente vigilado por la fluoroscopia, porque la mayor riqueza de datos se tendrán una vez franqueada la válvula de Bahuín en la localización más frecuente y el llenado del íleon debe ser discreto. En los casos con estenosis se pueden obtener datos muy útiles.

La variabilidad de los aspectos radiológicos se explica por la diversidad de lesiones. La evolución tiende generalmente a la estenosis y la regresión es rara. Pero la duración de la evolución es variable, y puede ser corta o larga o larvada o intermitente, su contraste de una o varias localizaciones, por lo cual no pueden ser descritos aspectos radiológicos constantes.

Marshak¹ revisó 750 casos vistos en 12 años y clasificó aspectos muy variables. Desde lo ligeramente anormal de la mucosa del intestino delgado, difícil de diferenciar de lo considerado normal, se pasa a los pliegues gruesos y desordenados, a los trazos irregulares que traducen, según se dice, procesos ulcerosos, a la rigidez y falta de flexibilidad, a los pólipos y pseudo divertículos y finalmente a la lesión estenosante cuya expresión sería la cuerda. Crohn² aconseja buscar con lupa en las placas trazos fistulosos. Aunque no son patognomónicos estos signos dice Ritvo³ son tan frecuentes que casi parecen característicos de la ileítis terminal.

El término "signo de la cuerda" fué descrito originalmente por Crane² para designar aspectos de la colitis ulcerosa. Kantor lo encontró demostrativo y hoy es más conocido y popular en la descripción de la ileítis. La cuerda puede confundirse dice Ritvo² con la articulación sacro-ílica, con el apéndice o con el intestino contraído. En un caso del señor doctor Abraham Ayala González, con las imágenes radiológicas clásicas no se encontró anormalidad alguna en la intervención. El "signo de la cuerda" se encuentra también en la tuberculosis, en el carcinoma y carcinoide, en los sarcomas y linfo sarcomas, en la lipodistrofia intestinal, en los quistes, en los injertos endometriales.

La radiología podrá precisar la topografía pero a veces sus datos son negativos y habrán sido de más valor en el balance final los datos del interrogatorio y los de la exploración física. Sin embargo, lo habitual, es que en la mayoría de los casos la radiología contribuirá en gran proporción al diagnóstico y aunque sus imágenes no pretendan solucionar la

eiología, en general es válida la afirmación de que cuando se sospecha la ileítis o enteritis regionales en ausencia de laparotomía exploradora, el diagnóstico se funda en los hallazgos radiológicos. El diagnóstico definitivo corresponderá a las comprobaciones operatoria y anatomo patológica.

REFERENCIAS

- ¹ *Roentgen Findings in Regional Enteritis*. R. H. Marshak y B. S. Wolf. Am. J. Roentgenol. 74: 1000-1014. Dec. 1955.
- ² *Regional Ileitis*. Burril B. Crohn. Staples Press Limited, London 1949. p. 88.
- ³ *Ritvo Max y Shauffer I. A. Gastro-Intestinal X Ray Diagnosis*. Lea Febiger. Philadelphia 1952. p. 381.

R E S U M E N

La identificación de la enteritis regional tiene un gran auxilio con el diagnóstico radiológico, sin poder considerar patognomónicos los distintos signos encontrados.

Las lesiones más fácilmente diagnosticables son las que se encuentran en las cercanías de la válvula ileocecal.

Hay casos sin signos radiológicos.

El diagnóstico diferencial con otros padecimientos ateniéndose solamente al examen radiológico, puede hacerse muy difícil.

Desde el punto de vista radiológico, pueden clasificarse las lesiones como:

Estenosantes y No estenosantes.

Varias imágenes radiológicas pueden no traducir el estado orgánico del intestino, sino un estado espasmódico que puede conducir a error.

S U M M A R Y

The identification of the regional enteritis has a great help with the X-ray diagnostic, without considering pathognomic the different signs found.

The more easily diagnosticable lesions are that found in the nearby of the ileocecal valve.

There are cases without X-ray signs.

The differential diagnosis with other conditions can be difficult based only in the X-ray examination.

From the roentgenologic standpoint, the lesions can be divided as: Stenosing and Not stenosing.

The organic status of the intestine may not be revealed by the X-ray pictures but a spasmodic condition can be apparent which may lead to error.