

ANATOMIA PATOLOGICA MACROSCOPICA
Y TRATAMIENTO DE LA ENTERITIS
REGIONAL *

DR. ABRAHAM AYALA GONZÁLEZ
Académico de número

DR. ANTONIO MORAYTA
De la Unidad de Gastroenterología
del Hospital General.

LAS LESIONES DE LA ENTERITIS regional se sitúan predominantemente en el ileum y de allí que la denominación de ileítis sea de las empleadas en la terminología médica, pues aparecen en una proporción de 60 a 70 por ciento.

Las lesiones situadas muy cerca de la válvula íleo-cecal han dado también el nombre al padecimiento de ileítis terminal, teniendo en cuenta las observaciones iniciales de los norteamericanos.

En nuestro medio, hemos encontrado lesiones en el yeyuno y aún en el duodeno, aunque no frecuentemente; lo mismo podríamos decir del colon. No es frecuente que la lesión invada la válvula íleo-cecal. Más adelante presentamos un caso con la apariencia de un neoplasma. En uno de los pacientes operados, la primera lesión encontrada estaba a unos cuantos centímetros del ángulo duodeno-yeyunal y su fisonomía clínica, sin un análisis cuidadoso de los síntomas era de una estenosis pilórica.

* Leído el 20 de junio de 1956.

Las formas agudas de ileítis terminal simulan un ataque de apendicitis y cuando el cirujano no es cuidadoso en su exploración operatoria, puede quitar un apéndice sano y pasar inadvertida la ileítis, causa de las manifestaciones agudas del paciente. El asa se presenta congestiva, con fibrina, brillante, engrosada (caso reciente del Hospital Inglés). Cuando las lesiones no son muy avanzadas, la grasa mesentérica invade las caras del intestino enfermo y en ocasiones pueda llegar hasta muy cerca del borde libre.

Es muy frecuente encontrar muy desarrollados los pequeños vasos terminales que llegan al intestino, aprovechando esta característica como elemento de diagnóstico. Algunos ejemplos podremos presentar más adelante.

Las lesiones más avanzadas aparecen más circunscritas, engrosadas, con fibrina y frecuentemente con franca apariencia de lesión estenosante. Cuando las lesiones son múltiples, existen segmentos de intestino normales o dilatados o hipertróficos cuando la estenosis es muy acentuada.

Las fístulas internas, sobretudo las que se establecen entre asas de yeyuno, íleon y colon, no son muy aparentes, pero las asas se encuentran estrechamente unidas y si el cirujano se empeña en separarlas se hace evidente la comunicación patológica. Son la causa del síndrome de insuficiencia yeyuno-ileal, por el acortamiento del tránsito en la superficie de absorción del intestino. Hemos encontrado fístulas entre asas de delgado, entre delgado y colon o ciego y en un caso privado entre íleon y vejiga.

La adenopatía mesentérica es inseparable de la enteritis regional o segmentaria. Los ganglios nunca se supuran; nunca se caseifican. La caseificación de los ganglios indica sin duda una tuberculosis intestinal. Algunos casos de nuestra clínica de la Unidad de Gastroenterología así lo confirman. La adenopatía es difusa, no limitada a la zona de las lesiones aparentes; probablemente constituye la lesión inicial que más tarde da lugar a lesiones en el intestino. Es posible que sea esto una base anatómica más de la teoría patogénica de que el padecimiento sea de origen ganglionar inicialmente.

Hemos encontrado formas difusas, no precisamente tumorales limitadas que son desfavorables a la Cirugía; infiltrativas, extensas; en contraste con las bien definidas y circunscritas, que son de mejor pronóstico y traen menos recidivas postoperatorias.

El aspecto mucoso del intestino es muy característico y pocas veces da lugar a duda, pudiéndose diferenciar del cáncer y de la tuberculosis. Los pliegues transversales desaparecen en el sitio de la lesión; los procesos ulcerosos se mezclan con el tejido infiltrante o de cicatriz. Existen procesos diferentes de infiltración, de ulceración, de cicatriz en la misma lesión, procesos en diferentes etapas de evolución.

Las úlceras son más frecuentes en el sentido longitudinal, sobre el borde mesentérico del intestino, algunas profundas, perforantes hasta el mesenterio. Esta topografía de las lesiones daría un apoyo más a la teoría linfática de las lesiones.

Algunas lesiones contienen elementos polipoideos, granulados. La infiltración es aparente en la submucosa y en ocasiones invade la muscular. Con los fenómenos estenosantes la musculosa es hipertrófica fuera de la lesión, en la porción distal de la estenosis.

La histotopografía de las lesiones, y el estudio preciso de las mismas será tratada por el Dr. Antonio Morayta.

A continuación el Dr. Morayta nos dirá unas palabras sobre la anatomopatología de esta enfermedad:

DR. MORAYTA:

En la zona afectada, la pared del intestino aparece engrosada y la mucosa presenta úlceras de profundidad variable que pueden ser punto de partida de fistulizaciones.

La capa más afectada de la pared intestinal es la submucosa que presenta fibrosis, edema e infiltración linfocitaria y en la muscular hay fibrosis y formación de tubérculos, semejantes a la tuberculosis, pero no hay caseificación y tampoco se han demostrado bacilos de Koch. Sin embargo el cuadro histológico es igual en muchos padecimientos de tipo alérgico y por lo tanto no es específico. En los ganglios se encuentra una reacción similar a la intestinal o simple retículo-hiperplasia o linfo-hiperplasia.

R E S U M E N

El Ileon es la zona del tubo digestivo más afectada por la dolencia.

Hemos encontrado lesiones en el duodeno, yeyuno y colon y en algunos casos lesiones ileocecales.

Las formas agudas de Ileítis inducen a error con la Apendicitis aguda.

Se describen las lesiones de formas circunscritas generalmente estenosantes y de otras formas difusas.

Las fístulas internas no son raras en estos padecimientos, más aún se han considerado como muy frecuentes.

La adenopatía mesentérica es inseparable de la ileítis regional.

Se describen los caracteres macroscópicos por la cara serosa y mucosa del intestino.

S U M M A R Y

The ileum is the region more involved by this illness.

We have found lesions in the duodenum, jejunum and colon, and in some ilio-cecal lesions.

The acute forms of the terminal ileitis leads to confuse them with acute appendicitis.

There are described the lesions of circumscribed forms usually stenosing and other difuse forms of them.

Internal fistulae are not uncommon in these conditions, in fact they are considered as very frequent.

Mesenteric adenitis is always associated with regional ileitis.

Macroscopic characteristics of the serous and mucous layers of the intestine, are described.

Mientras raciocinamos sobre la vida, la vida pasó; y la muerte, aunque tal vez la reciben de muy diverso modo, trata igualmente al necio que al filósofo.—HUME.

Es más fácil sopotar la muerte sin pensar en ella, que el pensamiento de la muerte sin peligro.—PASCAL.

Por la perspectiva cierta de la muerte podría mezclarse a la vida una gota deliciosa y perfumada; pero vosotros, singulares farmacéuticos del alma, habéis hecho de esa gota un veneno infecto que hace repugnante la vida entera.—NIETZCHE.