

COLITIS ULCEROSA CRONICA INESPECIFICA.
DIAGNOSTICO RADIOLOGICO*

DR. FRANCISCO BASSOLS.

EL COLON se explora radiológicamente por medio del enema del bario, el que siempre debe ir precedido por los exámenes clínico y endoscópico. Como este padecimiento se inicia casi siempre en el recto y en el sigmoides, el enfermo llega al radiólogo, la mayoría de las veces, con un diagnóstico etiológico firme. En estas circunstancias corresponde al roentgenólogo investigar la extensión del proceso y la existencia de complicaciones. En los casos de colitis segmentarias, en los que el recto y el sigmoides están indemnes, constituye el único procedimiento de exploración.

Para este examen el enfermo se prepara durante 48 horas con una dieta que deje poco residuo; en la noche anterior ingiere solamente líquidos y se le permite tomar su desayuno habitual poco tiempo antes del estudio. Si el padecimiento está poco avanzado o en un período de remisión, se utiliza un laxante suave la víspera del examen, o un enema evacuante de agua tibia inmediatamente antes de éste.

Todas las maniobras que se practiquen durante el examen, como por ejemplo la introducción de la cánula o de la sonda rectales y la palpación del abdomen, deben efectuarse con mucha delicadeza. El recipiente con el medio de contraste debe estar cuando más alto a 50 cms. de la mesa de rayos X y el líquido del enema se deja pasar única y exclusivamente mientras se practica inspección fluoroscópica.

Durante los brotes inflamatorios agudos y cuando hay rectorragia digna de consideración, el examen está contraindicado.

En una etapa temprana de la enfermedad solamente se ven trastornos funcionales. La hiperirritabilidad del colon se manifiesta por dolor durante el llenado, contracciones enérgicas que impiden distenderlo, incontinencia anal y evacuación rápida del medio de contraste. Hasta aquí no hay nada que permita diferenciarlo de un colon irritable. Cuando la enfermedad progresa, se vuelve aparente que el

* Trabajo de Sección (Cirugía General), leído por su autor en la sesión del 25 de abril de 1962.

bario pasa con excesiva rapidez hasta el ciego y el íleon terminal y que la capacidad del colon está muy disminuida. Hay reducción del diámetro del colon, la que es mayor en el recto y disminuye hacia el ciego. Los contornos del colon se ven lisos; hay disminución o pérdida de las abolladuras y las paredes toman el aspecto de un tubo rígido. En las radiografías obtenidas después de la evacuación del medio de contraste, se advierten líneas de bario, más o menos paralelas, situadas longitudinalmente en toda la extensión del segmento enfermo. En el resto se pueden ver pliegues de mucosa normales. Posteriormente el colon disminuye en longitud, se enderezan las curvaturas del sigmoides, descienden los ángulos cólicos y si el proceso llega al ascendente se eleva el ciego. Casi siempre hay insuficiencia de la válvula ileocecal, unas veces por trastorno funcional y otras por invasión de dicha válvula y del íleon terminal. Se pueden ver lesiones ulcerosas con su cavidad ocupada con medio de contraste, las que se destacan sobre el perfil de las paredes o en las radiografías con doble contraste. La presencia de moco adherido a la pared o de pus influye en el aspecto anormal de la mucosa. En algunos casos se ven elevaciones de la mucosa, ya sea en meseta o policíclicas que corresponden a los pseudopólipos.

Entre las complicaciones principales se encuentran los pólipos verdaderos, que muy difícilmente se pueden diferenciar de los anteriores.

Una complicación importante la constituye la estenosis cicatricial, que se ve como un estrechamiento localizado y persistente de contornos regulares, la que debe ser diferenciada de la estenosis por cáncer.

En la dilatación tóxica aguda del colon, la placa simple del abdomen proporciona datos de gran valor para el diagnóstico.