COLITIS ULCEROSA CRONICA INESPECIFICA.
DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO*

DR. EDGAR J. BECERRA

EL DIAGNÓSTICO endoscópico de la colitis ulcerosa crónica inespecífica implica, tácitamente, recorrer todas las fases de la enfermedad en las distintas etapas de su evolución, ya que como hemos oído en la exposición del Dr. Pardo, la colitis puede, entre otras cosas, evolucionar en períodos relativamente cortos o por lo contrario, permanecer estática durante veinte o treinta años. Las lesiones pueden ser mínimas o llegar a provocar una destrucción casi total de la mucosa intestinal de la cual sólo quedan pequeños islotes aislados, que se reconocen como pseudopólipos. Los autores extranjeros insisten, en que las lesiones están supeditadas a la alteración básica, ya sea ésta de criptitis o de vasculitis, origen este que imprimiría modalidades especiales a las lesiones del intestino. El estudio anatomopatológico de nuestros enfermos, practicado por el Dr. Edmundo Rojas, en biopsias, piezas operatorias o en necropsias, nunca ha revelado la existencia de lesiones que pudieran interpretarse como iniciadas en los vasos sanguíneos o en las criptas. Los hallazgos del Dr. Rojas siempre han correspondido a lesiones ulcerosas, con inflamación inespecífica, en las que se observa desarrollo de tejido fibroblástico causante de la retracción, estrechamiento y acortamiento del intestino afectado. Es pertinente hacer notar que muy frecuentemente, lo avanzado de las lesiones no está en relación directa al tiempo de evolución de la enfermedad; es decir, que no necesariamente se encuentran las lesiones más graves en los enfermos que la han padecido durante más tiempo.

Lo anterior nos habla de la gran variedad de aspectos clínicos y anatomopatológicos que pueden presentarse en el curso del padecimiento. Esta gama tan amplia, se refleja naturalmente, en las imágenes endoscópicas que pueden encontrarse; de tal manera, que no es posible hablar de una imagen típica, sino de una variedad muy grande de imágenes, que aún siendo tan diferentes entre sí, son todas ellas características del padecimiento que estudiamos.

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

En los enfermos en los que la evolución sigue un curso más o menos típico, la mucosa se encuentra inicialmente edematosa, frágil y sangra fácilmente. El sangrado es muy variable, en algunos pacientes es mínimo y en otros toma proporciones de grandes hemorragias, existiendo todas las fases intermedias posibles.

A medida que transcurre el tiempo, la mucosa se vuelve más frágil, puede presentar hemorragias de tipo petequiral y se encuentra moco purulento en cantidad variable. El moco está adherido a la mucosa y al retirarlo, descubre ulceraciones más o menos superficiales.

En una etapa más avanzada del padecimiento, las úlceras aumentan de tamaño, se hacen más profundas y la presencia de sangre y moco es lo habitual. Posteriormente las úlceras aumentan de tamaño aún más y llegan a ser confluentes; la destrucción de la mucosa es de tal magnitud que, como decíamos anteriormente, sólo quedan islotes de mucosa que se describen como pseudopólipos, o puentes que corresponden a tiras de mucosa, que unen entre sí a placas remanentes, pero que no están adheridas a la submucosa. El intestino se ha convertido en un tubo rígido e inextensible en el que no es raro encontrar pólipos adenomatosos con atipias celulares o con francos signos de malignización.

Resumiendo se puede decir que en la C.U.C.I., se observa una serie de imágenes que sufren modificaciones frecuentes, sea por el progreso del padecimiento, o por las remisiones que con alguna frecuencia se observan, ya sea espontáneamente atribuibles al tratamiento aplicado, pero que en todos los casos modifican los hallazgos endoscópicos.