

ENTERITIS REGIONAL EN MEXICO¹

DRES.: HORACIO JINCH,^{2, 3} EDMUNDO ROJAS^{2, 3} Y RODOLFO DE CASTRO³

Las escasas publicaciones sobre casos de enteritis regional en nuestro país han hecho pensar a muchos médicos, tanto nacionales como extranjeros, que la enfermedad no existe en México. En el curso de los últimos 13 años hemos estudiado 22 enfermos que padecían enteritis regional. La enfermedad predominó en el sexo femenino. La mayoría de los enfermos se encontraba en la 4a. década de la vida, aunque todas las décadas, desde la primera hasta la séptima estuvieran representadas. Fue muy frecuente la coexistencia de manifestaciones psiconeuróticas y ello favoreció que se cometieran errores iniciales en el diagnóstico. En casi la mitad de los casos, el diagnóstico se hizo después de 5 o más años de síntomas. El cuadro clínico tuvo características similares a las descripciones clásicas. Las complicaciones más frecuentes fueron: obstrucción intestinal, desnutrición, hemorragias, fístulas. Los hallazgos radiológicos fueron, en la variedad no estenosante: engrosamiento de pliegues, irregularidades de la luz y el contorno, ulceraciones, aspecto adquinado y polipoide; en la variedad estenosante, que es la más frecuente: asas rígidas que recuerdan un tubo estrecho, dilatación del asa proximal, separación de las asas, asas dilatadas, signo de la cuerda. Desde el punto de vista histopatológico, se encuentran lesiones evolutivas que van desde la estasis linfática y el edema, hasta la retracción fibrosa, pasando por la típica linfangitis granulomatosa. El tratamiento fue médico en 6 casos y médico-quirúrgico en 15 casos. El primero es inespecífico y poco efectivo; el segundo sólo está indicado en presencia de complicaciones y, en nuestra serie, tuvo elevada mortalidad o fue seguido de recaídas en una proporción importante de casos. (GAC. MÉD. MÉX. 97: 681, 1967).

INTRODUCCIÓN

SOBRE LA ENTERITIS regional se ha escrito poco en nuestro país^{1 a 10} y existe la impresión tanto entre auto-

res extranjeros como entre muchos clínicos nacionales, de que la enfermedad es extremadamente rara o de que ni siquiera existe en México.

El objeto del presente trabajo es informar sobre nuestra experiencia con la enteritis regional, incluyendo una revisión de la literatura nacional y una encuesta sobre la frecuencia con que se

¹ Trabajo presentado en la sesión ordinaria del 29 de junio de 1966.

² Académico numerario.

³ Hospital de Enfermedades de la Nutrición.

ha diagnosticado en algunas instituciones hospitalarias representativas.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Se revisó la literatura nacional.
2. Se solicitaron informes sobre el número de casos de enteritis regional encontrados en los departamentos de Anatomía Patológica de varios hospitales del Distrito Federal y de algunos estados de la República.
3. Se estudiaron los expedientes de 22 casos de enteritis regional, de los cuales 15 estuvieron internados en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición y 7 fueron pacientes privados. El diagnóstico se comprobó mediante la intervención quirúrgica o la necropsia en 18 casos. En los 4 restantes el cuadro clínico y los datos radiológicos eran tan típicos que se consideró justificado incluirlos en la serie.

RESULTADOS

1. *Revisión de la literatura nacional.* Corresponde a los médicos del pa-

bellón de Gastroenterología del Hospital General de la ciudad de México, el mérito de haber estudiado por primera vez en México a pacientes con enteritis regional. Los primeros casos se estudiaron en 1927 y se les conoció con el diagnóstico de "granulomas no específicos".⁴ El primer caso estudiado en forma completa e identificado como enteritis regional fue un paciente operado por el Dr. Ayala González y en quien el Dr. Tomás Perrin realizó el estudio histológico. Posteriormente aparecieron referencias sobre el tema en diversos números de la Revista de Gastroenterología de México, entre ellos artículos firmados por los doctores Luis Augusto Méndez,¹ Jorge Aveces Peredo² y Leonides Guadarrama,³ cuyo trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina versó, precisamente, sobre el "granuloma no específico del intestino", e incluyó la relación de 11 casos clínicos. En 1952 la Asociación Mexicana de Gastroenterología llevó a cabo un simposio sobre Enteritis Regional y en junio de

CUADRO 1
FRECUENCIA DE ENTERITIS REGIONAL EN DIVERSOS HOSPITALES DE LA REPUBLICA

Hospital	Núm. de necropsias	Casos de enteritis regional	Piezas quirúrgicas	Casos de enteritis regional
20 de Noviembre	1000	0		
Hospital General del Centro Médico	1150	0	35 000	5
Hospital Juárez			16 679	1
Hospital General	5150	0	66 491	4
Hospital Militar				1
Hospital José Muguerza			2 401	1
Hospital Universitario de Monterrey			3 748	1
Hospital Regional de Veracruz		0		0
Hospital Enfermedades de la Nutrición	2230	5	18 814	9

1956 se realizó otro simposio sobre el mismo tema en la Academia Nacional de Medicina, en el que participaron los Dres. Guillermo Haro, Alfonso Acevedo Olvera, Manuel Charvel, Pedro Ramos, Antonio Morayta y Abraham Ayala González.^{4 a 9}

2. *Encuestas en otros hospitales.* Los resultados se expresan en el cuadro Núm. 1.

3. *Resultados en nuestra serie.* La enfermedad predominó en el sexo femenino (17 mujeres y 5 hombres) y en adultos jóvenes (cuadro Núm. 2), aunque se encontraron casos desde la primera hasta la séptima década de la vida. De los 22 enfermos, 5 eran de origen israelita y de ellos, uno correspondió al grupo de pacientes del Hospital y los 4 restantes a pacientes privados. En 6 de los enfermos se había

se consideraba que los síntomas eran de naturaleza funcional.

En cuanto a la duración de los síntomas antes del diagnóstico, en cinco casos ésta fue inferior a un año; en 7 fue de 1 a 5 años; en 10 fue de más de 5 años y hubo un caso en el que transcurrieron más de 20 años. Hubo un caso en el que el diagnóstico se estableció en la mesa de autopsia tras 4 años de síntomas y numerosas visitas a la Consulta Externa del Hospital.

El cuadro clínico observado en nuestros enfermos no difirió, esencialmente, del que se ha descrito en las publicaciones clásicas.^{11, 12} Así, los síntomas principales fueron la expresión de la existencia de un proceso inflamatorio y más o menos estenosamente del intestino: dolor tipo intestinal, diarrea intermitente o continua, náuseas y vómitos, pérdida de peso. Hubo hemorragia, macroscópica en 6 casos, microscópica pero persistente en 4 más. La fiebre fue parte del cuadro clínico en 10 enfermos.

En nuestra experiencia, la exploración física rindió datos muy pobres para el diagnóstico, ya que, en oposición a lo que señalan otros autores, no se palparon masas abdominales mas que en un caso, ni hubo casos de fístulas rectales.

Las complicaciones sufridas por nuestros enfermos se expresan en el cuadro Núm. 3.

Obsérvese que las más frecuentes fueron la obstrucción intestinal y la desnutrición. Las fístulas y perforaciones libres fueron menos frecuentes y no tuvimos casos de complicaciones articulares, cutáneas ni oftalmológicas.

CUADRO 2
DISTRIBUCION DE EDADES

<i>Década de la vida</i>	<i>Núm de casos</i>
1a.	1
2a.	2
3a.	2
4a.	9
5a.	2
6a.	4
7a.	2

practicado apendicectomía previa, no se encontraron casos de coincidencia de la enfermedad en otros miembros de la familia.

Llamó la atención la frecuencia de manifestaciones psiconeuróticas, sobre todo en los pacientes del grupo privado, y quizá por ello el diagnóstico se estableció a menudo tardíamente, ya que

Los estudios de laboratorio fueron poco útiles para el diagnóstico y solamente reflejaron en ocasiones la naturaleza inflamatoria de la enfermedad (leucocitosis moderada) y las repercusiones hematológicas, nutricionales e

En la minoría de los casos, las lesiones fueron de la variedad no estenosante y entonces se observaron: válvulas conniventes de bordes romos, aplanados, gruesos, que han dejado de ser perpendiculares al eje longitudinal; luz

CUADRO 3
COMPLICACIONES

Complicación	Núm. de casos
Obstrucción	13
Completa	4
Incompleta	9
Perforación	1
Fistulas	4
Entero-entérica	2
Externa	1
A vejiga	1
Pérdida de peso	20
Más de 20 Kg.	6
Anemia	11
Hipoproteinemia	9
Desequilibrio hidroelectrolítico	6

hidroelectrolítica a que da lugar (anemia, hipoproteinemia, hiponatremia). En 2 casos, el laboratorio demostró que había esteatorrea y otras evidencias de deficiente absorción intestinal (curvas planas de absorción de trioleína y ácido oléico marcados con yodo radioactivo, y de d-xilosa).

Los hallazgos radiológicos fueron variados. Las lesiones se localizaron en el íleon terminal en 6 casos, y pudieron ser demostradas tanto mediante un estudio por vía oral como mediante el enema baritado. En los casos restantes las lesiones se localizaron en el íleon proximal (7 casos) y yeyuno (4 casos). En 4 casos estuvo afectado el ciego.

No hubo casos de enfermedad de Crohn de localización duodenal o exclusivamente en el colon,

CUADRO 4
TOPOGRAFIA DE LA ENTERITIS REGIONAL

Topografía	Núm. de casos
Ileítis terminal	7
Ileítis difusa	1
Yeyuno-ileítis segmentaria	7
Yeyuno-ileítis difusa	1
Yeyuno-ileo-colitis	1
Ileo-colitis	1

y contorno irregulares; ulceraciones (Fig. 1).

Conforme avanza la destrucción de la mucosa aparece un aspecto adoquinado (Fig. 2) y polipoide hasta cul-



FIGURA 1



FIGURA 2

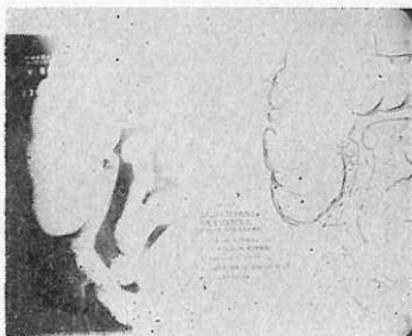


FIGURA 3

minar, finalmente, en una imagen de intestino rígido, uniforme, lleno de bario y sin imagen de mucosa. La variedad más frecuente es la "estenótica" en la cual las asas se ponen rígidas y recuerdan un tubo estrecho (Fig. 3) con dilatación del asa proximal (Fig. 4).

Frecuentemente las asas aparentan rodear una masa y se ven, "aisladas" de las demás (Fig. 5). El "signo de la cuerda" de Kantor, es más frecuente en el íleon, a menudo no se debe a estenosis orgánica sino al espasmo y la irritabilidad de las asas. Es habitual

observar zonas dilatadas entre las asas estenosadas simulando divertículos (Fig. 6). También en las formas estenóticas se observa aspecto adoquinado de la mucosa (Fig. 7).

Las recidivas que ocurren tras anastomosis del intestino al colon se demuestran con facilidad, tanto por vía

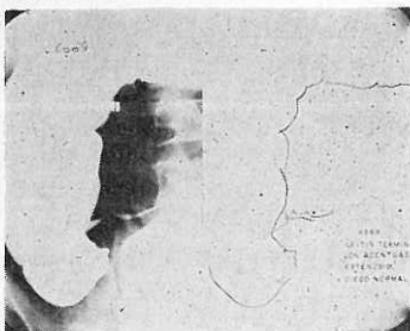


FIGURA 4

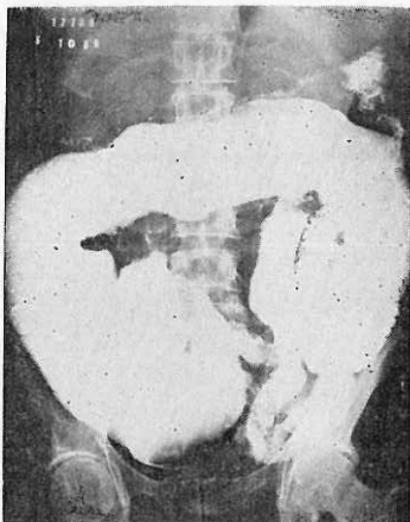


FIGURA 5

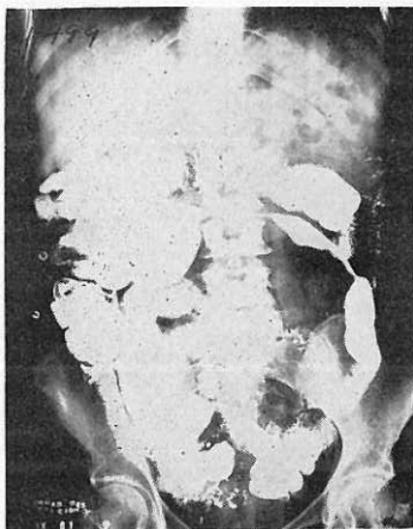


FIGURA 6



FIGURA 7



FIGURA 8

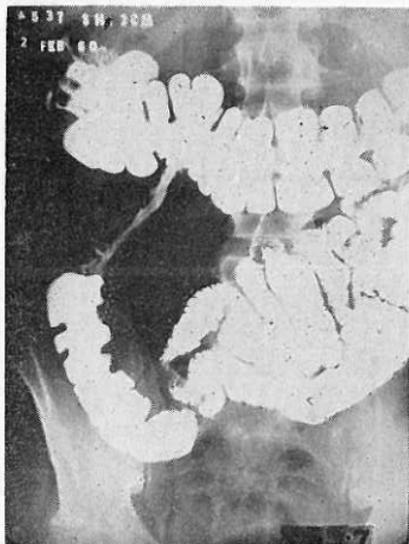


FIGURA 9



FIGURA 10

oral como retrógrada (Figs. 8 y 9). En nuestra serie radiológica no tuvimos casos de fístulas, que otros autores señalan con frecuencia.

En 18 casos se pudo contar con estudios histopatológicos. La distribución topográfica se expresa en el cuadro Núm. 4. La enfermedad debe considerarse, desde el punto de vista histopatológico, como un proceso evolutivo en el que las alteraciones intestinales van desde la estasis linfática y el edema, hasta la retracción fibrosa característica de la etapa terminal, pasando por la típica linfangitis granulomatosa (Figs. 10 a 15).

El tratamiento fue exclusivamente

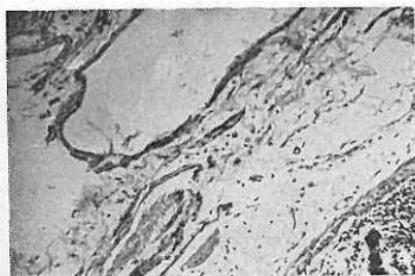


FIGURA 11

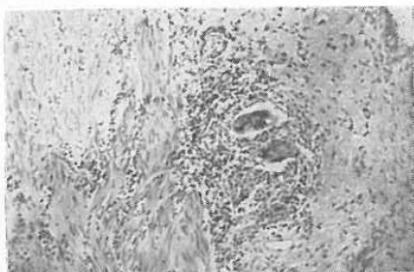


FIGURA 12

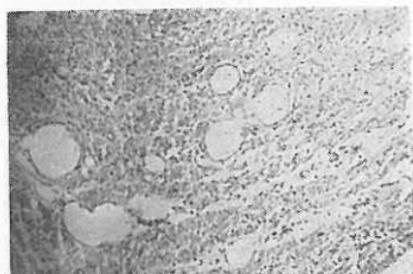


FIGURA 13

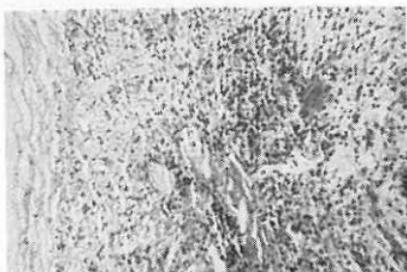


FIGURA 14

médico en 6 enfermos y médico-quirúrgico en 15. El tratamiento médico consistió en reposo, dieta blanda, anti-espasmódicos y sedantes, antibióticos y, cuando hicieron falta, sangre, plasma, albúmina humana, vitaminas y soluciones hidroelectrolíticas.

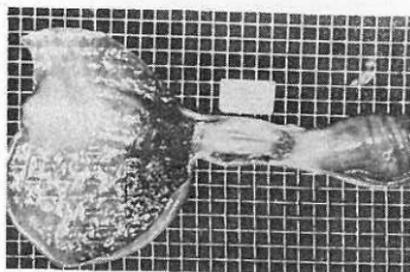


FIGURA 15

Con este tratamiento un enfermo ha permanecido asintomático y aparentemente curado durante 10 años, uno está francamente mejorado, otro más permaneció asintomático 3 años y luego murió por cáncer mamario, se ignora lo ocurrido con 2 enfermos y uno murió con obstrucción intestinal. Dos enfermos recibieron radioterapia, con resultados negativos en uno y con agravamiento de los fenómenos oclusivos en otro. Dos enfermos recibieron corticosteroides, sin resultados favorables.

El tratamiento quirúrgico consistió en resección o corto circuito y se indicó cuándo existieron complicaciones incontrolables por medios médicos, tales como perforación, fístulas y obstrucción intestinal. Quince enfermos de nuestra serie fueron sometidos a tratamiento quirúrgico y, de ellos, uno fue operado de urgencia por perforación intestinal y murió; otro fue operado sin que hayamos podido aclarar el tipo de operación ni sus resultados. De los 13 restantes murieron 3, sometidos a resección, por dehiscencia de suturas y peritonitis; 6 han sufrido recaídas (5 habían tenido resección y 1 corto cir-

cuito) y 4 permanecieron asintomáticos durante el tiempo que pudieron ser controlados, el cual osciló entre 3 meses y 3 años. Dos enfermos sufrieron más de una intervención quirúrgica, siempre con recaída ulterior.

DISCUSIÓN

Es evidente que, a pesar de su escasa frecuencia, la enteritis regional no es una enfermedad exótica y ha sido diagnosticada y descrita en México hace más de un cuarto de siglo. Tenemos la impresión de que se diagnosticaría con más frecuencia si aumentara el índice de sospecha entre los clínicos, ya que no siempre llega a la mesa de operaciones o a la plancha de autopsias.

En nuestra experiencia la enfermedad fue más frecuente en el sexo femenino, lo que contrasta con los hallazgos de otros autores. Se presentó con máxima frecuencia en adultos jóvenes y sigue demostrando predilección por individuos de origen israelita. Nos ha impresionado, sobre todo en el grupo privado, la frecuencia y magnitud de las manifestaciones psiconeuróticas, pero es difícil afirmar si éstas tienen alguna importancia en la etiología de la enfermedad, o si son sólo manifestaciones que se presentan como consecuencia de la existencia de una enfermedad orgánica crónica que invalida tanto al enfermo.

Impresiona la tardanza con que se hizo el diagnóstico en la gran mayoría de los pacientes. En efecto, sólo en la cuarta parte de ellos se hizo el diagnóstico en un plazo inferior a un año.

En la mayoría de los pacientes transcurrieron varios años y esto ocurrió igualmente en los enfermos del hospital y en los de la serie privada. Más aún, es importante señalar que varios enfermos fueron tratados durante muchos años con diagnósticos equivocados, tales como el de colon irritable o trastornos funcionales del aparato digestivo. Esta tardanza en establecer el diagnóstico se debe a que en nuestro medio seguimos cometiendo el error de olvidar al intestino delgado y muy especialmente, seguimos considerando como exótica a la enfermedad que nos ocupa.

El cuadro clínico observado en nuestros enfermos no difiere del descrito clásicamente, aunque llama la atención la rareza con que se palparon masas en el abdomen y la ausencia de fístulas rectales y de complicaciones extra-abdominales.

La revisión de nuestros resultados terapéuticos nos obliga a concluir que los casos observados en nuestro medio han sido, en su mayoría, de evolución grave. Las medidas de tratamiento médico son totalmente inespecíficas y permiten cuando mucho la obtención de cierto alivio sintomático, pero no son efectivas y tenemos la convicción de que cuando hubo mejoría e incluso curación aparente, se debieron a factores desconocidos independientes del tratamiento médico.

Por lo que respecta al tratamiento quirúrgico, los resultados obtenidos han sido malos. La mortalidad postopera-

toria fue superior a la habitualmente reportada, posiblemente por las malas condiciones preoperatorias. El por ciento de recaídas ha sido tan elevado como lo señala la mayoría de los autores.

Hay justificación, por lo tanto, para concluir que la enteritis regional es una enfermedad cuya etiología desconocemos, cuyo diagnóstico precoz se nos escapa con gran frecuencia y contra la cual contamos con recursos médicos y quirúrgicos de poco valor.

REFERENCIAS

1. Méndez, L. A.: *Ileitis terminales*. Rev. Gastroent. Méx. 2, 9, 1937.
2. Aceves Peredo, J.: *Enteritis regionales*. Rev. Gastroenter. Méx. 4: 1, 1939.
3. Guadarrama, L.: *Granuloma no específico del intestino*. Rev. Gastroenter. Méx. 7: 147, 1942.
4. Haro y Paz, G.: *Breve historia de la enteritis regional*. Gaceta Méd. Méx. 86: 5, 1956.
5. Acevedo, O. A.: *Sintomatología de la ileitis terminal*. Gaceta Méd. Méx. 86: 325, 1956.
6. Chárvél, M.: *Etiopatogénesis de la enteritis regional*. Gaceta Méd. Méx. 86: 327, 1956.
7. Ramos, P.: *Aspecto radiológico de la enteritis regional*. Gaceta Méd. Méx. 86: 339, 1956.
8. Ayala González, A. y Morayta, A.: *Anatomía patológica macroscópica y tratamiento de la enteritis regional*. Gaceta Méd. Méx. 86: 343, 1956.
9. Ayala González, A.: *Tratamiento de la enteritis regional*. Gaceta Méd. Méx. 86: 347, 1956.
10. Ayala González, A.: *Discusión coordinada sobre enteritis regional*. Rev. Méd. del Hospital General. 19: 239, 1956.
11. Crohn, B. B.: y Yarnis H.: *Regional Ileitis*. 1a. Ed. New York, Grune & Stratton, 1958.
12. Bockus, H.: *Regional Enteritis*. En Bockus, H. *Gastroenterology*. 1a. Ed. Philadelphia, Saunders. Vol. II, 1964. pág. 226.

COMENTARIO OFICIAL

DR. ROBERTO HERNÁNDEZ DE LA PORTILLA¹

LOS AUTORES de este trabajo consideraron conveniente presentar nuevamente este tema por una triple razón: la importancia del tema en sí; razones de orden nacional, ya que, a pesar de lo que se ha dicho aquí, todavía oímos en ciertos círculos médicos que este padecimiento no existe en México; y, también con tristeza, observamos que autores de alto relieve al hacer comentarios sobre la distribución racial y geográfica del padecimiento, sobre todo cuando hablan de la frecuencia en América Latina, tan sólo mencionan los casos publicados en Cuba, y los publicados por Valencia Parparen en Venezuela, no obstante contar desde antes, con varias publicaciones de autores mexicanos, ya nombrados por Jinich en el texto de su trabajo.

En relación con la importancia del tema, a pesar de que sea un padecimiento poco frecuente, su evolución crónica, quizá por toda la vida, y el hecho de no haber descubierto su etiología, son datos por sí mismos que lo hacen de sumo interés.

El diagnóstico inicial de la enteritis regional es difícil de establecer, ya que las manifestaciones clínicas pueden ser numerosas, simular otros padecimientos, siendo uno de ellos, quizá el más frecuente, la apendicitis aguda, motivo por el cual muchos de estos enfermos han sido operados equivocadamente; pero considero que una de las causas más comunes de omisión de diagnósticos oportunos es que el médico no piensa en este padecimiento y, por ende, no ordena los estudios conducentes a demostrarlo, llegándose al diagnóstico cuando el

patólogo encuentra las alteraciones clásicas de esta enfermedad.

Desde el punto de vista radiológico, estamos de acuerdo con De Castro, y hacemos hincapié en que dichos estudios juegan papel importante para contribuir al establecimiento del diagnóstico.

El clínico no debe olvidar, al solicitar los estudios radiológicos, la conveniencia de que se practique un examen completo, incluyendo serie gastroduodenal, pero con especial interés tránsito intestinal y aun, colon por enema baritado ante la posibilidad de que el colon se encuentre afectado por este padecimiento.

En relación a las publicaciones de Marshak y de Wolf, los hallazgos radiológicos de la enteritis regional se pueden dividir en dos grandes grupos: a) aquellos donde no hay estenosis; y b) cuando existe esta complicación en un estadio más avanzado de la enfermedad. Conviene enfatizar, en este último grupo, que los cambios atribuidos a la estenosis, con el clásico signo de la cuerda, de Kantor, no sólo se debe al proceso fibroso, sino que puede ocurrir en la fase no estenótica, por gran espasmo del asa intestinal, correspondiente al segmento afectado.

En la serie que hoy nos presenta Jinich, de Castro y Rojas, observamos que la inmensa mayoría de sus casos se encuentra dentro del grupo con alteraciones estenóticas, de donde se deduce que, en nuestro medio, el diagnóstico de la enteritis regional todavía no se hace con la debida oportunidad.

Cuando el padecimiento afecta el colon, los hallazgos radiológicos más frecuentes, semejan los observados en la variedad seg-

¹ Académico nuremario. Hospital de Enfermedades de la Nutrición.

mentaria de la colitis ulcerosa crónica inespecífica. La enteritis regional del colon cada vez se está viendo con más frecuencia. El diagnóstico diferencial con la colitis ulcerosa es difícil de establecer, pero el estudio histopatológico es de gran ayuda, encontrándose en la enteritis regional del colon las lesiones granulomatosas inespecíficas que abarcan todas las capas del segmento del colon afectado, acompañadas también de la reacción linfática característica de este padecimiento.

En cuanto al tratamiento, estoy de acuerdo con Jinich, en el sentido de que en la actualidad no contamos con un tratamiento específico; sin embargo, la aplicación de ciertas medidas de sostén por lo que a dieta se refiere, así como el suministro de aquellos elementos nutritivos necesarios, inclusive por vía parenteral, han mejorado no sólo el aspecto sintomático del enfermo sino que también favorecen su estado nutricional.

Hay autores que han empleado glucocorticoides solos o asociados a sulfapirimidina con ácido paraaminosalicílico. Opinan que se obtiene mejoría sintomática rápida, sobre todo cuando el paciente atraviesa por una

agudización de su enfermedad, pero el empleo prolongado a largo plazo de estos medicamentos no ha obtenido resultados superiores a las medidas de sostén habituales. Truelove afirma haber obtenido, en pocos enfermos, resultados halagadores con mejoría no sólo clínica, sino radiológica; sin embargo, el resultado de estos tratamientos no ha sido comprobado todavía con una evidencia objetiva.

Por lo que se refiere al tratamiento quirúrgico, éste sólo estará indicado en aquellos casos imperativos cuando existe, por ejemplo, una obstrucción intestinal franca, o cuando el padecimiento se ha complicado con procesos fistulosos graves o cuando constantemente atraviesa por francas agudizaciones. La mayor parte de los autores están de acuerdo en que no se opere en la fase de agudización; inclusive, si por desgracia se hace laparotomía con el diagnóstico previo de supuesta apendicitis, aconsejan cerrar la pared y esperar a que pase dicha fase. Sin ser dogmáticos, el procedimiento de elección es el de resección amplia del íleon con hemicolectomía derecha, e ileocoloanastomosis con el transversal.