

COMENTARIO OFICIAL

DR. ROBERTO HERNÁNDEZ DE LA PORTILLA¹

LOS AUTORES de este trabajo consideran 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 Parparcen 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, llegando 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.