

Enfermedad Intestinal Inflamatoria (EII)

Grupo de enfermedades inflamatorias crónicas del tubo digestivo que incluyen la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn y la colitis indeterminada, caracterizadas por inflamación intestinal persistente de etiología multifactorial.

GASTROENTEROLOGÍA

CIRUGÍA

Redactor.

Alam Colmán

Médico egresado de la Universidad Privada del Este, sede Presidente Franco (Promoción 2023)

Especialista en Didáctica Universitaria por la Universidad Nacional del Este

Desempeño destacado en el examen de la CONAREM

Médico Residente en Cirugía General (R2, Hospital Fundación Tesãi)

Experiencia en práctica asistencial de alta complejidad

Docente en formación médica

Bibliografía.

Brunicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Kao LS, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE, editores. Schwartz. Principios de Cirugía. 11.ª ed. Nueva York: McGraw Hill; 2020.

Generalidades y Epidemiología

Las EII incluyen tres entidades principales. Su distribución global varía según la región geográfica y la etnia, con mayor prevalencia en países del norte de Europa y en poblaciones caucásicas.

Colitis Ulcerosa

Incidencia: **8-15 casos por 100 000** habitantes en EE.UU. y norte de Europa. Menos frecuente en Asia, África y Sudamérica.

Enfermedad de Crohn

Menos frecuente: **1-5 por 100 000**. Predilección similar por norte de Europa y poblaciones caucásicas.

Colitis Indeterminada

Representa aproximadamente el **15%** de los casos en los que no es posible diferenciar entre CU y Crohn.

Distribución Bimodal

01

Colitis Ulcerosa – Picos en la 3ª y 7ª década de la vida

02

Enfermedad de Crohn – Mayor incidencia entre 15-30 años y 55-60 años

03

Ambas comparten predilección por poblaciones del norte de Europa

Etiología

La causa exacta de la EII no está definida. Se plantea un origen multifactorial que resulta de la interacción entre el sistema inmune, la mucosa intestinal y microorganismos.

Factores Ambientales

Las variaciones geográficas sugieren influencia de la **dieta o infecciones**.

Factores Conductuales

Alcohol, anticonceptivos orales y especialmente el **tabaquismo** (más relacionado con Crohn).

Factores Genéticos

Entre el **10-30%** de los pacientes tienen antecedentes familiares.

Factores Inmunológicos

Se propone un trastorno del sistema inmune intestinal o un mecanismo **autoinmune**.

Factores Infecciosos

Se han implicado bacterias (*Mycobacterium paratuberculosis*, *Listeria monocytogenes*) y virus (paramixovirus, sarampión).

Alteración de la Barrera Mucosa

Facilita el paso de bacterias y sustancias proinflamatorias hacia la pared intestinal.



Concepto central: Tanto en colitis ulcerosa como en Crohn, el rasgo central es la **inflamación intestinal**, y el tratamiento se orienta a disminuirla.

Colitis Ulcerosa – Patología y Clínica

Enfermedad inflamatoria limitada a la **mucosa y submucosa del colon**. La afectación continua y el compromiso del recto son rasgos clave; su ausencia sugiere enfermedad de Crohn.

Características Anatomopatológicas

- Infiltrado inflamatorio superficial
- Atrofia mucosa
- Abscesos en criptas
- Seudopólipos inflamatorios

Distribución

- **Siempre afecta el recto**
- Compromiso continuo hacia proximal:
Proctitis → Proctosigmoiditis → Colitis izquierda → Pancolitis
- No afecta intestino delgado (excepto ileítis por reflujo en íleon terminal)

Clínica

- Diarrea sanguinolenta
- Dolor abdominal tipo cólico
- Tenesmo (en proctitis)
- En casos graves: fiebre, dolor intenso

Evolución

- Fibrosis y acortamiento del colon en enfermedad prolongada
- En fases inactivas la mucosa puede parecer normal

Diagnóstico

Colonoscopia con biopsia

⚠️ ⚠️ **Sospecha de colitis fulminante o megacolon tóxico:** En casos graves con fiebre y dolor intenso. Están contraindicados colonoscopia y enema baritado, así como antidiarreicos.

Enfermedad de Crohn – Patología y Clínica

Enfermedad inflamatoria **transmural** que puede afectar cualquier segmento del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano. Las lesiones son **discontinuas** y el recto frecuentemente está respetado.

Características Anatomopatológicas

- Inflamación transmural
- Úlceras profundas
- Granulomas no caseificantes

Endoscopia

- Úlceras serpiginosas
- Aspecto en "empedrado"

Evolución



- Fibrosis
- Estenosis
- Fístulas

Clínica

- Diarrea
- Dolor abdominal cólico
- Fiebre
- Síntomas obstructivos por estenosis
- Pérdida de peso
- Enfermedad perianal (fístulas, abscesos)

Diagnóstico Diferencial – Colitis Infecciosas

- *Campylobacter jejuni*
- *Entamoeba histolytica*
- *Clostridium difficile*
- *Neisseria gonorrhoeae*
- *Salmonella* y *Shigella*

  **Colitis Indeterminada:** Se diagnostica cuando no es posible diferenciar entre CU y Crohn ni clínica ni histológicamente. Los marcadores serológicos **ASCA** (Crohn) y **pANCA** (CU) pueden orientar la diferenciación.

Manifestaciones Extraintestinales

Las EI se asocian a diversas manifestaciones fuera del tubo digestivo. Su reconocimiento es fundamental para el manejo integral del paciente.

Hepáticas y Biliares

- Infiltración grasa hepática (40–50%), reversible
- Cirrosis (2–5%), irreversible
- Colangitis esclerosante primaria: progresiva, asociada a CU (40–60%), no mejora con colectomía; tratamiento: trasplante hepático
- Pericolangitis
- Colangiocarcinoma (raro, aparece a menor edad)

Articulares

- Artritis periférica (muy frecuente, 20 veces más que en la población general) — mejora con tratamiento intestinal
- Sacroilitis y espondilitis anquilosante — **no** mejoran con tratamiento intestinal

Cutáneas

- **Eritema nudoso** (5–15%): lesiones dolorosas en piernas, asociado a actividad de la enfermedad, más frecuente en mujeres
- **Pioderma gangrenoso**: úlcera necrótica dolorosa, puede aparecer cerca de estomas, respuesta variable al tratamiento intestinal

Oculares

- Uveítis
- Iritis
- Epiescleritis
- Conjuntivitis

Suelen aparecer durante brotes agudos.

Cuadro Comparativo – CU vs. Crohn vs. Colitis Indeterminada

La diferenciación entre las entidades de la EII es clave para el manejo clínico y quirúrgico.

Característica	Colitis Ulcerosa	Enfermedad de Crohn	Colitis Indeterminada
Frecuencia	Más frecuente	Menos frecuente	15% de casos
Distribución	Colon	Todo el tubo digestivo	Colon
Recto	Siempre afectado	Frecuentemente respetado	Variable
Patrón	Continuo	Discontinuo	Mixto
Profundidad	Mucosa y submucosa	Transmural	Variable
Granulomas	No	Sí (no caseificantes)	Variables
Complicaciones	Megacolon tóxico	Fístulas, estenosis	Variables
Síntomas principales	Diarrea sanguinolenta	Dolor, diarrea, pérdida de peso	Similar a CU
Afectación perianal	Rara	Frecuente	Variable
Serología	pANCA	ASCA	Indeterminada

Indicaciones Quirúrgicas en Colitis Ulcerosa



Las indicaciones de cirugía se dividen en **urgentes** y **programadas**. El momento y el tipo de intervención dependen de la gravedad clínica y la respuesta al tratamiento médico.



Cirugía Urgente

- Hemorragia masiva
- Megacolon tóxico
- Colitis fulminante que no responde rápidamente al tratamiento médico

Cirugía Programada

- Falta de respuesta al tratamiento médico
- Riesgo elevado de complicaciones del tratamiento (ej. efectos adversos por corticoides)
- Riesgo de cáncer colorrectal (aumenta con pancolitis y mayor duración de la enfermedad)

  **Colitis Fulminante — Manejo Inicial:** Reposo intestinal, hidratación, antibióticos de amplio espectro y corticoides parenterales. Si el paciente **no mejora o empeora en las primeras 24-48 horas**, se indica cirugía. Están contraindicados colonoscopia, enema baritado y antidiarreicos.

  **Riesgo oncológico:** Debido a la inflamación persistente y al riesgo de cáncer colorrectal, la mayoría de las cirugías incluyen la **resección del recto**.

Tratamiento Quirúrgico en Colitis Ulcerosa

1

Urgencia: Colectomía Abdominal + Ileostomía Terminal

Procedimiento de elección en colitis fulminante o megacolon tóxico. Produce mejoría clínica importante y evita una disección pélvica compleja en paciente inestable.

Hemorragia Masiva

Puede requerir **proctectomía con ileostomía permanente** o **anastomosis ileoanal con bolsa**.

Contraindicado en Urgencia

Técnicas complejas como la **reconstrucción con bolsa ileal** están contraindicadas en el contexto de urgencia.

2

Casos Excepcionales

Si el paciente no tolera una colectomía: **ileostomía de asa + colostomía** para descompresión, dejando la cirugía definitiva para un segundo tiempo.

Cirugía Programada

La mayoría de las cirugías incluyen resección del recto dado el riesgo oncológico persistente por inflamación crónica.

- Afectación pancolónica aumenta el riesgo de cáncer
- Mayor duración de la enfermedad = mayor riesgo oncológico

Indicaciones Quirúrgicas en la Enfermedad de Crohn

A diferencia de la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn **no es curable con cirugía**, ya que puede afectar múltiples segmentos del tubo digestivo. El tratamiento quirúrgico se reserva para el manejo de complicaciones.

⚠️ **Localizaciones más frecuentes:** Íleon terminal y ciego (forma ileocólica), intestino delgado, y colon y recto. La enfermedad perianal (fístulas, abscesos, úlceras anales) puede ser la forma de presentación inicial.

Forma Inflamatoria Aguda

Inflamación activa complicada con **fístulas** o **abscesos intraabdominales**.

- Manejo inicial: antiinflamatorios, reposo intestinal, antibióticos
- Abscesos: drenaje percutáneo guiado por TC para estabilizar antes de la cirugía
- Cirugía: resección del segmento afectado; las fístulas requieren resección del segmento enfermo; los trayectos secundarios sanos se tratan con cierre simple

Forma Fibrosa Crónica

Fibrosis progresiva que conduce a **estenosis intestinal**. Las estenosis raramente mejoran con tratamiento médico.

- Resección del segmento estenosado
- Plastia intestinal (para preservar longitud)
- Dilatación endoscópica con balón (especialmente en íleon distal)

📄 **Pacientes desnutridos:** Se considera la **nutrición parenteral** como parte del manejo preoperatorio en pacientes con forma inflamatoria aguda. La decisión quirúrgica en la forma fibrosa también depende del estado general y nutricional.

Colitis Indeterminada – Manejo Quirúrgico

Cerca del **15%** de los pacientes con EI presenta características clínicas y anatomopatológicas mixtas de CU y Crohn, sin posibilidad de diferenciación por endoscopia, enema de bario ni biopsia. Las indicaciones quirúrgicas son las mismas que en la colitis ulcerosa.

Indicaciones Quirúrgicas

Resistencia al tratamiento, complicaciones del tratamiento médico y riesgo o desarrollo de neoplasia maligna.

Procedimiento Inicial Recomendado



En pacientes que prefieren una operación con respeto del esfínter: **colectomía abdominal total con ileostomía terminal**. Permite el examen anatomopatológico completo del colon para un diagnóstico más exacto.

Si el Diagnóstico Orienta a Colitis Ulcerosa

Puede efectuarse un procedimiento de **anastomosis anal con bolsa ileal**.

Si el Diagnóstico Sigue en Duda

La opción más segura es completar una **proctectomía con ileostomía terminal** (similar al manejo de Crohn). También puede considerarse la reconstrucción anal con bolsa ileal.

  **Tasa de ineficacia de la bolsa ileal:** En colitis indeterminada, la tasa de fallo de la bolsa ileal es de **15 a 20%**. Este riesgo debe considerarse antes de optar por la reconstrucción.