

Pruebas de imagen en el diagnóstico diferencial de la Colitis.

Zuccón J **; Westphalen, S*; Stangler, G*; Tavares, E*;
Trindade, R*; Lorenzoni, C*.

Hospital Clínicas, Porto Alegre-Brasil*.

Hospital Italiano de Córdoba-Argentina**



Introducción.

- ✓ La mayoría de los pacientes con colitis inflamatoria se presentan con síntomas inespecíficos, y los exámenes radiológicos son a menudo las pruebas diagnósticas iniciales, especialmente la tomografía computarizada (TC).
- ✓ Muchos aspectos y patrones son útiles en la distinción de los diversos tipos de colitis, incluyendo el grado de engrosamiento parietal, extensión y localización de la lesión, manifestaciones extramurales, y tipos de complicación.

Objetivo:

- ✓ Demostrar las presentaciones radiológicas de las enfermedades inflamatorias del colon (colitis).

Enfermedad de Crohn

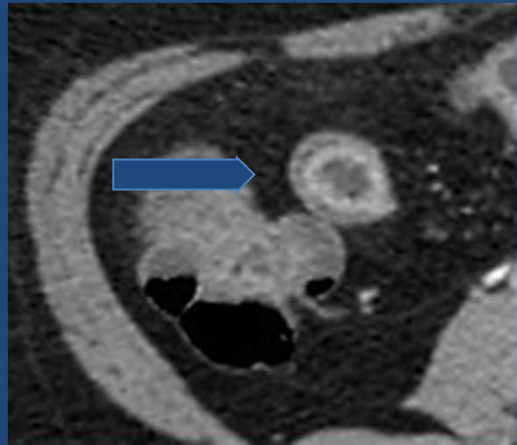
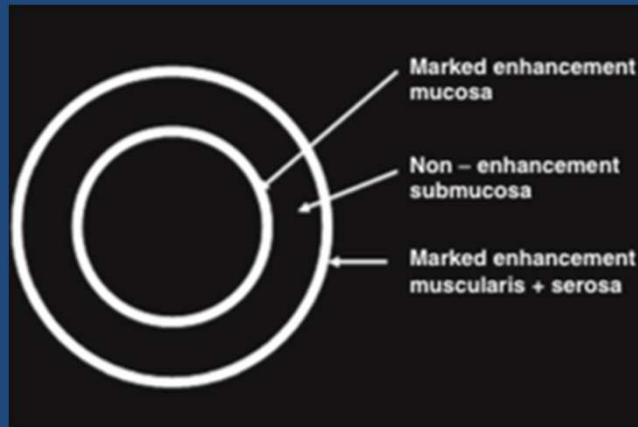
Signos agudos:

- ✓ Foliculos linfoides aumentados, erosiones y úlceras aftóides (hallazgos muy precoces, detectados normalmente por vía endoscópica o por RM.)
- ✓ Engrosamiento parietal con realce estratificado (lesiones discontinuas / salteadas, con áreas ahorradas entremezcladas)
- ✓ Aumento de la vascularización
- ✓ Adenopatías mesentéricas

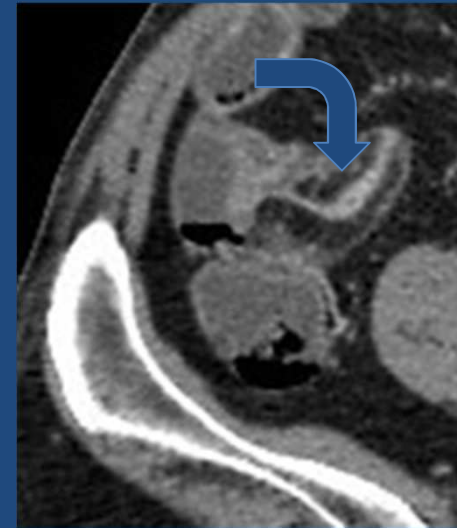
Signos crónicos y complicaciones:

- ✓ Sustitución de la submucosa por grasa.
- ✓ Proliferación fibrolipomatosa del mesenterio
- ✓ Estenosis, dilataciones pre-estenóticas, pseudosaculaciones
- ✓ Fístulas
- ✓ Absceso - mesenterio, pared abdominal, psoas, adyacente al recto / ano

Enfermedad de Crohn

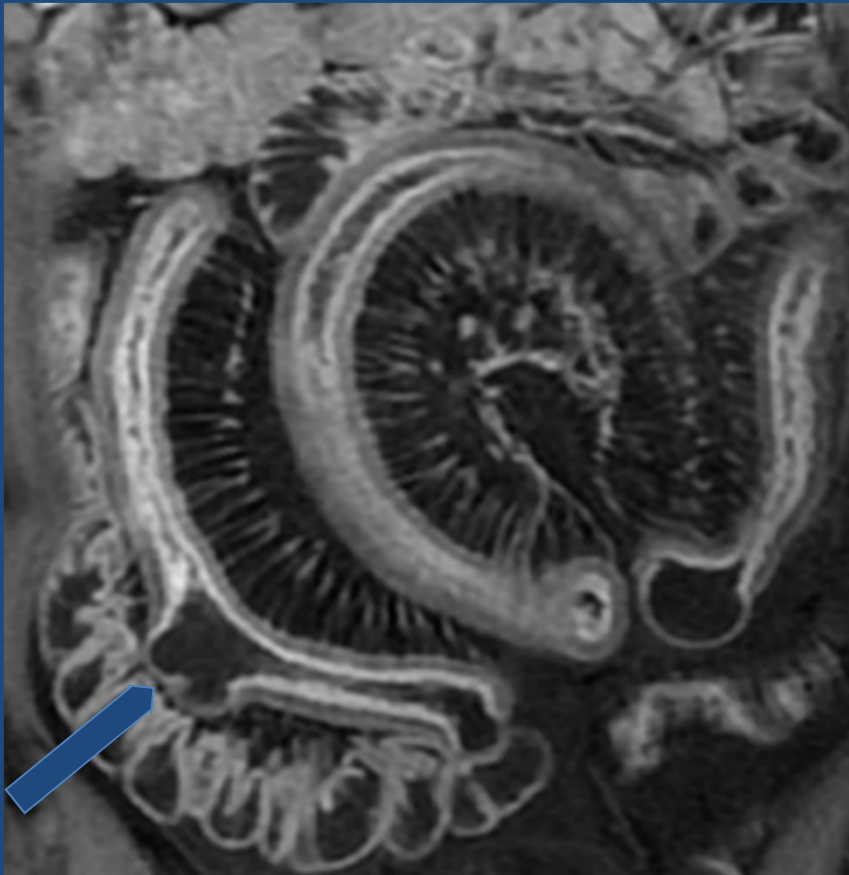


Engrosamiento parietal con realce estratificado sugiere enfermedad en actividad (flecha recta)



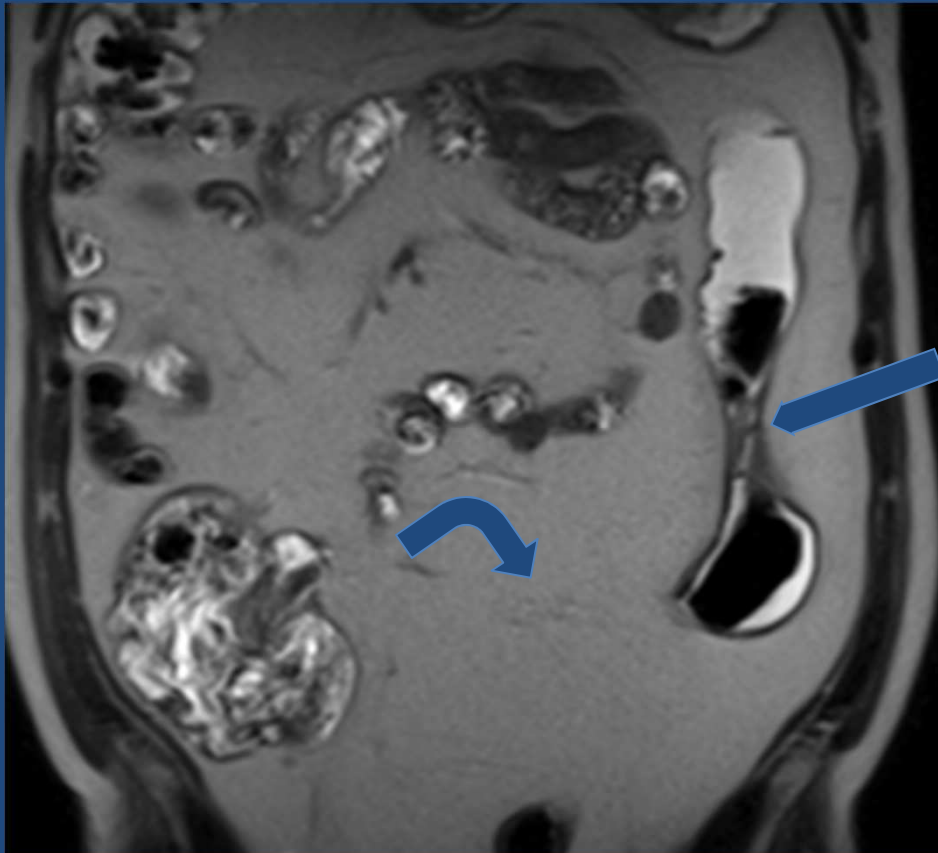
Sustitución grasa de la submucosa - "Señal del halo de grasa" del ileo terminal (flecha curva) - disposición de grasa es el resultado de la inflamación crónica de la pared intestinal.

Enfermedad de Crohn



- ✓ Aumento de la vascularización "signo del peine"
- ✓ Acodamiento del borde mesentérico >> formación de pseudosaculaciones a lo largo del borde antimesentérico (flecha recta)

Enfermedad de Crohn



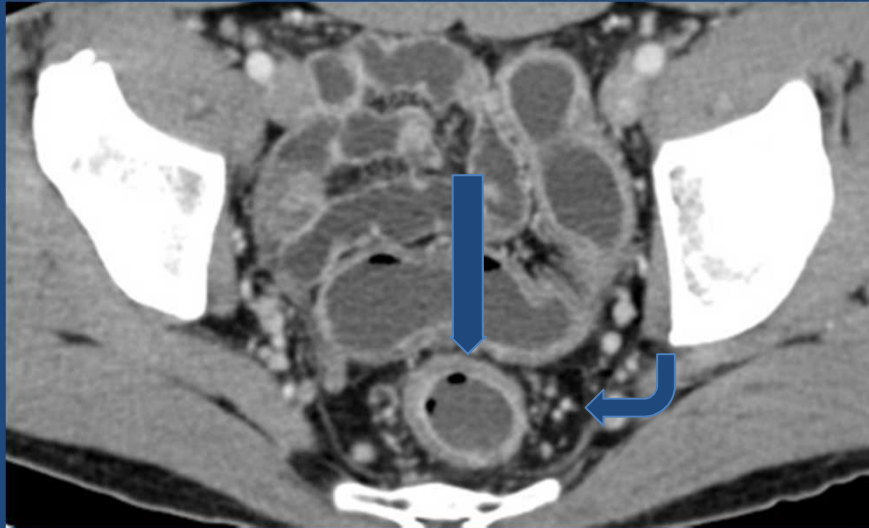
Entero-RM: estenosis segmentada del colon izquierdo (flecha recta) e importante proliferación de los tejidos adiposos adyacentes (flechas curvas), relacionados con DII con signos de cronicidad.



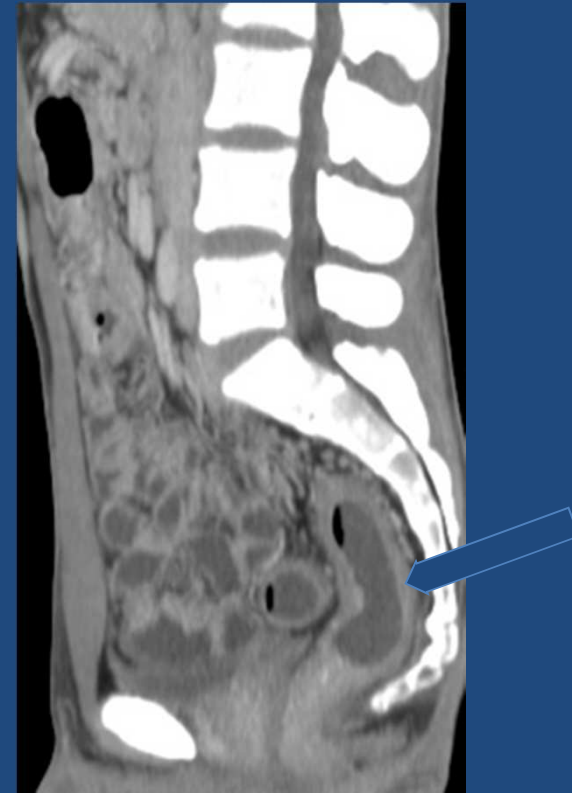
Colitis Ulcerosa

- ✓ Afecta colon izquierdo, pancolitis o raramente sólo en el colon derecho.
- ✓ El recto siempre muestra cambios inflamatorios (a no ser en pacientes tratados).
- ✓ Ileitis - retrograda (backwash ileitis).
- ✓ Engrosamiento parietal simétrico y continuo - grado menor en comparación con la enfermedad de Crohn.
- ✓ Los estrechamientos pueden ser causados por la deposición de grasa en la capa submucosa.
- ✓ El aumento del espacio pre-sacro por proliferación de la adicción es típico.
- ✓ La ascitis está usualmente ausente en las DII, a diferencia de las colitis infecciosas.

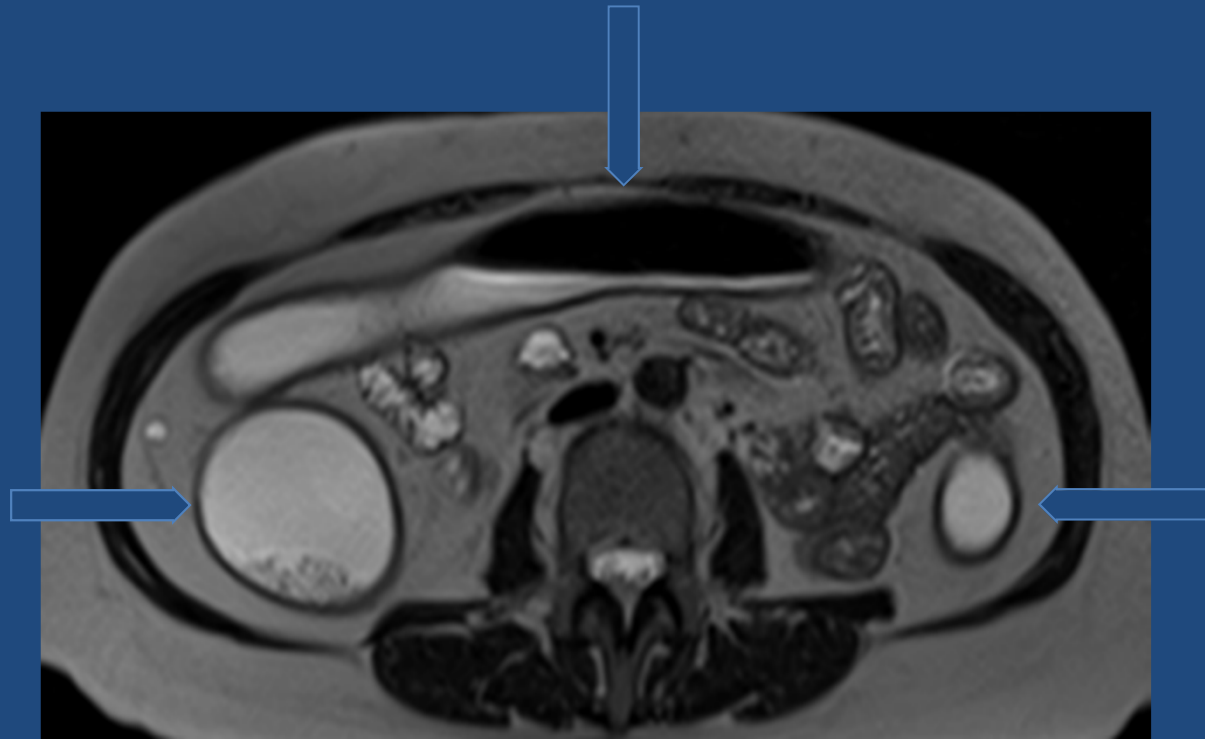
Colitis Ulcerosa



Entero-TC: engrosamiento parietal continuo del recto, con estratificación de sus capas (flecha recta), prominencia de las arcadas vasculares adyacentes (flecha curva) y aumento de ganglios linfáticos - RCU con signos de actividad.

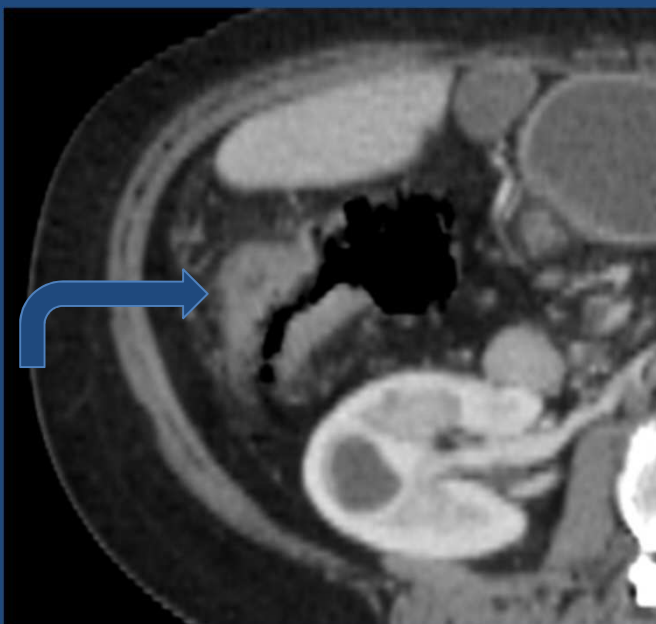


Colitis Ulcerosa



RM plano axial: importante pérdida de las haustras del colon, caracterizando pancolitis crónica por RCU "**Signo del tubo de plomo**" (flechas rectas).

Colitis Ulcerosa

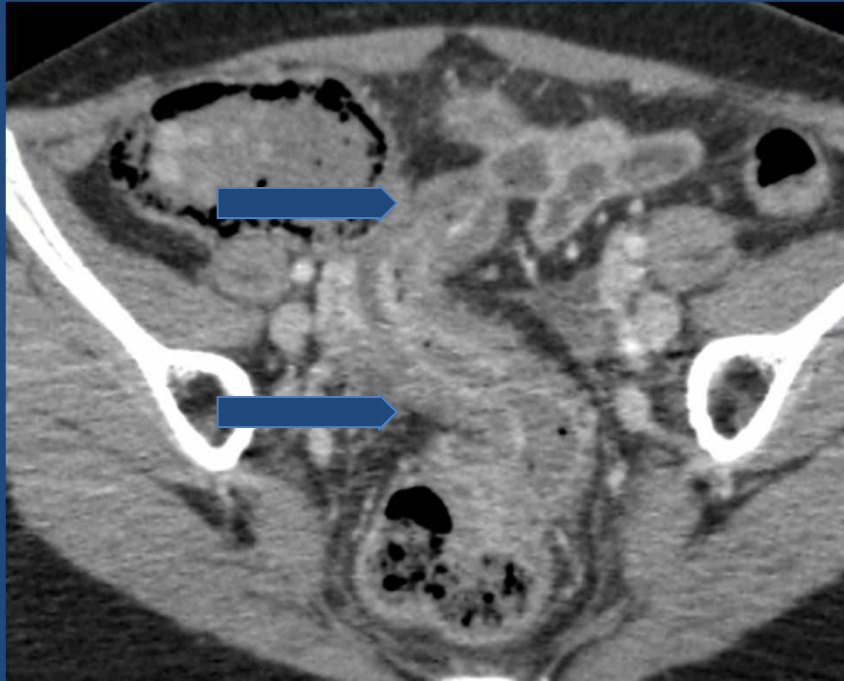


Paciente con RCU, con engrosamiento parietal segmentario de la curvatura hepática de aspecto estenosante (flecha curva).

Infiltración y de aumento de la densidad de los tejidos pericólicos en planos adyacentes.

- ✓ En pacientes con pancolitis o enfermedad de larga data, el riesgo de cáncer de colon es notablemente aumentado.
- ✓ Las lesiones neoplásicas pueden ser vistas como una lesión en mordida de manzana o en placa.

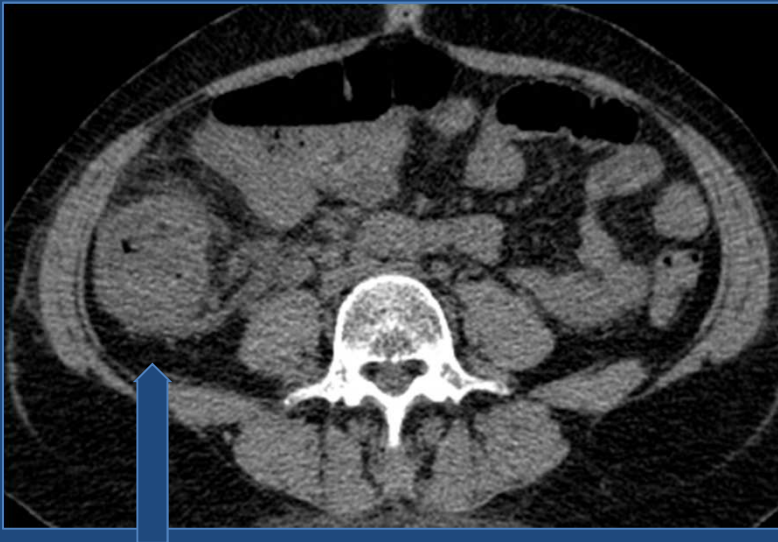
Colitis Actínica



- ✓ 50% de los pacientes que reciben >3.000 cGy desarrollan proctitis aguda; semanas después de la exposición; Cursan con diarrea autolimitada.
- ✓ Los hallazgos son inespecíficos (necesaria asociación con antecedentes).

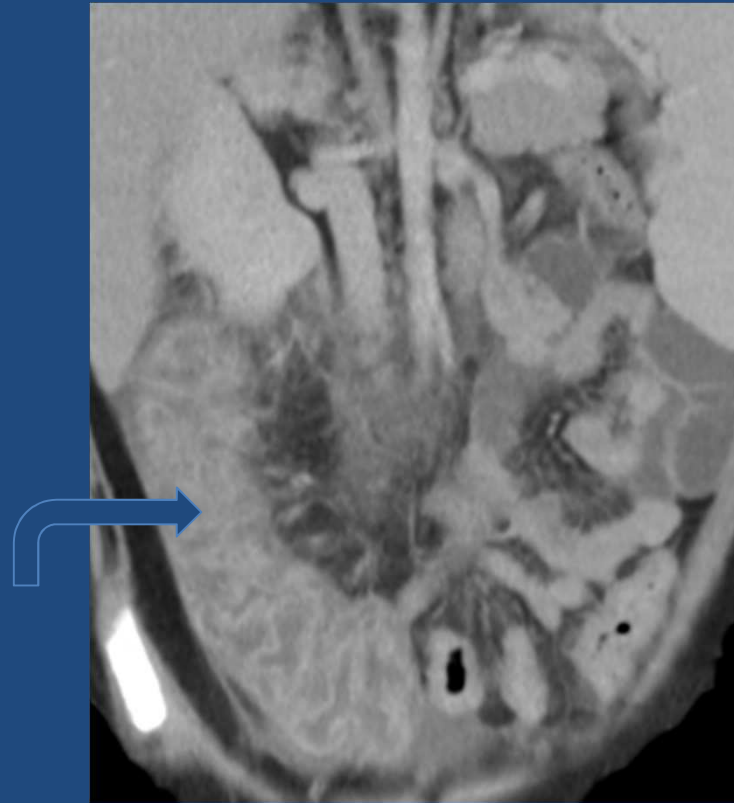
Signos TC: engrosamiento parietal y signos inflamatorios de la grasa adyacente, que afectan retos-sigmoide (flechas rectas).

Tiflitis



- Pacientes neutropénicos, antecedentes de neoplasia en tratamiento (leucemia) o inmunosupresión.
- Hallazgos TC: distensión y engrosamiento del ciego y colon ascendente. Baja atenuación de la capa submucosa, por edema, asociados a hiperemia de la mucosa y aumento de la densidad de la grasa pericólica.

Tiflitis



Importante aumento de espesor e impregnación anómala del ciego y colon ascendente (flechas curvas), y en menor grado de los demás segmentos del colon (flecha recta).

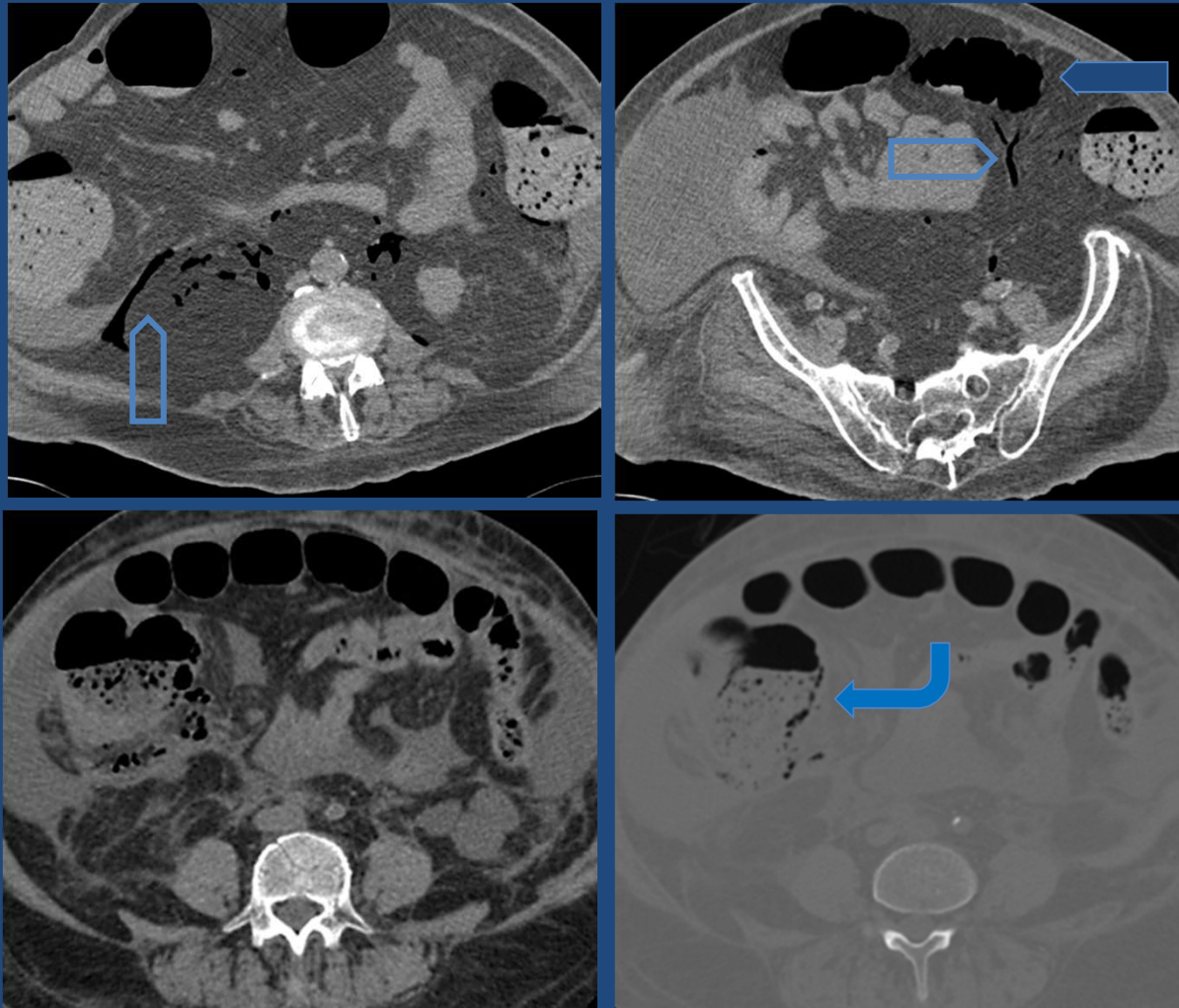
C. Isquémica

- ✓ Factores de riesgo: edad avanzada, enf. aterosclerótica, IAM previo, arritmia, embolia, trombosis, shock o trauma.
- ✓ Áreas de frontera vascular - unión rectosigmoide y angulo esplénico (en consecuencia de vasos colaterales - a diferencia de la colitis infecciosa);
- ✓ En ancianos más común en el colon izquierdo, por hipoperfusión.



Aumento de espesor parietal del colon descendente. Colitis isquémica (flechas rectas)

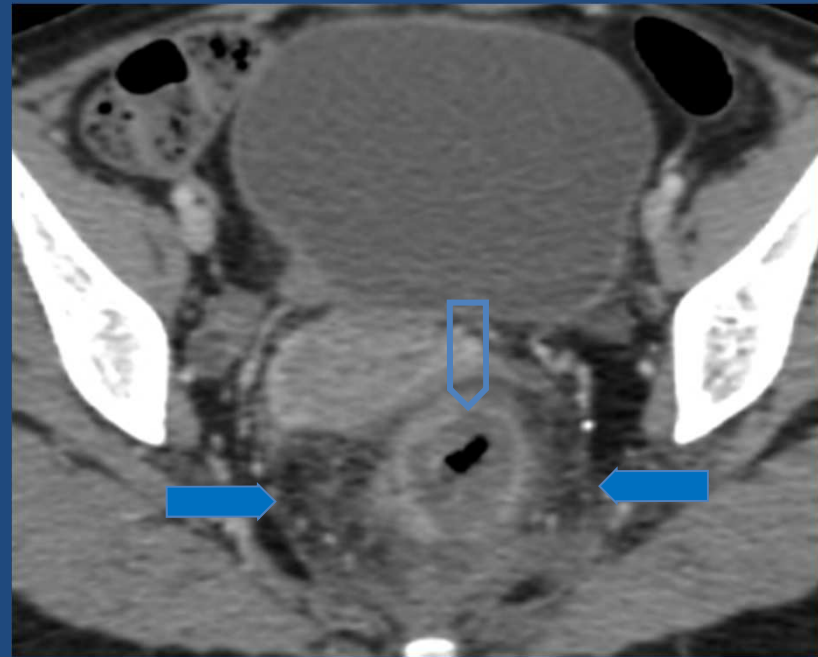
C. Isquémica



- Oclusión sin reperfusión: pared intestinal fina, sin realce (flecha recta), distensión. Puede haber trombo en la rama vascular correspondiente al segmento afectado.
- Neumatosis intestinal (flecha curva), gas en las venas mesentéricas, puerta, en el retroperitoneo (flechas huecas) y cavidad peritoneal.

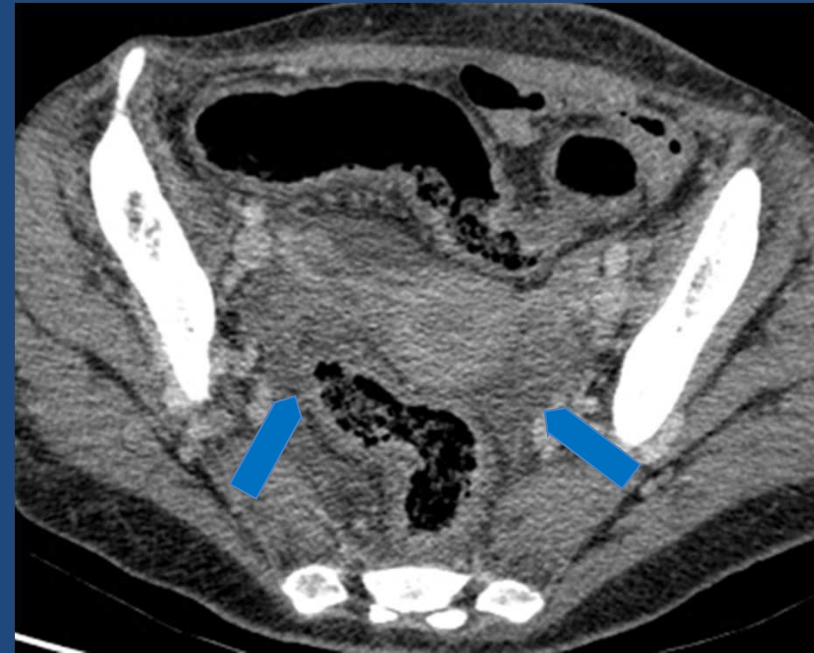
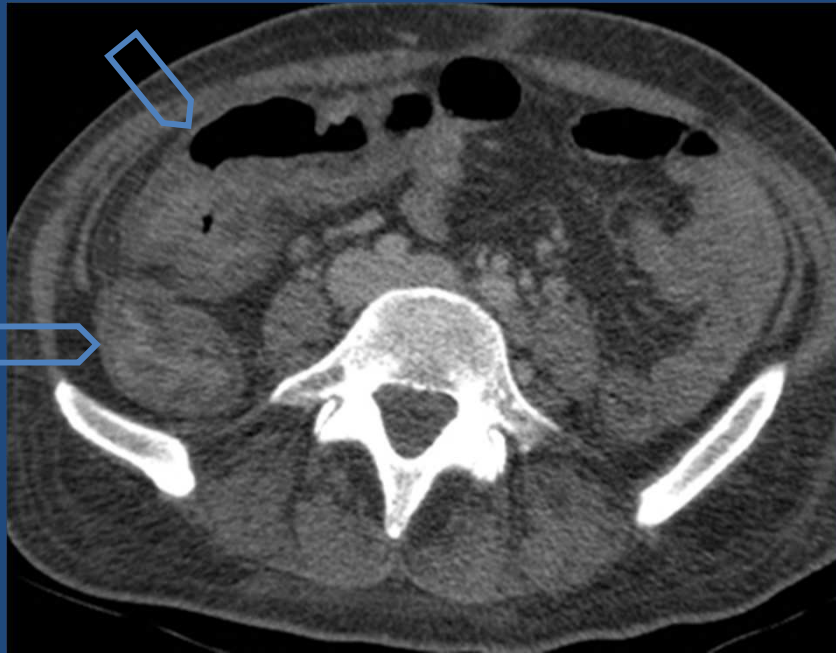
C. Infecciosa

- ✓ Las C.I. presentan signos similares como el engrosamiento parietal, aumento de la densidad de la grasa adyacente y diferentes grados de ascitis.
- ✓ Muchas de ellas se presentan como pancolitis (CMV y E. coli), algunas son más limitadas al colon derecho (Salmonella, Yersinia, Mycobacterium TBC y Entamoeba histolytica), incluyendo o no el íleo distal.
- ✓ Menos comunes como Shigella, herpes, Neisseria gonorrhoeae, Treponema pallidum y Chlamydia trachomatis, tienen predilección por el colon izquierdo.



Engrosamiento y realce anómalo de las paredes del recto (flecha vacía); Infiltración de la grasa mesorectal (flechas rectas); Ganglios linfáticos prominentes en el meso

CMV

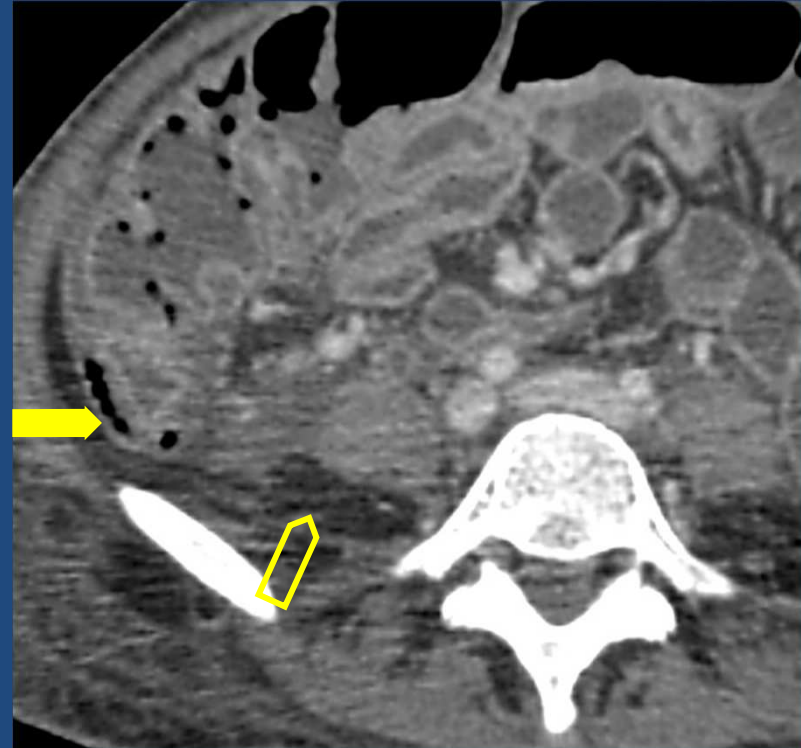


Engrosamiento y realce de la mucosa del colon ascendente, y en menor grado de los demás segmentos en el colon (flechas vacia);

Aumento de la grasa adyacente y pequeña a moderada cantidad de líquido libre asociados (flechas rectas).

Colitis Pseudomembranosa

- ✓ Pacientes hospitalizados con múltiples comorbilidades, en QMT o en uso de ATB presentan pancolitis.
- ✓ Signo del acordeon.
- ✓ Alteraciones inflamatorias pericólicas discretas.



Neumatosis en el colon ascendente (flecha recta); Líquido libre (flecha vacía).

Conclusión:

- ✓ Existen signos radiológicos inespecíficos en los diferentes tipos de colitis, como engrosamiento parietal en procesos inflamatorios, isquémicos o neoplásicos.
- ✓ El diagnóstico etiológico de la colitis se basa en hallazgos clínicos, de laboratorio, colonoscópicos e histológicos.
- ✓ Sin embargo, algunas características de la imagen pueden ser útiles para estrechar el diagnóstico diferencial, tales como: aumento del espesor de la pared, localización y extensión de la enfermedad, reacción pericólica, presencia de ascitis, tipos de complicaciones y hallazgos asociados. Éstos pueden orientar el razonamiento diagnóstico.
- ✓ El análisis cuidadoso de las manifestaciones radiológicas aumenta la capacidad del radiólogo para influir en la investigación y el tratamiento de estos pacientes.

Bibliografía

1. Furukawa A, Saotome T, Yamasaki M, et al. Cross-sectional Imaging in Crohn Disease. *RadioGraphics* 2004; 24:689-702.
2. Gore RM, Balthazar EJ, Ghahremani GG, et al. CT features of ulcerative colitis and Crohn's disease. *AJR Am J Roentgenol.* 1996;167 (1): 3-15.
3. Thoeni RF, Cello JP. CT Imaging of Colitis. *Radiology* 2006; 240:623–638
4. Horton KM, Corl FM, Fishman EK. Evaluation of the Colon: Inflammatory Disease. *RadioGraphics* 2000; 20:399–418
5. Roggeveen MJ, Tismanetsky M, Shapiro R. Best Cases from the AFIP - Ulcerative Colitis. *RadioGraphics* 2006; 26:947–951