

Hospital Clínicoquirúrgico "10 de Octubre"

ESTUDIO ENDOSCÓPICO DEL ÍLEON TERMINAL

Dr. Alfredo Hierro González,¹ Dra. Olga Marina Hano García² y Dra. Graciela Jiménez³

RESUMEN

Se decidió realizar un estudio de las 683 endoscopias de íleon terminal para determinar la longitud promedio explorada, causas de indicación y coincidencia entre el diagnóstico endoscópico y el histológico. Se halló que la longitud promedio explorada fue 14,80 cm y la causa más común de indicación, la diarrea crónica. Se observó un íleon normal en el 73,06 % de los casos. Hubo alta coincidencia diagnóstica entre el método endoscópico y el histológico. Se puso en evidencia la necesidad de efectuar una exploración endoscópica del íleon terminal asociada a la toma de múltiples biopsias cuando existen síntomas característicos como diarreas crónicas, dolor abdominal o enterorragia.

DeCS: ILEON; ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL/métodos; TECNICAS HISTOLOGICAS.

El diagnóstico de enfermedad del intestino grueso ha alcanzado un elevado índice de seguridad gracias a la evolución de las técnicas endoscópicas. Por el contrario, el diagnóstico de enfermedad del intestino delgado constituye actualmente un controversial problema diagnóstico y terapéutico.^{1,2}

El intestino delgado constituye el 75 % del tubo digestivo, con una forma y movilidad que dificultan su exploración, por lo cual ha sido un órgano lejos del alcance del endoscopista, excepto la porción proximal del duodeno y la más distal del íleon.³

Existen diferentes técnicas para la exploración endoscópica del intestino delgado, pero la más utilizada es la estereoscopia de empuje.^{4,5} La colonoscopia, aunque presenta un porcentaje de riesgo más elevado que el estudio radiológico, resulta más útil, por su mayor precisión y por la posibilidad de practicar biopsias y maniobras terapéuticas.⁵

La canulación del íleon terminal es un aspecto difícil de la colonoscopia, en manos expertas se consigue en un 80 a un 97 % de los casos.⁶⁻⁸

El íleon constituye las 3/5 partes de la porción mesentérica del intestino, tiene una longitud aproximada de 6m.⁹

El intestino delgado, y en especial el íleon terminal, suele ser afectado en gran número de pacientes por diferentes afecciones, como son:

- Procesos inflamatorios crónicos: enfermedad de Crohn, ileítis retrógrada, ileítis inespecífica.
- Procesos infecciosos: tuberculosis, ileítis por Yersinia, ileítis por citomegalovirus, otros.
- Procesos infiltrativos del tejido linfoide: linfoma, hiperplasia nodular linfoide.
- Procesos tumorales: benignos y malignos.
- Ileítis por radiación.

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Gastroenterología. Instructor.

² Especialista de II Grado en Gastroenterología. Aspirante a Investigadora.

³ Especialista de II Grado en Gastroenterología. Profesora Auxiliar. Investigadora Titular.

Las ventajas de poder examinar directamente el íleon terminal y tomar biopsias son obvias, sin embargo, no siempre es visible mediante la colonoscopia, es necesario adquirir gran habilidad y destreza, lo cual se logra con prolongada ejercitación.

Los objetivos de este trabajo son determinar la longitud promedio de íleon terminal explorado, las causas más frecuentes de indicación de la ileocolonoscopia y la coincidencia entre el diagnóstico endoscópico y el histológico.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo cuyo universo estuvo constituido por pacientes de todas las edades y ambos sexos a quienes se les realizó colonoscopia en el Instituto de Gastroenterología de Ciudad de La Habana, en el período comprendido entre mayo de 1975 y diciembre de 1997.

Se revisaron 11 345 colonoscopias, de ellas se seleccionaron 683 en las cuales se llegó a ciego, se trapasó la válvula ileocecal y se pudo observar un segmento de longitud variable del íleon terminal, ninguno de los casos tenía antecedentes de intervención quirúrgica.

El proceder fue realizado con diferentes endoscopios y colonoscopistas; todos los pacientes fueron preparados previamente con una dieta libre de residuos, laxantes y enemas evacuantes durante los 2 d previos al examen. Se les aclaró que no debían usar sorbitol y que los enemas debían ser pasados por sonda rectal.

La introducción del instrumento se efectuó con el paciente en decúbito lateral izquierdo y se modificó la posición durante el examen. La compresión de un ayudante sobre el abdomen del enfermo facilitó e hizo más breve la progresión del instrumento hacia la válvula ileocecal.

Las biopsias tomadas fueron recopiladas y analizadas, luego se comparó el diagnóstico endoscópico con el histológico.

Se confeccionaron tablas de frecuencia y se describieron las observaciones en números absolutos y porcentajes para el análisis estadístico.

RESULTADOS

El íleon terminal fue explorado en 683 pacientes de las 11 345 colonoscopias realizadas en el período analizado, para el 6,02 %. En el 78,77 % de los pacientes se logró examinar una extensión superior a los 5 cm de longitud (tabla 1).

TABLA 1. Extensión explorada del íleon terminal

Longitud explorada (cm)	No.	(%)
Hasta 5	145	(21,22)
De 6 a 10	251	(36,74)
Más de 10	287	(42,01)
Total	683	(100,0)

En la tabla 2 se observa que en 403 pacientes fue posible determinar las causas que motivaron la indicación de este estudio, la diarrea crónica fue la primera causa en 145 pacientes y el sangrado digestivo, la segunda.

TABLA 2. Causas más frecuentes de indicación de ileocolonoscopia

Causas	No.	(%)
Diarreas crónicas	145	(35,71)
Sangrado digestivo	83	(20,44)
Dolor abdominal	51	(12,56)
Diagnóstico previo de colitis ulcerativa ideopática	30	(7,38)
Antecedentes de pólipos	21	(5,17)
Constipación	16	(3,94)
Pesquisa de pólipos	15	(3,69)
Presencia de flemas en las heces	11	(2,70)
Diagnóstico previo de enfermedad de Crohn	10	(2,46)
Síndrome oclusivo incompleto	6	(1,47)
Sospecha radiológica de estenosis	3	(0,73)
Antecedentes familiares de cáncer de colon	2	(0,48)
Sospecha radiológica de enfermedad de Crohn	2	(0,48)
Amebiasis rebelde al tratamiento	2	(0,48)
Sospecha clínica de enfermedad de Crohn	1	(0,24)
Sospecha de síndrome de Behcet	1	(0,24)
Sospecha de tuberculosis o linfoma intestinal	1	(0,24)
Poliparasitismo	1	(0,24)
Fisura anal	1	(0,24)
Diagnóstico previo de colitis inespecífica	1	(0,24)
Total	403	(100,00)

Fuente: Informes de colonoscopia.

De las 683 ileocolonoscopias, en 499 (73,06 %) el examen endoscópico fue normal y en 123 (18,0 %) se observó una hiperplasia linfoide (tabla 3).

TABLA 3. *Diagnóstico endoscópico en el íleon terminal explorado*

Diagnóstico endoscópico	No.	(%)
Normal	499	(73,06)
Hiperplasia linfoide	123	(18,00)
Ileítis de Crohn	25	(3,66)
Ileítis inespecífica	18	(2,63)
No concluyente	9	(1,31)
Ileítis de reflujo	3	(0,43)
Estenosis	2	(0,29)
Angiodisplasia	1	(0,14)
Tumor de íleon	1	(0,14)
Pólipo de íleon	1	(0,14)
Linfoma	1	(0,14)
Total	683	(100,0)

Fuente: Informes de colonoscopia.

La apariencia endoscópica de un íleon terminal fue confirmada histológicamente en el 96,87 % de los pacientes y la hiperplasia linfoide en el 77,77 %. Un paciente en el que se sospechaba la existencia de la enfermedad de Crohn como causa de estenosis endoscópica se concluyó como tal mediante la histología, lo mismo sucedió con un linfoma intestinal (tabla 4).

TABLA 4. *Diagnóstico endoscópico vs. diagnóstico histológico en el íleon terminal explorado, en los pacientes a quienes se les realizaron biopsias*

Diagnóstico endoscópico (casos biopsiados)	N	Diagnóstico Histológico	N1	N1/N %
Normal	64	Normal	62	(96,87)
Hiperplasia linfoide	36	Hiperplasia linfoide	28	(77,77)
Ileítis de Crohn	22	Ileítis de Crohn	17	(77,27)
Ileítis inespecífica	10	Ileítis inespecífica	8	(80,0)
Ileítis de reflujo	2	Ileítis	2	(100,0)
Tumor de íleon	1	Tejido necrótico	1	(0,00)
Estenosis por enfermedad de Crohn	1	Enfermedad de Crohn	1	(100,0)
Linfoma	1	Linfoma	1	(100,0)
Pólipos	1	Pólipos	1	(100,0)
Angiodisplasia	1	Angiodisplasia	0	(0,00)
No concluyentes	3	***		

***Hiperplasia linfoide: 1 caso; ileítis inespecífica: 1 caso; normal: 1 caso.
Fuente: Informes de colonoscopia.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de enfermedad colónica ha tenido un desarrollo vertiginoso al combinarse los métodos radiológicos con las nuevas y prósperas técnicas endoscópicas. Los avances en relación con el diagnóstico de las afecciones del intestino delgado no han tenido un comportamiento similar, cuentan, casi exclusivamente, con el estudio radiológico contrastado porque las técnicas endoscópicas sólo han permitido el examen de las primeras asas duodenales y los últimos segmentos del íleon terminal mediante la colonoscopia.

Si bien es cierto que este segmento del tracto gastrointestinal se afecta con relativa poca frecuencia, también lo es que muchas afecciones de amplia repercusión sistémica y local se asientan en gran número de casos en estas localizaciones.

Kundratas y otros⁷ determinaron la longitud del segmento de IT explorado en 162 casos que estudiaron, fue hasta menos de 5 cm en 39 (24,07 %), de 5 a 10 cm en 81 (50 %) y más de 10 cm en 42 (25,92 %). Nuestros resultados son superiores pues en 251 pacientes se exploraron entre 6 y 10 cm y en 287, más de 10 cm. Los resultados obtenidos por *Poleo* y otros¹ son similares a los nuestros.

La diarrea crónica en 145 pacientes fue la causa más frecuente de indicación de la ileocolonoscopia, seguida por el sangrado digestivo en 83 y el dolor abdominal, en 51; estas fueron las 3 primeras causas de indicación del examen. *James* y *Church*¹⁰ informaron que las principales causas de indicación la constituyen, en orden decreciente: la historia anterior de cáncer de colon, el sangrado digestivo y los antecedentes de pólipos. En el estudio desarrollado por *Parowska* y otros² se informaron causas de indicación de ileocolonoscopia similares a las nuestras.

En nuestra casuística, 501 casos presentaron un íleon de características normales en su aspecto endoscópico, los cuales representaron el 71,74 %. Muchos autores incluyen la hiperplasia nodular linfoide dentro de la normalidad. Otros han señalado que puede estar asociada a trastornos inmunológicos que cursan como expresión de inmunodeficiencia, los colonoscopistas de este estudio reportaron 123 pacientes para el 18 %, se ubicó como la afección más frecuentemente observada.

La ileítis de Crohn ocupó el segundo lugar en frecuencia entre los diagnósticos endoscópicos informados. La presencia de úlceras aftoides sobre una mucosa normal, así como ulceraciones profundas, aspecto empedrado de la mucosa, hasta la estenosis, fueron las variadas imágenes descritas en los informes endoscópicos.

Se diagnosticaron 18 casos como ileítis inespecífica, los que constituyeron el tercer diagnóstico de frecuencia. Hubo 9 casos que no fueron concluyentes y 3, presentaron una ileítis de reflujo en el curso de una colitis ulcerativa ideopática y en 2 de los 683 casos se diagnosticó una estenosis del íleon terminal de causa no precisada.

La angiodisplasia, el tumor del íleon, el pólipo y el linfoma intestinal fueron reportados con 1 caso cada uno (0,14 %). No es posible hacer un análisis comparativo de la frecuencia con la que se presentaron las afecciones anteriormente comentadas, porque el diagnóstico endoscópico no estuvo en estos casos entre los objetivos de investigación en los artículos revisados.

De los 501 casos que tuvieron resultados normales de la ileoscopia, se les tomó muestra para biopsia a 64 y en 62 se comprobó ese diagnóstico, lo cual representa el 96,87 % de correspondencia entre ambos métodos. En los otros 2 casos, la muestra no fue útil para diagnóstico.

La biopsia permitió comprobar que el diagnóstico de hiperplasia nodular linfoide de íleon terminal y el de ileítis de Crohn eran correctos porque aparecía el infiltrado inflamatorio crónico en toda la extensión de la muestra y granulomas no caseificantes. El patólogo confirmó el diagnóstico endoscópico de ileítis inespecífica en 8 de las 10 biopsias realizadas. En el 100 % de los casos, el diagnóstico histológico correspondió a una ileítis de reflujo. El aspecto histológico del íleon era similar al observado en las diferentes

muestras de un colon afectado en su totalidad por una colitis ulcerativa idiopática diagnosticada previamente.

En un caso se llegó a la conclusión de una estenosis secundaria a una enfermedad de Crohn, ese diagnóstico también fue confirmado mediante la biopsia, mientras que en 3, el endoscopista informó que la ileoscopia no era concluyente para diagnóstico y posteriormente se determinó que estábamos en presencia de un íleon normal, una hiperplasia nodular linfoide y una ileítis inespecífica.

La biopsia efectuada a una muestra del tumor del íleon, permitió reconocer la presencia de un tejido necrótico lo cual es frecuente cuando el sitio de la toma de la muestra coincide con un área de necrosis tumoral y no permite su clasificación histológica.

Los tumores carcinoides de IT pueden adoptar un aspecto polipoideo, tal es el caso del pólipo de íleon extirpado, en el que el patólogo halló elementos histológicos de dicho tipo tumoral.

Se concluye que la imagen endoscópica, aunque característica de una enfermedad específica en muchos casos puede mostrarse confusa en otros, lo cual demuestra que el estudio anatomopatológico es el método más importante y concluyente.

Desde el punto de vista endoscópico, la agudeza diagnóstica está condicionada por múltiples factores entre los que se encuentran la experiencia y la pericia del endoscopista actuante, a nuestro juicio estos son los más importantes.

En conclusión, el íleon terminal fue explorado endoscópicamente en una extensión promedio de 14,80 cm. En el mayor porcentaje de los casos se alcanzó una extensión mayor de 10 cm. La diarrea crónica, el sangrado digestivo y el dolor abdominal fueron, en ese orden, las causas más frecuentes de indicación de la ileocolonoscopia. Se halló alta coincidencia diagnóstica entre el método endoscópico y el histológico.

SUMMARY

It was decided to conduct a study of 683 terminal ileum endoscopies to determine the average length explored, causes of indication and coincidence between the endoscopic and histological diagnosis. It was detected that the average length explored was 14.80 cm and the the commonest cause of indication was chronic diarrhea. A normal ileum was observed in 73.06 % of the cases. There was a high diagnostic coincidence between the endoscopic and the histological method. The need to perform an endoscopic exploration of the terminal ileum associated with the taking of multiple biopsies when there are characteristic symptoms, such as chronic diarrheas, abdominal pain or enterorrhagia, was proved.

Subject headings: ILEUM; ENDOSCOPY; GASTROINTESTINAL/methods; HISTOLOGICAL TECHNIQUES.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Poleo JR, Poleo P Jr. Colonoscopia total y exploración sistemática del íleon terminal. *Gen* 1996;50:1.
2. Parowska B, Flati G, Tuscano D, Chiarinelli ML, Gossitti F, Hidalgo M. Ileoscopia: indicaciones y resultados. *Rev Enf Apar Digest* 1998;74: 225-30.
3. Calleja Panero JL, Cacho Acosta G, Albillos Martínez A, Ibarra Herrera J. Indicaciones de enteroscopia. *Medicine* 1996;7:184-5.
4. Waye JD. Small-bowel endoscopy. *Endoscopy* 1996;28:71-6.
5. Cotton PB, Williams CB. Tratado práctico de endoscopia digestiva. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas 1992: 205-87.
6. Suárez IA. Colonoscopia difícil. *Gen* 1993; 47: 168-71.
7. Kundratas LW, Clement DJ, Kubik CM, Robinson AB, Walfe PA. A prospective evaluation of successful terminal ileum intubation. During routine colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 1994;40: 544-6.
8. Marshall JB, Barthel JS. The frequency of total colonoscopy and terminal ileal intubation in the 1990s. *Gastrointest Endosc* 1993;39:518-20.
9. Llanio Navarro R. Gastroenterología: principios básicos y pruebas diagnósticas. La Habana: Editorial Pueblo y Educación 1991;53:349-55.
10. Church JM. Complete colonoscopy: how often? And if not? *Am J Gastroenterol* 1994; 89:556-60.

Recibido: 1 de octubre de 2001. Aprobado: 18 de julio de 2002.

Dr. Alfredo Hierro González. Arnao No. 24 entre Saco y Cisneros, La Lira, Arroyo Naranjo, Ciudad de La Habana, Cuba.