

Ileítis Crónica

*Dr. Alberto Albornoz Plata **

En general las enfermedades orgánicas del intestino delgado son de difícil diagnóstico porque muchas veces semejan cuadros psicossomáticos especialmente cuando domina el síntoma diarrea ó por culpar diversos trastornos intestinales al dato que suministra un examen coprológico: esto último tiene interés en países tropicales: además el examen radiológico intestinal, indispensable para sospechar ó diagnosticar una enfermedad intestinal, es laborioso y toma mucho tiempo.

Entre estas enfermedades está la ileítis Regional crónica.

En octubre de 1932, Ginzburg y Oppenheimer describieron un granuloma benigno nó específico en 13 casos, todos localizados en la parte final del ileon: de ahí el nombre de ileítis regional o terminal: hoy se sabe que puede atacar todo el delgado (frecuente): Ileoyeyunitis y en ocasiones el colon (raro) ileocolitis (Erb-Farmer-Colp). Es generalmente un proceso largo, crónico; las formas agudas simulan y casi siempre se "diagnostican" como apendicitis aguda: por eso más del 50% de los casos dan antecedentes de apendicectomías; ésta pudo ser el comienzo de tratamiento de la forma aguda o considerada en el curso de la enfermedad como una "apendicitis crónica".

Todo paciente con diarrea crónica, dolor abdominal, fiebre, pérdida de peso y desnutrición y si ha sido apendicectomizado, es muy probable que se trate de una ileítis crónica.

DEFINICION:

Es enfermedad granulomatosa que siempre se inicia en la parte final del ileon en la vecindad de la válvula ileocecal: se produce estrechez y obliteración intestinal con ulceración de la mucosa:

* Miembro del American College of Gastroenterology.

tiende a propagarse hacia arriba (ileoyeyunitis) y raro más allá de la válvula ileocecal: puede haber zonas sanas de intestino interpuestos entre zonas enfermas (de interés en cirugía): "Skip áreas". La estrechez determina los síntomas básicos de la enfermedad: dolor, fiebre, diarrea, desnutrición, pérdida de peso.

INCIDENCIA:

Relativamente rara: si se investiga se encuentra; Bockus se sorprendía que no existiera en Latino-América, pero en Bogotá, se describió en 1950 (Jácome Valderrama) en Medellín 1952 se han reunido 12 casos. (Vélez Escobar - Correa). En Cuba se han descrito 19 casos (Falla - Huergo - Milanéz - Frejomil). Seguramente hay muchos casos de obstrucción del delgado que se operan varias veces y son ileítis crónica. En 100.000 admisiones en la clínica Lahey se han encontrado 70 casos y de Enero 53 a octubre 54 han operado 26 casos. El 75% de los casos (Bockus) está entre 25-40 años. Holman presenta un caso en un niño de 6 años. En 26 casos presentados por Marshall de Lahey Clinic las edades van de 14 - 61 años. Las estadísticas más amplias (226 casos) de esta clínica indican que el sexo no tiene importancia. Otros investigadores (Bockus-Grohn) informan que la relación es 3:2 a favor de M.

Incidenias familiares indicadas por Brown y Schiefley que presentan 3 casos en 3 hermanos: Lahey operó un judío y luego Strauss, en Chicago, operó a un primo. Condiciones iguales de vida parecen influir en esa incidencia. Más propio de gentes pobres, mal alimentadas y sometidas a infecciones crónicas digestivas (Shiguellas - Salmonellas). Todas las estadísticas Americanas favorecen la raza judía (13 casos en 21 Bockus) y más en emigrantes. Raro en negros (1 caso de Grohn).

HISTOPATOLOGIA:

Granuloma benigno no específico. Siminar en algunos casos a Tb. que determinan estenosis y endurecimiento de las paredes del delgado, especialmente ileon en su parte final y puede progresar la enfermedad hacia arriba y rara vez hacia el colon. Generalmente compromete de 8 a 12 pulgadas finales del ileon, pero puede llegar hasta 50 ó más pulgadas; luz intestinal muy estrecha sólo permite el peso de un lápiz y la mucosa está ulcerada; me-

sentereo engrosado y aumento de grasa que engloba todo el intestino; edema marcado. Casi siempre se ha removido el apéndice y cuando está presente se halla engolfado en una masa de intestino-grasa mesentereo y es muy difícil resecarlo.

El ciego rara vez está comprometido. Parece que tiene una resistencia especial a la enfermedad (Winkelstein).

En los cortes hay células gigantes pero sin caseificación y nunca se encuentran bacilos ácido-resistentes. Ganglios hipertrofiados (0.5-2 cms.)

ETIOPATOGENIA:

Se cree que es inicialmente una enfermedad linfática intestinal. Se produce una obliteración de estos vasos y de ahí que se presenta en lugares ricos en linfáticos como parte final del ileon: luego un proceso infeccioso crónico intra-intestinal determinaría el cuadro de la enfermedad. Esta es la teoría de Hadfield. Reichert y Mathes lo demuestran por experiencia en el animal: esclerosan los linfáticos intestinales o inyectan por vía venosa bacterias tipo coli y se produce la enfermedad. La enfermedad en su origen es extraintestinal y puede ser una linfadenitis mesentérica.

Falsen cree en antecedentes disentéricos bacilares. Estudió una epidemia en Jersey City; 122 enfermos y de ellos 46 quedan con afección crónica intestinal y finalmente 3 hicieron ileítis crónica.

Todos los autores llaman la atención de la apendicecetomía previa en la mayoría de los casos: ha podido ser la iniciación de la enfermedad en que la infección del ileon terminal comprometió al apéndice.

Oppenheimer y Ginzburg hablan de alteraciones circulatorias intestinales: intususcepciones del ileon en el ciego determinan granulomas que alteran la circulación produciendo ulceraciones de la mucosa. No se han demostrado ni virus ni otros organismos causantes.

La reacción de Frey siempre es negativa (Rodaniche - Palmer). El suero de los enfermos no tiene anticuerpos contra distintos virus (Rodaniche).

Sarcoidosis, TB, linfogranuloma venéreo, están descartados en la etiología de la ileítis (Bockus).

SINTOMAS:

Muy constantes: Dolor abdominal. - Fiebre. - Diarrea. - Hemorragia digestiva. - Pérdida de peso. - Anemia.

En 26 casos estudiados el año pasado Lahey Clinic (Marshall Mathiesen) indican estos síntomas así:

	24 — Dolor:	93%
	21 — Diarrea:	81%
26	26 — Pérdida de peso:	81%
Casos:	18 — Fiebre baja:	70%
	18 — Anemia:	70%
	16 — Hemorragia digestiva:	62%

1º Dolor: Más en C. I. D.: tipo calambre: característico que se alivia con movimiento intestinal (Grohn): diferencia con enfermedad del colon y con "adherencias" y más por el hecho si hay apendicectomía previa: Dolor crónico. Se inicia el dolor al comer (Bockus).

2º Diarrea: no muy severa: rara vez con sangre, pus o moco, semilíquida. Lleva a desnutrición.

3º Pérdida de peso: progresivo como en toda enfermedad crónica. Hay casos de 24 años de evolución (Marshall).

4º Fiebre: de tipo "origen desconocido" no muy alta, tipo vesperal. Bockus cita un niño judía de 16 años con fiebre desconocida diaria, considerado como una endocarditis; tuvo ataque agudo doloroso en C. I. D. al año de la fiebre: un examen radiológico demostró íleo-colitis, con invasión hasta el transversal. Es curioso que estos pacientes presentan los dedos de las manos y pies en forma de palillo de tambor (Winkelstein).

5º Anemia. Tipo carencial, nutricional.

6º Hemorragia digestiva: por ulceraciones de la mucosa. Sangre oculta (+) en las heces.

7º Otros. - Bockus hace énfasis sobre la personalidad de los pacientes: sensitivos y emocionales: en una serie de 19 pacientes 4 eran definitivamente psiconeuróticos y 2 fueron tratados por más de un año como neurosis.

Un dentista judío fue tratado como una neurosis sus síntomas digestivos, y se necesitaron 3 exámenes radiológicos para demostrar ileítis. (Bockus - Yaskin).

COMPLICACIONES:

En la serie de 26 casos de Marshall hay estas complicaciones:

	12 — Obstrucción intestinal:	46%
26	10 — Complicaciones ano-rectales:	38%
Casos:	6 — Fístula:	23%
	5 — Masa abdominal:	19%

1º Obstrucción intestinal: de tipo crónico o agudo. Obliga a cirugía.

2º Complicaciones ano-rectales: tipo fístulas y abscesos: en 114 pacientes estudiados por Jackman y Smith 8 (7%) solicitaron consulta médica por molestias rectales.

3º Fístulas: por perforación del intestino a vísceras: intestino, sigmoide, ciego, vejiga, etc. (fístula interna) ó en la pared abdominal (fístula externa); importancia si hay fístula en cicatriz de apendicectomía (15%).

4º Masa: en C. I. D.: dolorosa no muy dura, como en "Salchichón".

Enfermedad generalmente crónica: la mayoría de los pacientes dan un promedio de duración de síntoma de 10.1 año (Marshall). Formas agudas raras, casi siempre llevan a cirugía por semejanza con apendicitis aguda.

DIAGNOSTICO:

Debe sospecharse en todo trastorno crónico intestinal y más si hay antecedente de apendicectomía. El examen físico sugiere el diagnóstico y se confirma con R. X.; en este examen se solicita cooperación "Radiólogo - paciente": es un examen detallado, largo y debe acudirse a diversas técnicas para encontrar estenosis intestinal (Finkelstein). Debe estudiarse el delgado por 4 - 6 horas consecutivas (Winkelstein).

Es patognomónico el signo de la cuerda de Kantor: porción estrecha, inmóvil de ileon generalmente terminal cerca al ciego. También asas distendidas proximales a la estenosis. "Skip areas" (asas enfermas intercaladas entre asas sanas). El ileon estenotizado puede dar compresión extrínseca al ciego y deformarlo; habrá la silueta de una garza (Bockus) por el conjunto del ciego deformado (cabeza de la garza) estenosis ileon (cuello) y asa intestinal distendida (pecho).

Completar este examen con:

Rectosigmoidoscopia y colon por enema para diagnóstico diferencial con colitis ulcerativa crónica.

TRATAMIENTO:

Inicialmente médico. Quirúrgico en las complicaciones. Ambos se consideran como paliativos. Rara vez son curativos. Las formas crónicas sin complicaciones son compatibles con larga sobrevivencia.

1º Médico: puede durar toda la vida. Semejante a tratamiento de TB. reposo, dieta, vitaminas, antibióticos, ACTH - cortisona.

Reposo: Físico y mental tipo ulcus, cama cuando hay fiebre. Aún prolongado por 12 meses.

Dieta: como en cirrosis: alta en proteínas. Hidrocarbonados, vitaminas, baja en grasa. Tipo dieta blanda. Se inicia:

Carne: res, ternera, pollo, ganso, hígado, páncreas, asada y al horno. Pescado en cualquier forma menos frito.

Cereales y papa: pan, tostadas, galletas. Cereales tipo Corn Cakes y Rice Krispies. Pastas y papas menos fritas.

Huevos - Queso: tibios - queso fresco - cuajada.

Leche - mantequilla: mejor leche en polvo.

Postre: Galatina - Pudings - Tapioca "Cakes" Flan.

Bebidas: Té - café - cocoa.

Prohibido: Alcohol, picantes. Vegetales (menos la papa). Frutas. Nueces. Centeno. Bebidas y alimentos helados.

Sistema de 6 comidas. Extracto hígado 15 U. y complejo B. 2 c. c. cada uno por semana I. M.

Antibióticos: No muy útiles. Eficacia similar para cualquiera. Para infecciones sobreagregadas. Más usados: sulfatalidina 6-12 gr. día por 2-4 semanas: sulfasuxidina mitad dosis anterior.

ACTH. - Cortisona: Ligeramente útiles. Sólo como paliativos para aumentar apetito y sensación de bienestar. ACTH 20-40 U. dos veces al día en gelatina I. M. por 2-6 semanas. Cortisona 20-50 mgr. 1-4 veces al día por 2 - 6 semanas.

Sedantes: Fenobarbital 15 mgr. con cada comida. Anticolérgicos: Probantina 15 mgr. con cada comida. - Elíxir paregórico y codeína (15-30 gr.) útiles para controlar diarrea y dolor.

El 25% de los casos se pueden tratar médicamente (Kiefer).

2º Quirúrgico: Resección de asas enfermas. Es medida paliativa. Puede "detener" la enfermedad. Exploración amplia (Skip áreas). Algunos casos de ileoyeyunitis se han beneficiado de la vagotomía (Winkelstein).

3º Recurrencias: Es la regla. En cirugía del 30 - 34% (Lahey-Marshall - Kiefer) común a los 2 años; aún hasta 6 años después de operar.

Interesante la experiencia de Lahey Clinic (Kiefer) al controlar 52 casos sometidos a cirugía.

42 casos.	13 OK. en 1ª resección.
1ª operación.	28 Necesitan 2ª operación.
	1 Muerto.
28 casos.	8 OK. en 2ª resección.
2ª operación.	11 Necesitan 3ª operación.
	2 OK. Tratamiento médico.
	3 Muertos.
	4 Inválidos.

11 casos. 3ª operación.	3	OK. 3ª resección.
	1	OK. Tratamiento médico.
	1	Muerto.
	4	Inválidos.
	2	Necesitan 4ª operación.

En RESUMEN: 42 casos: 5 muertos. 10 inválidos. 27 OK. (enfermedad detenida): 64% de éxito).

Mortalidad quirúrgica: 2.6% dato de 223 casos operados en Lahey Clinic (Marshall).

4º Post-cirugía: Fisiológicamente soportan muy bien amplias recepciones, hasta 50% del intestino delgado. Un estado nutricional aceptable se puede lograr con sólo 5 pies de delgado. (Lahey) (Normalmente el intestino tiene 20-24 pies).

Sospechar recurrencia si: pérdida de peso, sedimentación elevada, inversión coeficiente, Albúmina, globulina; diarrea que se aumenta, (normalmente en post-cirugía quedan con 5 - 6 deposiciones líquidas). Hacer nueva radiología: insistir en sitio de anastomosis; enema y rectosigmoidoscopia para descartar invasión colon. Si el sigmoide está comprometido es inútil reoperar (Bockus).

5º Radioterapia: Por ser un ataque linfóide en intestino y mesentérico parece lógico la roentgenterapia. En algunos casos hay resultados: 4 - 8 sesiones (diario): intervalo 1 mes: 1 sesión en cada cuadrante abdominal de 100 (Kiefer).