

Recurrencia de la enfermedad de Crohn en la anastomosis ileocolica: hallazgos por EnteroRM

Tipo: Presentación Electrónica Científica

Autores: **Alejandro Vara Castrodeza**, Jesús Barrio Andrés, Ramón Atienza Sánchez, Francisco Brunie Vegas, Manuel Fajardo Puentes, Gabriel Carlos Fernández Pérez

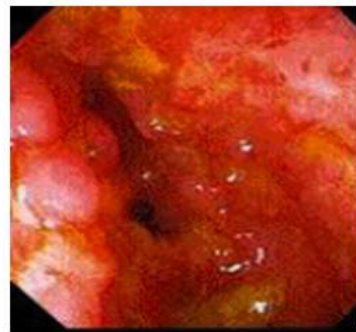
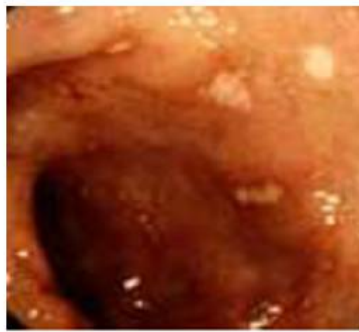
Objetivos

La recurrencia postquirúrgica de la enfermedad de Crohn, definida como la aparición de nuevas lesiones detectadas por endoscopia, radiología o estudio histopatológico, ocurre hasta en el 80% de los pacientes en el lugar de la anastomosis o en el asa ileal. Su detección precoz y tratamiento médico puede evitar nuevas intervenciones quirúrgicas. La endoscopia es la técnica de elección en la evaluación de la recurrencia postquirúrgica, con determinación de la presencia y gravedad de las lesiones mediante el índice de Rutgeerts (Fig.1-2). Lesiones más severas, i3 o i4, se asocian con una mayor posibilidad de recurrencia y de complicaciones, con implicaciones en el tratamiento médico y/o quirúrgico.

Imágenes en esta sección:

Table 1. Rutgeerts' Endoscopic Score for Recurrence of CD in the Neoterminal Ileum

Score	Criteria
0	No lesions
1	<5 Aphthoid ulcers
2	>5 Aphthoid ulcers with normal mucosa in between or skip areas of larger lesions or lesions confined to the ileocolonic anastomosis
3	Diffuse ileitis with larger ulcers but normal mucosa in between
4	Diffuse ileitis with large ulcers, nodules/narrowing without normal mucosa in between



Gastroenterology 1990; 99: 956-62

Fig. 1: Índice de Rutgeerts

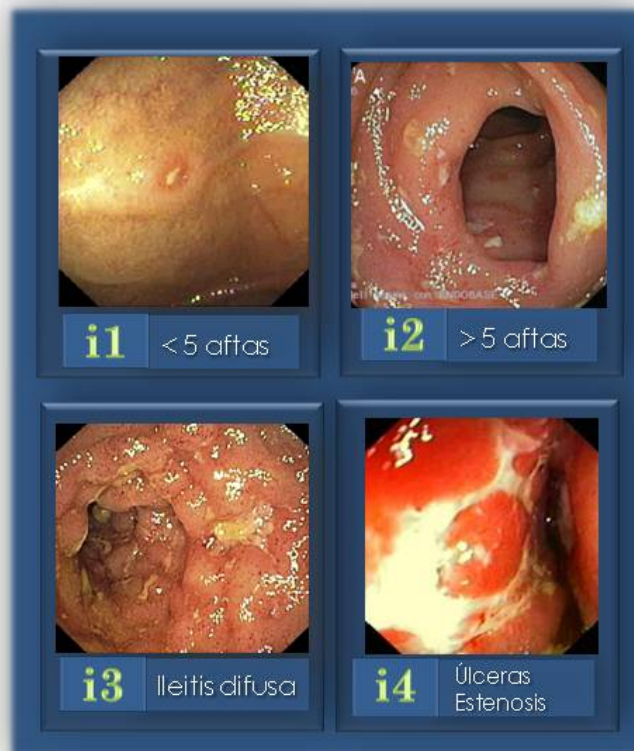


Fig. 2: Índice de Rutgeerts

Material y métodos

Hemos revisado los casos de recurrencia postquirúrgica de la enfermedad de Crohn estudiados por enteroRM en nuestro centro en el periodo 2011 a 2015. La preparación se realizó con solución acuosa de polietilenglicol 1,5l, 45 minutos previo a iniciar la prueba, y 1 ampolla de buscapina intravenosa al iniciar la exploración. Se ha realizado estudio con tomógrafo GE sygna 1,5 T en planos axial y coronal T2 FSE fat sat, T1 FSE y T2 FIESTA, estudio dinámico coronal y axial LAVA tras la administración de contraste endovenoso. La ileocolonoscopy se realizó en la mayoría de los pacientes, en un intervalo que osciló de 1 semana a 3 meses posteriores a la RM.

Resultados

Hemos observado recurrencia de la enfermedad en 29 casos, localizándose en la anastomosis o en

asa ileal. La presentación se correspondía con un patrón inflamatorio agudo-estenosante, sin asociarse fístulas o colecciones. Los casos se han clasificado según el índice de Sailer (0 a 3) (Fig.3), siendo de tipo 1 en 7 casos, tipo 2 en 22 (Fig.4-10). El estudio endoscópico y toma de biopsia se realizó en 25 casos, con determinación de la presencia de lesiones mucosas del tipo aftas, úlceras, nódulos o estenosis, su extensión y graduación según el índice de Rutgeerts. En 10 casos se clasificó como i2, en 15 casos i3. En 4 casos no fue posible la endoscopia por la presencia de estenosis no franqueable.

Imágenes en esta sección:

INDICE DE GRAVEDAD POR RM*	DEFINICIÓN
MR0	Sin hallazgos patológicos
MR1	CAMBIOS LEVES: Engrosamiento mural leve, hipercaptación leve de contraste
MR2	CAMBIOS MODERADOS-GRAVES: Engrosamiento mural marcado, hipercaptación moderada-grave, edema y estenosis luminal de bajo grado (sin dilatación pre-estenótica)
MR3	MISMOS CAMBIOS QUE MR2 más: Lesiones penetrantes o cambios inflamatorios perientéricos o estenosis luminal con dilatación pre-estenótica o úlceras
* Sailer J et al Eur radiol 2008; 18:2512-21; Koilakou S et al IBD 2010; 16: 198-203	

Fig. 3: Índice de Sailer

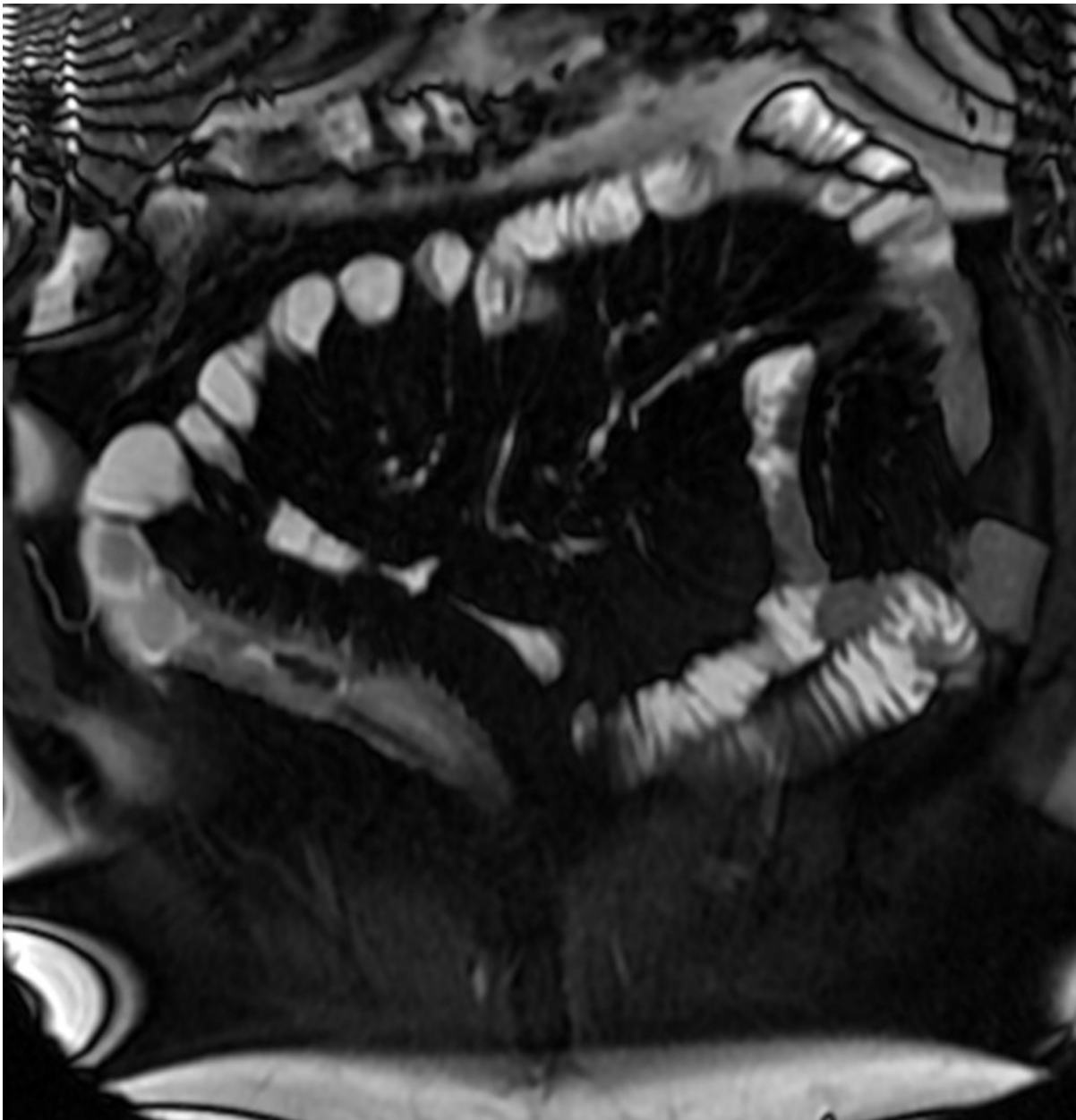


Fig. 4: Cor T2 FIESTA. Engrosamiento de la anastomosis ileocólica, con ingurgitación vascular asociada.

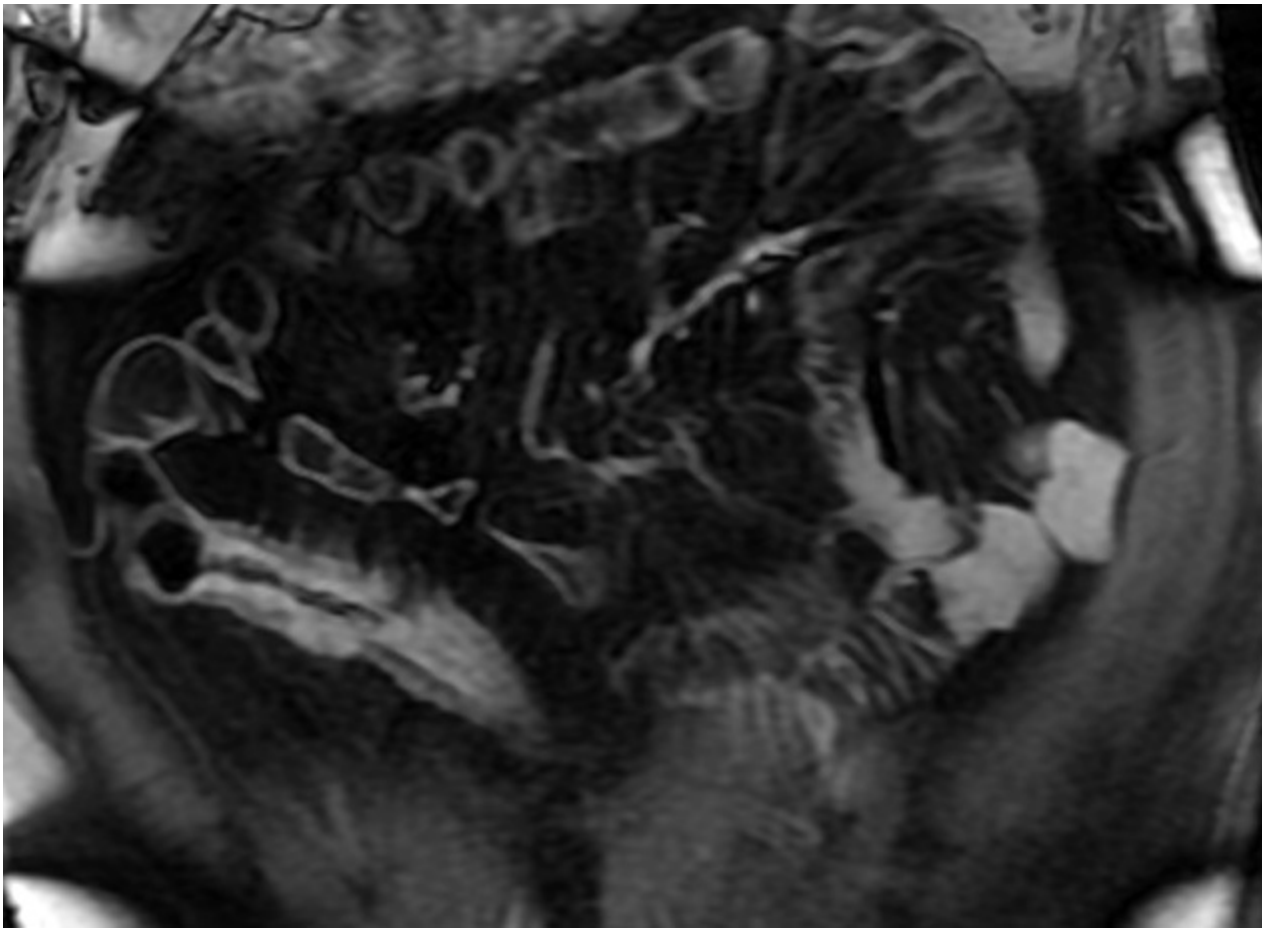


Fig. 5: Cor LAVA. Captación de contraste de la mucosa de la anastomosis ileocólica, con estenosis e ingurgitación vascular asociada.



Fig. 6: Cor LAVA. Engrosamiento y captación de contraste de la anastomosis ileocólica.

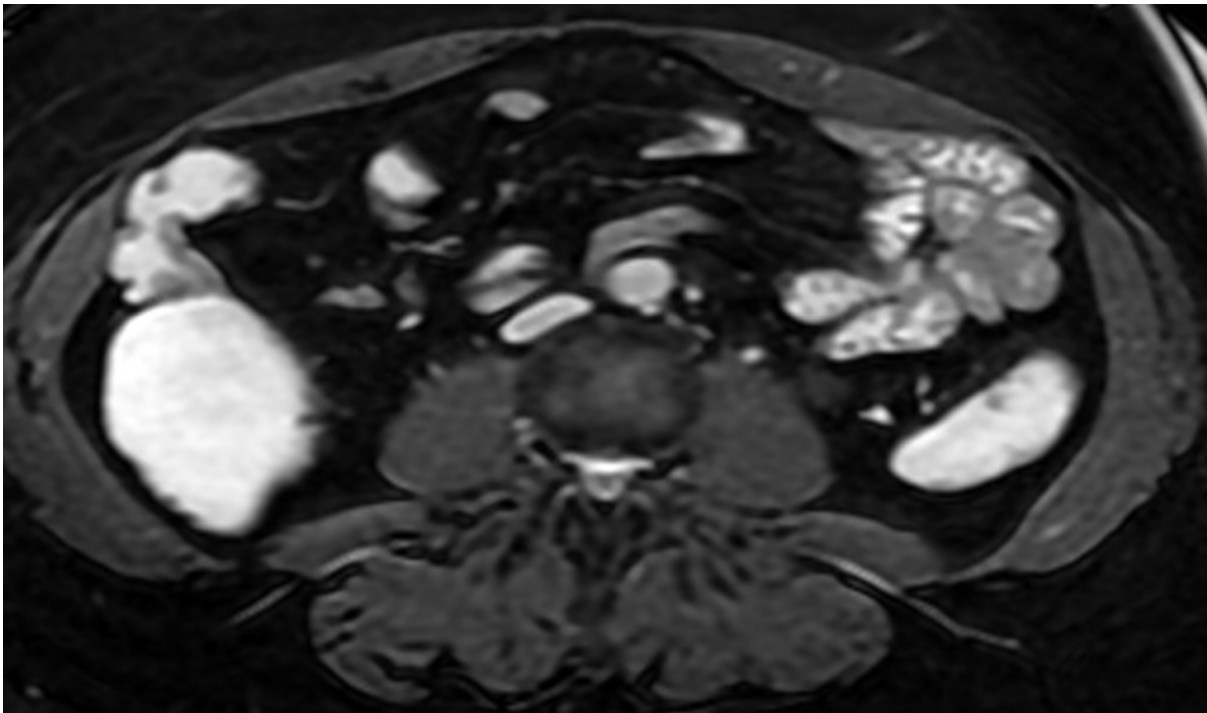


Fig. 7: Axial T2 FIESTA. Engrosamiento de la anastomosis ileocólica.

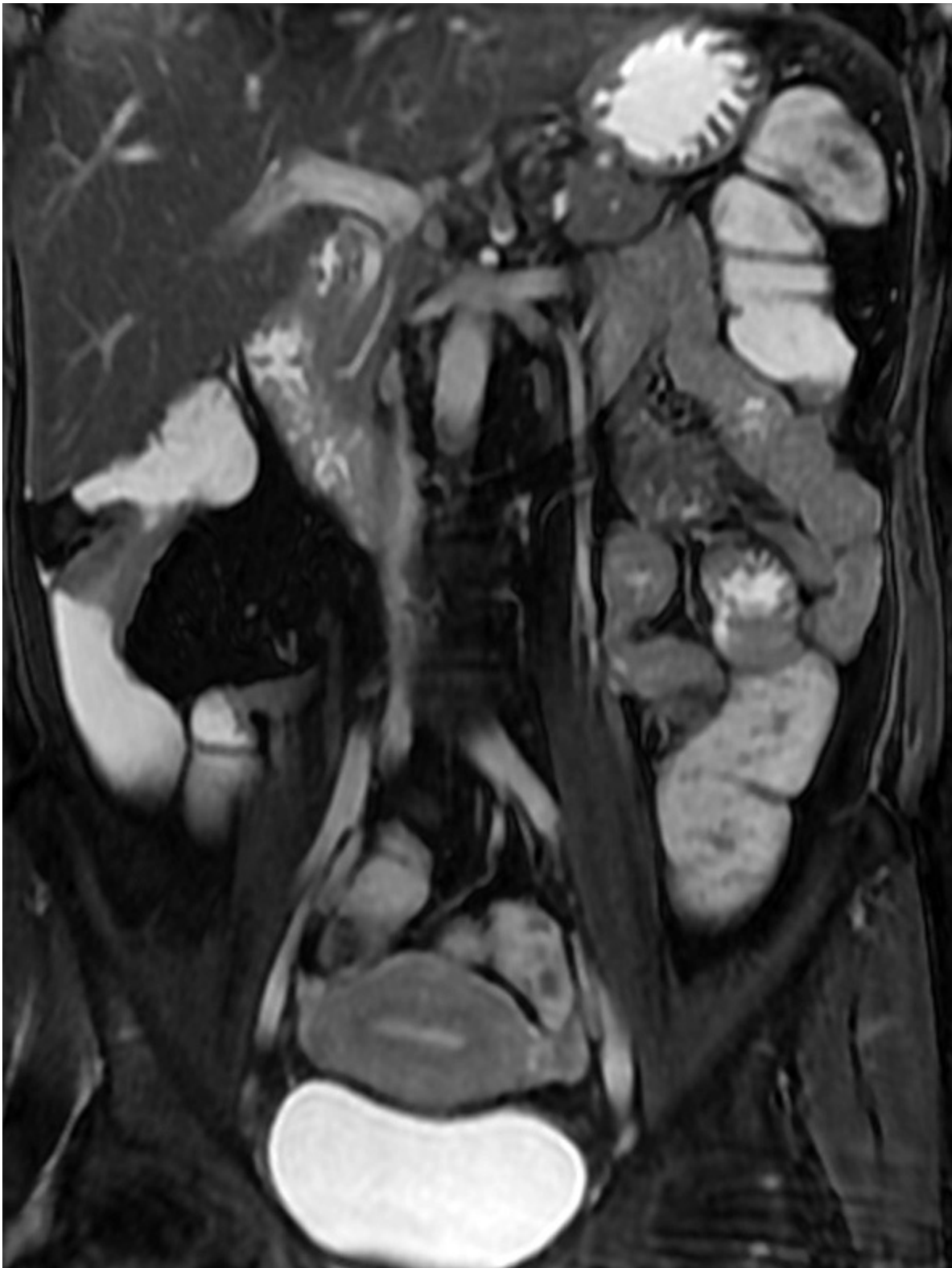


Fig. 8: Cor T2 FIESTA. Engrosamiento y estenosis de la anastomosis ileocólica.



Fig. 9: Cor LAVA. Engrosamiento y captación de contraste de la anastomosis ileocólica, con estenosis.



Fig. 10: Cor LAVA. Engrosamiento y captación de contraste de la anastomosis ileocólica, con estenosis asociada.

Conclusiones

La ileocolonoscopia es la técnica fundamental en la determinación de recurrencia postquirúrgica de la enfermedad de Crohn, ya que permite detectar la presencia de estenosis, lesiones mucosas y su extensión. La enteroRM es la técnica de elección para valorar la existencia de lesiones en caso de estenosis no franqueables por endoscopia, afectación de asas intestinales no accesibles por endoscopia y definir la afectación transmural y posibles complicaciones del tipo fístula o abscesos.

Bibliografía / Referencias

Koilakou S, Sailer J, Peloschek P, Ferlitsch A, Vogelsang H, et al. Endoscopy and MR enteroclysis: equivalent tools in predicting clinical recurrence in patients with Crohn's disease after ileocolic resection. *Inflamm Bowel Dis* 2010;16(2):198-203.

Gallego JC, Echarri AI, Porta A. Enfermedad de Crohn: utilidad de la RM-enterografía en la detección de recurrencias posquirúrgicas. *Radiología* 2011;53(6):552-559.

Sailer J, Peloschek P, Reinisch W, Vogelsang H, Turetschek K, Schima W. Anastomotic recurrence of Crohn's disease after ileocolic resection: comparison of MR enteroclysis with endoscopy. *Eur Radiol* 2008;18:2512-2521.

Buisson A, Chevaux JB, Bommelaer G, Peyrin-Biroulet L. Diagnosis, prevention and treatment of postoperative Crohn's disease recurrence. *Digestive and liver disease* 2012;44:453-460.

Rimola J, Panés J, Ordás I. Magnetic resonance enterography in Crohn's disease: optimal use in clinical practice and clinical trials. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 2015;50:66-73.