



Acta Gastroenterológica Latinoamericana
ISSN: 0300-9033
ISSN: 2429-1119
actasage@gmail.com
Sociedad Argentina de Gastroenterología
Argentina

Rol de la biopsia endoscópica en patologías colónicas

Avagnina, Alejandra

Rol de la biopsia endoscópica en patologías colónicas

Acta Gastroenterológica Latinoamericana, vol. 50, 4, 2020

Sociedad Argentina de Gastroenterología, Argentina

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199367756023>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Rol de la biopsia endoscópica en patologías colónicas

Alejandra Avagnina

Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno", Argentina

Síndrome del intestino irritable y diarrea crónica

En Occidente, el síndrome del intestino irritable (SII) es la causa más común de diarrea crónica y el diagnóstico más común en la clínica gastroenterológica. Por lo tanto, la mayoría de las biopsias del intestino grueso son de pacientes con SII, en los que la colonoscopia se realiza para garantizar que no haya una causa de diarrea orgánica, como la colitis microscópica o la enfermedad inflamatoria idiopática (EII) insospechada.

Varios estudios muestran que la colonoscopia con biopsia es útil en la investigación de pacientes con diarrea crónica ya que logra un diagnóstico histológico en 22% a 31% de los pacientes a pesar de la colonoscopia con mucosa endoscópicamente normal o con anomalías inespecíficas. En esos casos, las anomalías y los diagnósticos histológicos incluyen la EII, una variedad de infecciones, trastornos sistémicos y lesiones de la mucosa inducida por fármacos, entre muchas otras. Dado que los patrones de respuesta tisular son limitados a pesar del rango variado de etiologías, el diagnóstico histológico preciso de colitis requiere un buen conocimiento de las características microscópicas de diferentes tipos de colitis por el patólogo.

Para el diagnóstico de colitis, dado las características particulares de cada patología (incluida la colitis microscópica) y la necesidad de demostrar distribución y focalización o no de la enfermedad en todo el colon, el mínimo recomendado son dos biopsias de: íleon terminal, colon ascendente, colon transversal, colon descendente, colon sigmoide y recto. La otra recomendación es colocar las muestras de cada sitio en frascos separados.

Como regla general, el patólogo debe valorar en primer lugar la arquitectura glandular, independientemente de si está asociada o no con infiltrado inflamatorio. La normalidad arquitectural de las glándulas es una «gradilla» de tubos cripticos paralelos y de densidad homogénea. Se conserva en general en las patologías agudas y se altera en las enfermedades crónicas, debido al daño producido por los brotes reiterados de actividad, que caracterizan por ejemplo a las EII.

En segundo lugar se debe valorar la inflamación en cada una de las muestras. La inflamación puede ser difusa, sin diferencias notables en

la intensidad de la población de la lámina propia entre los fragmentos observados, o discontinua (focal). El aumento de la densidad de células linfoplasmocitarias es el más difícil de evaluar, dado que varía en forma fisiológica en cada individuo y en diferentes localizaciones de la mucosa colorrectal, por lo que el incremento debe ser importante para considerarlo patológico.

En cuanto al tipo de infiltrado, la presencia de neutrófilos es siempre patológica. Son fáciles de reconocer en el intersticio y/o penetrando en las criptas o en el epitelio de superficie. Su intensidad sirve para graduar la actividad inflamatoria. El infiltrado neutrofílico puede ser difuso (colitis aguda o activa sin otra especificación) o focal, en cuyo caso es muy probable que identifiquemos criptitis. Si la criptitis es múltiple en el conjunto de las muestras remitidas es altamente probable que pueda estar relacionada con la causa de la diarrea. Puede coexistir con infiltración neutrofílica difusa; en ese caso se recomienda informarlo como colitis activa inespecífica (generalmente de etiología infecciosa, autolimitada). Deben considerarse como posibles etiologías de la diarrea las infecciones, virales, por *Campylobacter* y las toxicidades alimentarias por toxinas de las salmonelas paratíficas. Es oportuno consultar o recomendar el estudio microbiológico (serologías, cultivos de heces). En pacientes inmunodeprimidos debe incluirse el *Criptosporidium*, *Leishmania*, *Yersinia*, que puede producir granulomas en biopsias ileales y de ciego, y el citomegalovirus.

Colitis eosinofílicas

La infiltración eosinofílica de la lámina propia colorrectal debe ser masiva (más de 60 eosinófilos por 10 campos de alto poder) o los eosinófilos deben penetrar en las criptas (criptitis eosinofílica) para pensar este diagnóstico. Hay que recordar que los eosinófilos están presentes en condiciones normales entre la población linfoplasmocitaria de la lámina propia de colon e íleon y existe variabilidad del número de estas células en diferentes individuos, geografías y en la edad pediátrica.

La detección de granulomas en el íleon o en el colon debe llevar a un diagnóstico de ileítis o de colitis granulomatosa. Solo si los granulomas muestran necrosis de tipo caseosa puede excluirse el diagnóstico de enfermedad de Crohn (EC). Deben considerarse otras infecciones granulomatosas, como las causadas por hongos y micobacterias atípicas, y es necesaria la realización de tinciones de PAS, Ziehl-Nielsen y Grocott. Por su escasa sensibilidad, ante la ausencia de bacilos ácido-alcohol resistentes con el Ziehl-Nielsen, es aconsejable emitir el diagnóstico de colitis granulomatosa necrotizante, con el fin de que el gastroenterólogo haga las investigaciones adecuadas. Puede ser útil realizar una PCR del material incluido en parafina para excluir la presencia de micobacterias o de otros gérmenes.

Colitis microscópicas

Colitis microscópica es un término introducido por Read en 1980 para describir un grupo de pacientes con diarrea crónica que tenían una endoscopia normal, pero una histología anormal (por lo tanto, la enfermedad se diagnostica con el microscopio). La revisión posterior de esos casos mostró que se trataba principalmente de colitis colágena, pero que también incluía la colitis linfocítica. Si bien colitis microscópica es un buen término clínico "general", es preferible que los patólogos den un diagnóstico específico (el microscopio es la forma en que hacemos nuestro diagnóstico, no una entidad).

En la colitis colágena hay dos componentes histológicos principales: engrosamiento de la membrana basal subepitelial, que debe ser mayor de 10 micras y demostrado en varias muestras del colon, especialmente del derecho. Es fácilmente visible con la técnica de tricómico;² colitis: las colitis colágenas muestran además una infiltración leve de neutrófilos y de eosinófilos.

La colitis linfocitaria presenta linfocitosis epitelial en el epitelio superficial y en los lados laterales de las criptas. El número mínimo requerido varía entre 10 y 20 linfocitos por 100 células epiteliales (número normal = 5), y la mayoría de los estudios utilizan un corte de > 20. También puede mostrar un infiltrado neutrofílico. La linfocitosis intraepitelial es de linfocitos T (TILs), como en la enfermedad celíaca y la gastritis linfocítica. Como en la colitis colágena, los linfocitos intraepiteliales son linfocitos T CD8+, principalmente con formas alfabeta del receptor de células T. Puede haber daño epitelial superficial y también se observa un leve aumento de la inflamación crónica en la lámina propia. En comparación con la colitis colágena, generalmente hay menos eosinófilos y la inflamación crónica en la lámina propia suele ser menor.

Mientras que la colitis colágena es una entidad clínico-patológica más uniforme, la colitis linfocítica es una condición que ocurre en contextos clínicos variados. Si bien la mayoría de los casos son idiopáticos y crónicos, algunos están asociados con la enfermedad celíaca y se resolverán cuando los pacientes sigan una dieta sin gluten. Un pequeño grupo de casos también se asocia con fármacos particulares, como ticlopidina, carbamazepina, cimetidina, ranitidina, simvastatina. Por último, se han notificado casos después de determinadas infecciones y, por tanto, pueden representar una infección de resolución lenta o quizás una respuesta inmunitaria persistente anormal con un desencadenante infeccioso.

Bibliografía recomendada

1. Lewin, Weinstein and Riddell's eds. Gastrointestinal Pathology and Its Clinical Implications. 2da ed. Lippincott Williams & Wilkins 2014; Cap. 18: 985.
2. Colina F, Ibarrola C, Salamanca J, López Alonso G, Rodríguez Gil Y. Guía para la interpretación de biopsias endoscópicas con sospecha de

enfermedad inflamatoria intestinal idiopática. Rev Española de Patol 2014; 47: 161-177.

3. Pardi DS, Ramnath VR, Loftus EV, Tremaine WJ, Sanborn WJ. Lymphocytic colitis: clinical features, treatment and outcomes. Am J Gastroenterol 2002; 77: 2829-2833.