

## **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

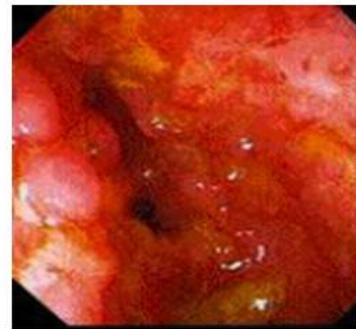
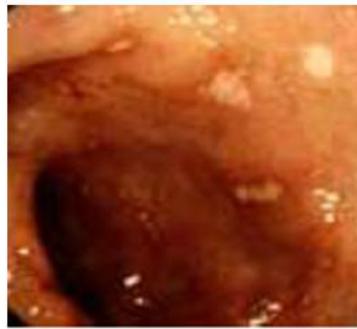
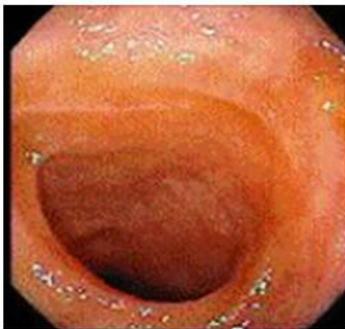
### **Objetivos**

**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:**

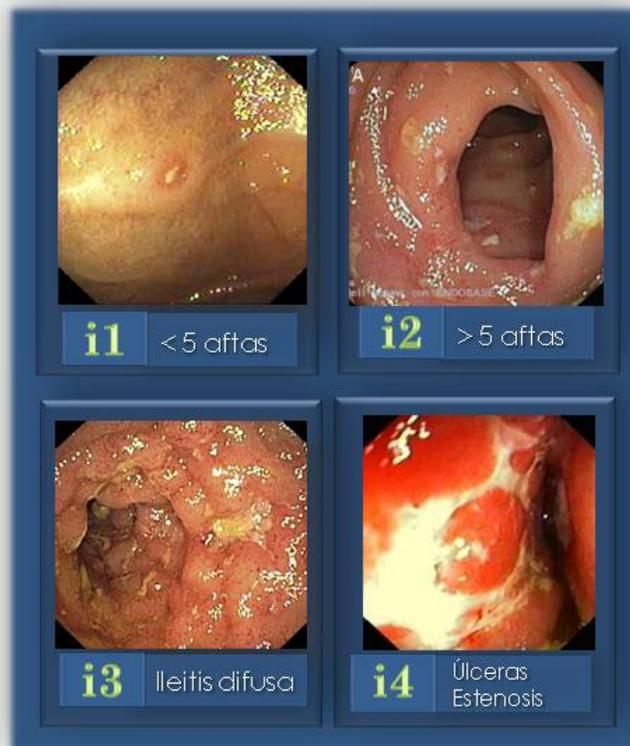
**Table 1.** Rutgeerts' Endoscopic Score for Recurrence of CD in the Neoterminal Ileum

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

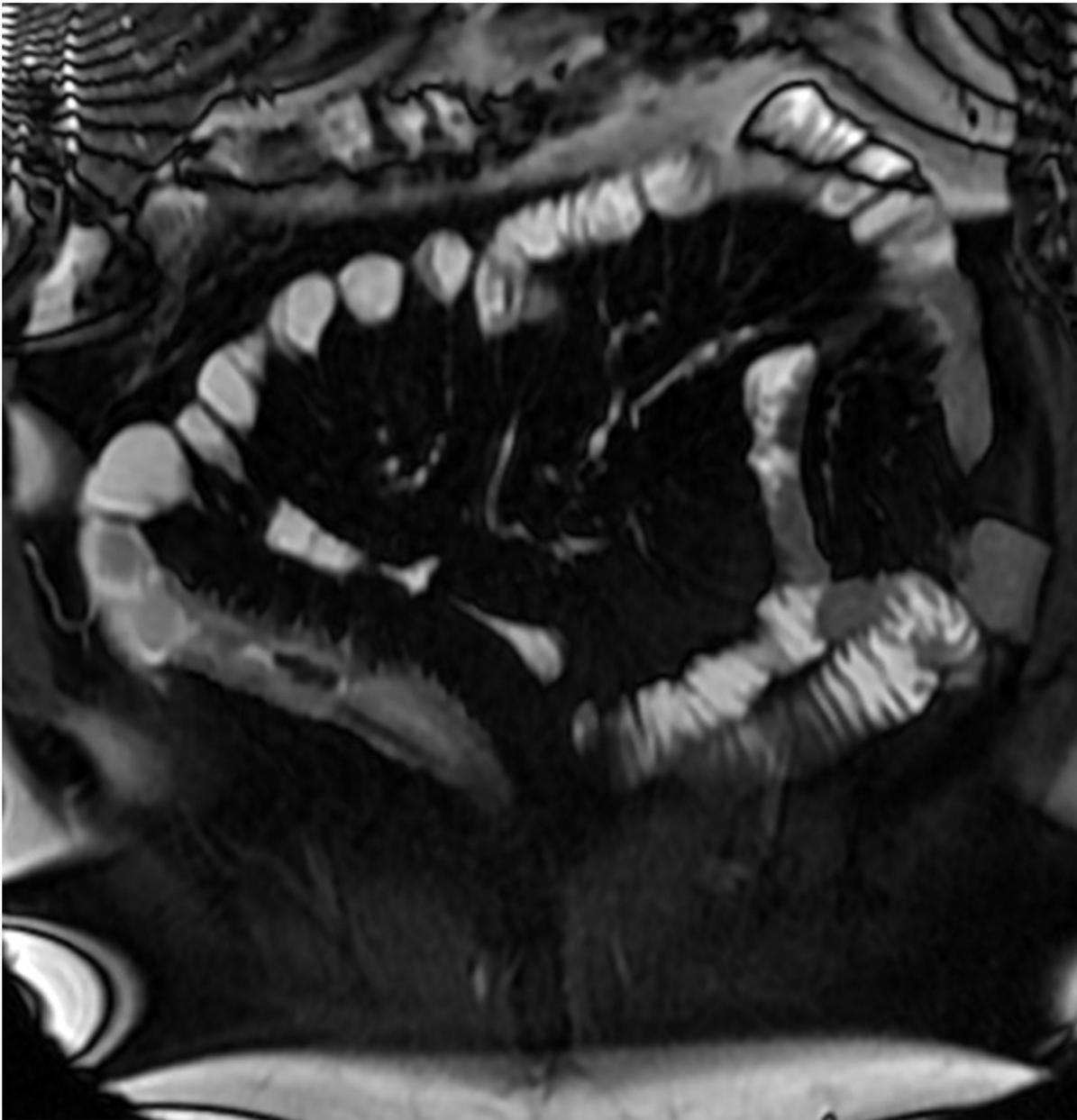
Hemos observado recurrencia de la enfermedad en 29 casos, localizándose en la anastomosis o en

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.

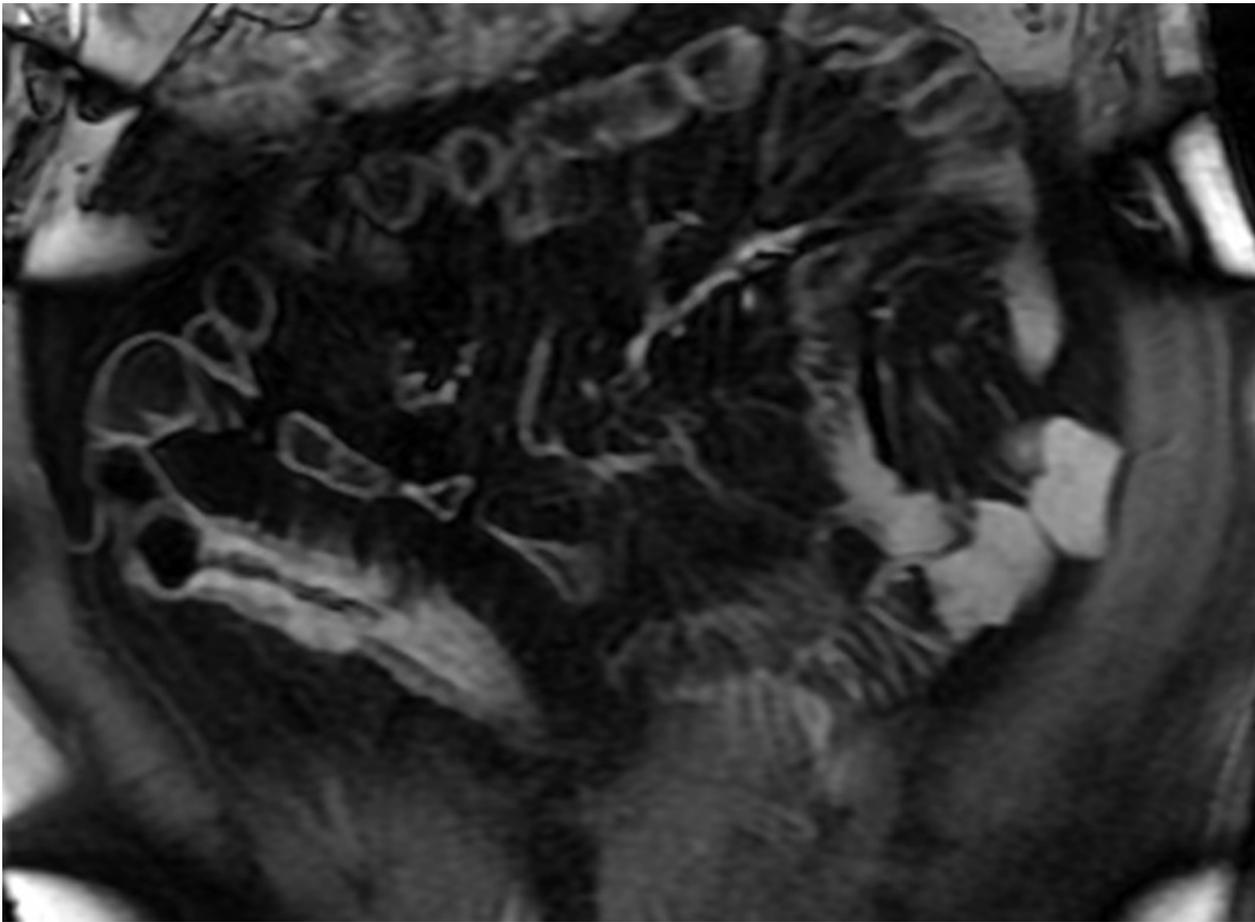
Imágenes en esta sección:

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



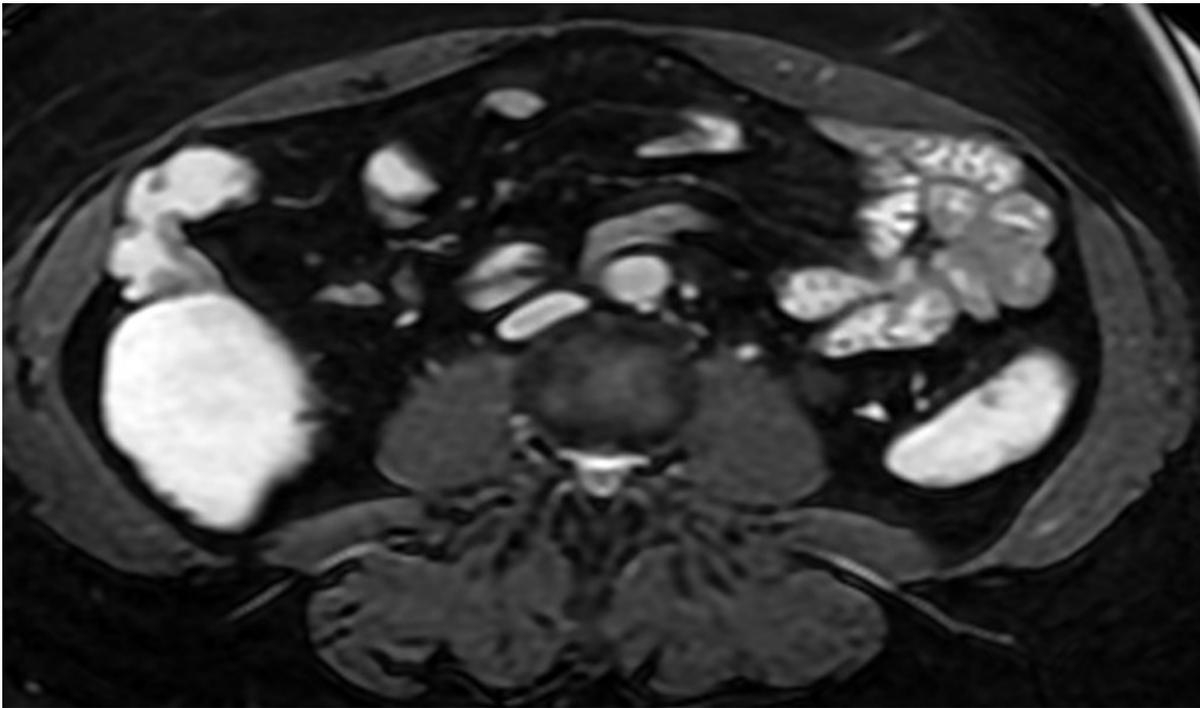
**Fig. 4:** Cor T2 FIESTA. Engrosamiento de la anastomosis ileocólica, con ingurgitación vascular asociada.



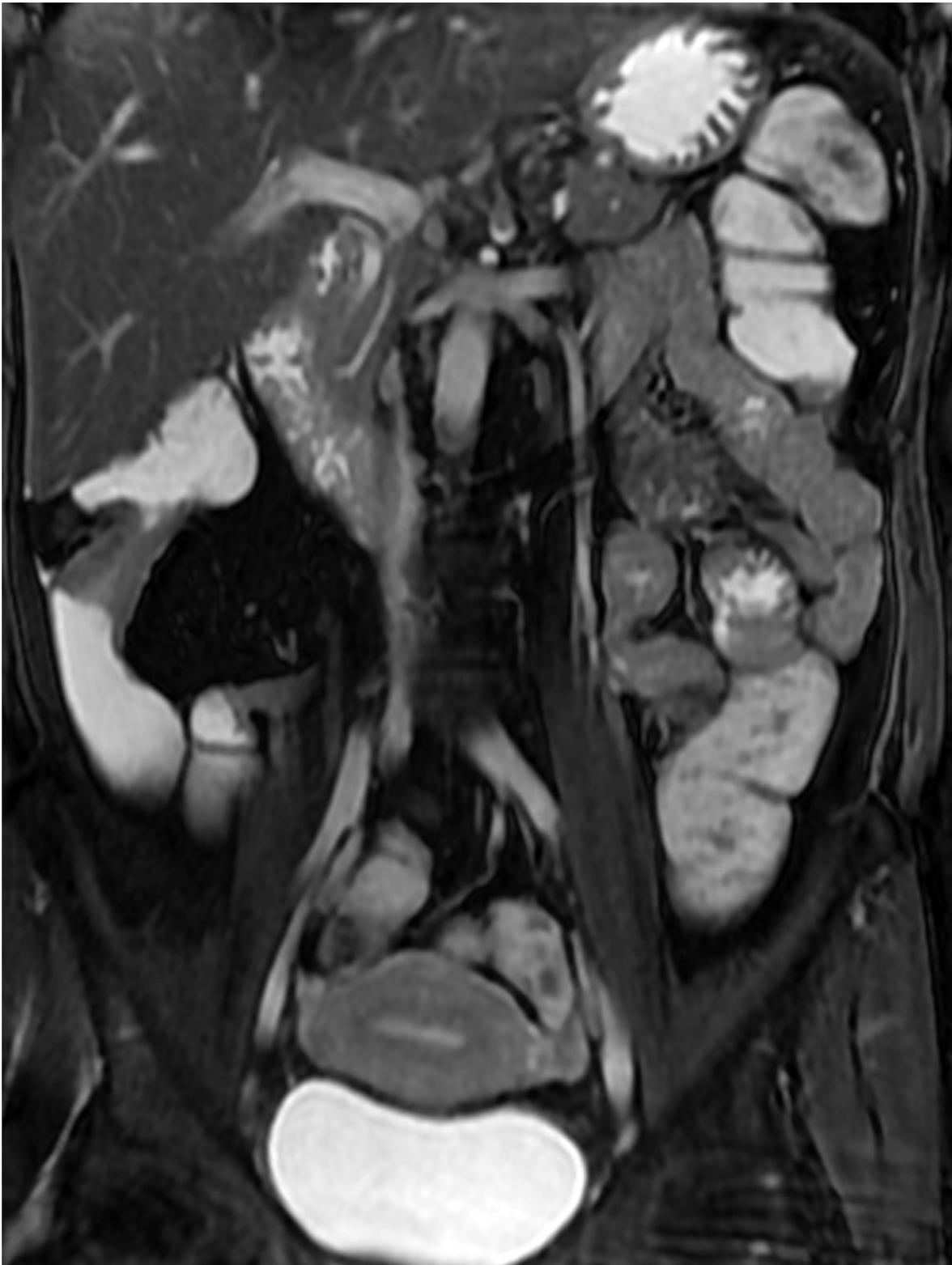
**Fig. 5:** Cor LAVA. Captación de contraste de la mucosa de la anastomosis ileocólica, con estenosis e ingurgitación vascular asociada.



**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.