

# CAPÍTULO 12

## Colitis indeterminada

La colitis indeterminada es un cuadro clínico que se caracteriza por la falta de capacidad para realizar el diagnóstico diferencial entre una colitis ulcerosa y una enfermedad de Crohn, incluso con todo el espécimen colónico, pudiendo suceder en el 5-20% de los pacientes.<sup>1-4</sup> Price introdujo el término colitis indeterminada, en 1978, para describir estos casos.<sup>5,6</sup>

Larson y cols.<sup>1</sup> refieren que en los informes de pacientes con colitis indeterminada de la Clínica Mayo, confirman el diagnóstico en aquellos pacientes que no tenían evidencia de EC preoperatoria (específicamente, no presentaban enfermedad perianal), pero que en la revisión encontraban algún factor de confusión como ulceraciones profundas.

Dentro de los hallazgos macroscópicos se encuentran: las ulceraciones extensas, el compromiso de colon transversal y derecho (más severo que el distal), compromiso de más del 50% de la superficie mucosa, afectación difusa en la cual el recto puede estar respetado y puede existir megacolon tóxico. En cuanto a los microscópicos se podrá encontrar: ulceraciones extensas con una transición brusca a la mucosa adyacente normal, infiltración linfocitaria transmural, con ausencia de agregados linfocitarios; ausencia de granulomas epitelioides bien definidos distantes de las criptas; múltiples úlceras en forma de V, que carecen de inflamación circundante; escasas fisuras penetrantes y profundas, que se extienden a la mitad superficial de la muscular propia.

Su diagnóstico puede ser difícil, al igual que lo que sucede en la displasia. Odze y cols.<sup>7</sup> refieren que en una encuesta informal de 10 patólogos GI (no publicada), cinco definieron la colitis indeterminada como una enfermedad inflamatoria donde no es claro si es una colitis ulcerosa o Crohn desde la anatomía patológica, tres lo definieron como colitis fulminante aguda (con fisuras), y dos como enfermedad inflamatoria intestinal no clara clínicamente y patológicamente.<sup>6</sup>

Algunos autores continúan asemejando una colitis fulminante a la colitis indeterminada ya que en algunas ocasiones esta patología debuta de esta forma. Rudolph y cols.<sup>8</sup> encuentran que un 26% de los pacientes con CI presentaban hallazgo de una colitis fulminante versus un 6% de los pacientes con CU.

Las indicaciones quirúrgicas y las cirugías son las mismas que en la colitis ulcerosa, aunque con respec-

to a la coloproctectomía restaurativa los índices de fracaso son más altos que en CU variando del 6,5 al 19%, con un riesgo levemente aumentado de complicaciones sépticas y una tasa de pérdida del reservorio del 0 al 27%.<sup>9</sup> El grupo de Odze<sup>7</sup> encuentra en una revisión de 8 trabajos que la cifra de complicaciones severas o fallos en colitis indeterminada, variaba desde 0 al 27% mientras que para colitis ulcerosa esto era de 1.2 a 11%, mientras Martland<sup>6</sup> y cols. sobre 11 trabajos, informa una tasa de complicaciones sépticas relacionadas al reservorio que varía del 0 al 25% para CI y de 1 a 7% para CU.

Es importante destacar que muchos de estos pacientes podrán evolucionar con el tiempo hacia una enfermedad de Crohn, se ha descrito que esto puede suceder desde un 6 a 15% de los casos.

En el año 2007 Travis<sup>4</sup> y cols., al igual que lo hiciera Koltun<sup>10</sup> en 1991, sugerían no realizar reservorios ileales en CI por el riesgo de fallos, aunque posteriormente varios estudios informan de la seguridad y satisfacción de esta cirugía en pacientes con CI. Entre estos trabajos encontramos el realizado por Jackson y cols.<sup>2</sup> quienes encuentran una tasa de fallos del reservorio de 5.6%, obteniendo tasas de complicaciones tempranas levemente más elevadas que en la CU, aunque sin diferencias estadísticamente significativas, en cuanto a las complicaciones tardías tanto el desarrollo de fistulas como de enfermedad de Crohn las diferencias son mayores, siendo el primero de 15.6% en CI y de 8% en CU (p 0.01) y el desarrollo de Crohn de 6.7% versus 2.7% respectivamente con una p 0.04. En cuanto a la calidad de vida fue similar en ambos grupos.

Otro trabajo de la Clínica Mayo informo que si bien los pacientes con colitis indeterminada sufrieron más episodios de sepsis pélvica (17% frente al 7% en la CU), fistula de la bolsa (31% frente al 9%) y falla de la bolsa (27% versus 11%), cuando se excluyeron los pacientes con diagnóstico tardío de Crohn, la tasa de complicaciones entre los pacientes restantes con colitis indeterminada fue idéntica a la de los pacientes con colitis ulcerosa.<sup>11</sup>

Delaney y cols.<sup>12</sup> encontraron que tanto la calidad de vida como los resultados funcionales de los pacientes con colitis indeterminada fueron similares a los que presentaban colitis ulcerosa. También describieron un

TABLA 35: COMPARACION ENTRE TASAS DE FALLOS Y DESARROLLO DE EC EN PACIENTES SOMETIDOS A COLOPROCTECTOMÍA Y RESERVOIRIO ILEAL PO CU Y POR CI

Autor	Año	Pacientes con CI	Desarrollo de Crohn	Fallo	Pacientes con CU	Desarrollo de Crohn	Fallo
Pezim 13	1989	25	8%	8%	489	Nr	4%
Koltun 10	1991	18	Nr	28%	235	Nr	0.40%
Atkinson 14	1994	16	Nr	19%	158	Nr	5%
Foley 15	1995	31	Nr	6.50%	366	Nr	1.40%
Mcintyre 16	1995	71	11%	19%	1232	Nr	8%
Marcello 17	1997	53	13%	12%	499	3%	2%
Yu 11	2000	82	15%	27%	1437	2%	11%
Delaney 12	2001	115	6%	3.40%	1399	1.30%	3.50%
Dayton 18	2002	79	0.70%	Nr	565	0,7%	Nr
Rudolph 19	2002	35	Nr	0	71	20%	6%
Gramlich 20	2003	115	Nr	1.70%	231	Nr	2.10%
Pishori 21	2004	13	Nr	0	285	Nr	2.10%
Brown 22	2005	21	0	10%	1135	Nr	6%
Murrel 23	2009	98	14%	Nr	236	11%	Nr
Zaghiyan 24	2016	97	19 (19%)	*	237	42 (18%)	*

\* El fallo ocurrió en 13 pacientes (4%) sin diferencias entre los grupos

aumento en las tasas de complicaciones en pacientes CI (abscesos pélvicos y fistulas perineales) y una mayor evolución hacia enfermedad de Crohn, pero no encontraron diferencias en la tasa de fallo de la bolsa (3,4% para los pacientes con CI y 3,5% para los pacientes con CU).

A modo de resumen presentamos la tabla 35 en la cual observamos distintos reportes realizados desde 1989 al 2016, que incluyen a algunos de los antes descritos, donde podemos observar que aunque con poca diferencia el desarrollo de una enfermedad de

Crohn en una CI es más frecuente que en CU, en cuanto a la tasa de fallos del reservorio en los reportes iniciales era mucho mayor en la CI aunque trabajos posteriores muestran cifras que posteriormente se acercan mas a los obtenidos en CU, en algunos trabajos incluso se han encontrado una menor tasa de fallos en los pacientes con CI.

En nuestro hospital se utiliza la descripción del trabajo original para CI: pieza quirúrgica con hallazgos de colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn.

## BIBLIOGRAFÍA

- Larson DW, Pemberton JH: Current Concepts and Controversies in Surgery for IBD. GASTROENTEROLOGY 2004;126:1611-1619.
- Jackson KL, Stocchi L, Duraes L, et al: Long-Term Outcomes in Indeterminate Colitis Patients Undergoing Ileal Pouch-Anal Anastomosis: Function, Quality of Life, and Complications. J Gastrointest Surg (2017) 21:56-61.
- Tremaine WJ: Diagnosis and Treatment of Indeterminate Colitis. Gastroenterol & Hepatol 2011;7(12):826-828.
- Travis SPL, Stange EF, Lémann M, et al: European evidence-based Consensus on the management of ulcerative colitis: Current management. Journal of Crohn's and Colitis (2008) 2, 24-62.
- Telakis E, Tsironi E: Indeterminate colitis - definition, diagnosis, characteristics and management. ANNALS OF GASTROENTEROLOGY 2008;21(3):173-179.
- Martland GT, Shepherd NA: Indeterminate colitis: definition, diagnosis, implications and a plea for nosological sanity. Histopathology 2007, 50, 83-96.
- Odze RD: A contemporary and critical appraisal of 'indeterminate colitis'. Modern Pathology (2015) 28, S30-S46.
- Rudolph WG, Uthoff, SMS, McAuliffe TJ, et al: Indeterminate Colitis The Real Story. Dis Colon Rectum 2002;45:1528-1534.
- Turina M, Remzi FH: The J-pouch for Patients with Crohn's Disease and Indeterminate Colitis: (When) Is it an Option?. J Gastrointest Surg (2014) 18:1343-1344.
- Koltun WA, Schoetz DJ Jr, Roberts PL, et al: Indeterminate colitis predisposes to perineal complications after ileal pouch-anal anastomosis. Dis Colon Rectum. 1991 Oct;34(10):857-60.
- Yu CS, Pemberton JH, Larson D. Ileal pouch-anal anastomosis in patients with indeterminate colitis: long-term results. Dis Colon Rectum 2000;43:1487-1496.
- Delaney CP, Remzi FH, Gramlich T, Dadvand B, Fazio VW. Equivalent function, quality of life and pouch survival rates after ileal pouch-anal anastomosis for indeterminate and ulcerative colitis. Ann Surg 2002;236:43-48.
- Pezim ME, Pemberton JH, Beart RW, et al: Outcome of indeterminate colitis following ilea pouch anastomosis. Dis Colon Rectum 1989;32(8):653-658.
- Atkinson KG, Owen DA, Wankling G. Restorative proctocolectomy and indeterminate colitis. Am J Surg 1994; 167: 516-8.
- Foley EF, Schoetz DJ Jr, Roberts PL et al. Rediversion after ileal pouch-anal anastomosis. Causes of failures and predictors of subsequent pouch salvage. Dis. Colon Rectum 1995; 38; 793-798.
- McIntyre PB, Pemberton JH, Wolff BG, et al. Indeterminate colitis: long-term outcome in patients after ileal pouch-anal anastomosis. Dis Colon Rectum 1995; 38: 51-4.
- Marcello PW, Schoetz DJ Jr, Roberts PL, et al. Evolutionary changes in the pathologic diagnosis after the ileoanal pouch procedure. Dis Colon Rectum 1997;40:263-9.
- Dayton MT, Larsen KR, Christiansen DD. Similar functional

- results and complications after ileal pouch-anal anastomosis in patients with indeterminate vs ulcerative colitis. *Arch Surg* 2002; 137:690-4, discussion 4-5.
19. Rudolph WG, Uthoff SM, M.D.,\* Tracy L. McAuliffe TL: Indeterminate Colitis The Real Story. *Colon Rectum* 2002;45:1528-1534.
  20. Gramlich T, Delaney CP, Lynch AC, Remzi FH, Fazio VW. Pathological subgroups may predict complications but not late failure after ileal pouch-anal anastomosis for indeterminate colitis. *Colorectal Dis.* 2003; 5; 315-319.
  21. Pishori T, Dinnewitzer A, Zmora O et al. Outcome of patients with indeterminate colitis undergoing a double-stapled ileal pouch-anal anastomosis. *Dis. Colon Rectum.* 2004; 47; 717- 721.
  22. Brown CJ, Maclean AR, Cohen Z, Macrae HM, O'Connor BI, McLeod RS. Crohn's disease and indeterminate colitis and the ileal pouch-anal anastomosis: outcomes and patterns of failure. *Dis. Colon Rectum* 2005; 48; 1542-1549.
  23. Murrell ZA, Melmed GY, Ippoliti A, et al: A prospective evaluation of the long-term outcome of ileal pouch-anal anastomosis in patients with inflammatory bowel disease-unclassified and indeterminate colitis. *Dis Colon Rectum.* 2009 May;52(5):872-8.
  24. Zaghiyan K, Kamiński JP, Bamparas G, et al: De novo Crohn's Disease after Ileal Pouch-Anal Anastomosis for Ulcerative Colitis and Inflammatory Bowel Disease Unclassified: Long-Term Follow-Up of a Prospective Inflammatory Bowel Disease Registry. *Am Surg.* 2016 Oct;82(10):977-981.