



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



TRASTORNOS INTESTINALES

Enfermedad inflamatoria intestinal: ¿qué hay de nuevo en el diagnóstico?

Inflammatory Bowel Disease: What's New in Diagnosis?

J. Pérez-Manauta

Jefe del Servicio de Gastroenterología, Hospital Español

En la última década, múltiples técnicas ópticas e imagenológicas de sección cruzada se han desarrollado con el fin de mejorar el diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), diferenciar entre enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CUCI), establecer un pronóstico, predecir recaídas y, en muchos casos, dirigir la terapéutica con base en el individuo, factores de riesgo y complicaciones. Los esfuerzos de las investigaciones se han enfocado en predecir la respuesta a los diferentes agentes terapéuticos, reproducir medidas confiables de inflamación y reducir los riesgos de exposición a la radiación.

El uso cada vez mayor de imágenes en los pacientes con EII posibilita la detección de inflamación clínicamente oculta y complicaciones extraentéricas, además de mejorar la selección de pacientes para estudios clínicos y de biomarcadores. Las técnicas de imagen usadas en la actualidad son enterografía con tomografía, enterografía con resonancia magnética, ileocolonoscopía, cromoendoscopia, cápsula endoscópica, ultrasonido y resonancia pélvica junto con ultrasonido endoscópico intrarrectal. Todas tienen ventajas y desventajas, pero los estudios demuestran que los beneficios superan con mucho a los riesgos¹.

Los biomarcadores serológicos pueden usarse tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de la EII. Los marcadores fecales como la calprotectina y la lactoferrina se han estudiado por su capacidad para identificar pacientes con EII, establecer la actividad y predecir recaídas. Los

anticuerpos contra *Saccharomyces cerevisiae* y contra las proteínas citoplásmicas antineutrófilos perinucleares se han usado para el diagnóstico y distinguir la EC de la CUCI, así como para predecir el riesgo de complicaciones en EC. Las pruebas serológicas como la proteína C reactiva (PCR) y la sedimentación eritrocitaria (VSG) pueden establecer el índice de inflamación y predecir el curso de progresión de la EII.

Las concentraciones séricas de metabolitos y anticuerpos contra compuestos terapéuticos pueden cuantificarse para determinar por qué algunos pacientes no responden a la terapéutica y seleccionar tratamientos alternativos. El potencial de estos biomarcadores debe ser mejorar las medidas terapéuticas y enfrentar el reto de su uso y desarrollo.

En la actualidad se dispone de algunos de ellos: calprotectina, lactoferrina, S100A12, PCR, VSG, niveles de metabolitos de 6-mercaptopurina, cifras de anticuerpos contra factor de necrosis tumoral α (TNF- α) y anticuerpos contra otras terapias biológicas².

En la DDW 2012 se registró una moderada cantidad de material con respecto a nuevos métodos de diagnóstico, lo que confirma la utilidad de las técnicas imagenológicas y presenta abundante material en relación con el diagnóstico por medio de biomarcadores serológicos y fecales.

Seis trabajos muestran la utilidad de los marcadores en el diagnóstico de EII. Lorinczy et al.³ estudiaron el valor del ADN libre circulante y reconocieron una estrecha relación entre los niveles de ADN y PCR; van Shaik et al.⁴ y Waterman

Autor para correspondencia: Ejército Nacional 613, Colonia Granada, México, D. F., México. C.P. 11520. Teléfono: 5255 9600 ext. 9638.
Correo electrónico: jpmernauta@gmail.com (J. Pérez-Manauta).

et al.⁵ analizaron diversos biomarcadores (ASCA, ANCA, ARN total) y hallaron que la combinación de biomarcadores serológicos puede utilizarse como detección para el diagnóstico presente y el desarrollo futuro de EC y CUCI.

Principi et al.⁶ identificaron altos grados de disfunción del endotelio (células endoteliales de la microcirculación intestinal) en comparación con controles sanos, con una correlación estrecha con el grado de inflamación. Como una novedad, el trabajo de Hrdlicka et al.⁷ mostró un incremento de las partículas de aliento (pentano, acetona y ácido acético) en pacientes con EII.

Dabritz et al.⁸ condujeron un protocolo con una nueva molécula para detectar inflamación y la compararon con calprotectina y eritrosedimentación; así encontraron resultados promisorios para su implementación inmediata en la clínica, con vigilancia de la actividad de la enfermedad, respuesta a la terapia y estabilidad de la remisión.

Tan importante como el diagnóstico de EII es el diagnóstico de cáncer y displasia en estos pacientes. Un magnífico estudio de Farraye et al.⁹ sobre micro-ARN muestra un grupo de 14 microARN que identifica a los pacientes con EII con displasia o cáncer. Se concluyó que cuando tres o más ARN están alterados, deben sospecharse displasia o cáncer.

Por último, tres trabajos sobre curso clínico y respuesta al tratamiento destacan la utilidad del receptor de interleucina 23¹⁰, la expresión de CD25¹¹ y los genes modificados del tejido colónico¹² como predictores de respuesta o modificación del tratamiento.

Financiamiento

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de interés

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

- Fletcher SG, Findler JL, Bruining DH, et al. New concepts in intestinal imaging for inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. 2011;140:1795-1806.
- Lewis JD. The utility of biomarkers in the diagnosis and therapy of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. 2011;140:1817-1826.
- Lorinczy K, Miheller P, Patai AV, et al. Free DNA level in patients with inflammatory bowel diseases. Sesión de carteles presentada en: DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, CA. Tu1237.
- Van Schaik FD, Oldenburg B, Hart A, et al. Serological markers can predict inflammatory bowel disease years before the diagnosis: results from a nested case-control study within a European cohort study. Sesión de trabajos orales presentada en: DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, CA. 161.
- Waltermann M, Xu W, Stempak JM, et al. Clinical, genetic and serological markers of disease behavior in colonic inflammatory bowel disease. Sesión de carteles presentada en: DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, CA. Mo1698.
- Principi M, Mastrodonato M, Bucci A, et al. Non invasive evaluation of endothelial function in inflammatory bowel diseases. Sesión de carteles presentada en: DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, CA. Sa1260.
- Hrdlicka L, Dryahina K, Spanel P, et al. Noninvasive quantification of volatile metabolites in breath: a potential indicator of inflammatory bowel diseases activity. Sesión de carteles presentada en: DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, CA. Tu1248.
- Dabritz J, Langhorst J, Luegering A, et al. Multicentre follow-up study of phagocte-derived S100A12 as a surrogate marker of intestinal inflammation in inflammatory bowel disease. Sesión de carteles presentada en: DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, CA. Tu1235.
- Farraye FA, Brown MP, Singh S, et al. Blood microRNA (miRNA) expression patterns can identify inflammatory bowel disease (IBD) patients with dysplasia and cancer. Sesión de trabajos orales presentada en: DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, CA. 108.
- Kabacam G, Karatayli SC, Keskin O, et al. Interleukin 23 receptor, and ATG16L1 gene polymorphisms in inflammatory bowel diseases, and the association with the clinical course. Sesión de carteles presentada en: DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, CA. Su2076.
- Magnusson MK, Strid H, Dahlen R, et al. T cell expression of CD25 and TNF receptor 2 is associated with anti-TNF therapy response in patients with inflammatory bowel disease. Sesión de carteles presentada en: DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, CA. Sa1901.
- Fanning A, Moloney G, MacSharry J, et al. Differential expression of epigenetic modifier genes in inflammatory bowel disease colonic tissue- PRDM1 and PRDM8 are up-regulated in active ulcerative colitis. Sesión de carteles presentada en: DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, CA. Mo1098.