

COLITIS LIMFOCITÀRIA: ÉS POSSIBLE EL DIAGNÒSTIC DES DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Maria Casal Domínguez(1), Joan Bayó Llibre(1), Josep Maria Dedeu Cuscó(2)

(1) Medicina de Família. CAP El Clot. ICS. Barcelona.

(2) Digestòleg. Servei de Digestiu. Hospital del Mar. IMAS. Barcelona

Correctors: Oriol Rebagliato i Emili Gené

Correspondència: mcasal_3@hotmail.com

Publicat: desembre de 2012

Maria Casal Domínguez, Joan Bayó Llibre' and Josep Maria Dedeu Cuscó (2012)

Colitis limfocitària: és possible el diagnòstic des de l'atenció primària

Butlletí: Vol 30:Iss 3, Article 2

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol30/iss3/2>

*Aquest és un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)*

INTRODUCCIÓ

La colitis microscòpica és una patologia que inclou la colitis limfocitària i la colitis col·làgena. Es tracta d'un quadre caracteritzat per diarrea crònica aquosa sense productes patològics, un examen macroscòpic sense alteracions a la mucosa del colon i per la presència d'alteracions histopatològiques a la biòpsia de colon. La incidència d'aquesta malaltia és de 4-6/ 100.000 habitants amb un pic màxim entre els 60 i els 70 anys, amb predomini en el sexe femení¹. L'etiologia és desconeguda fins al moment però s'ha observat que existeix relació entre la colitis i les malalties celíaca o la diabetis mellitus².

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Pacient dona de 68 anys que va consultar per un quadre d'una setmana d'evolució de dolor abdominal sense nàusees, ni vòmits, ni alteració deposicional.

Com a antecedents patològics destacaven: hipertensió arterial, síndrome ansiosa, osteoporosi amb aixafament vertebral i síndrome d'apnea obstructiva de la son.

A l'exploració física per aparells, la pacient no presentava alteracions a destacar. Se li va practicar una anàlisi de sang i orina i una ecografia abdominal. A l'anàlisi destacava: Hb de 15,6 g/dl; hematòcrit de 47,3%; VCM 92 fl; HCM 30,2 pg; plaquetes $299 \times 10^9/L$; leucòcits $5,5 \times 10^9/L$; glucosa 98 mg/dl; creatinina 0,73 mg/dl; FG > 60 ml/min; bilirubina 0,67 mg/dl; GOT 28 U/l; GPT 21 U/l; GGT 43 U/l; FFAA 77 U/l, tira d'orina normal. A l'ecografia abdominal es va observar un fetge de mida, morfologia i

ecoestructura normals, una vena porta permeable i de calibre normal i unes vies biliars de calibre i distribució normals. A la vesícula no es van observar signes inflamatoris ni litiasi. El pàncrees, el retroperitoneu, la melsa i els ronyons no presentaven alteracions.

La pacient va consultar de nou sis mesos després referint diarrea d'un mes d'evolució de 2-3 deposicions líquides al dia. A més explicava rectorràgies ocasionals. L'exploració abdominal no va mostrar canvis i a la regió anal es van observar hemorroides externes. Atesos els nous símptomes es va sol·licitar una nova anàlisi que va mostrar: calci 9,8 mg/dl ; fosfat 3,2 mg/dl; VSG 3 mm; TSH 0,8631 mU/l ; PTH 39 pg/ml. La resta de paràmetres no van variar a penes respecte a l'anàlisi anterior. Tres mostres de sang oculta així com l'observació de paràsits en femtes foren negatives.

Degut a la persistència del trastorn de ritme deposicional, després dels resultats analítics es va programar una colonoscòpia amb biòpsia que va informar de normalitat macroscòpica de la mucosa, però a l'anatomia patològica es va observar un augment dels limfòcits a epiteli i subepiteli de la mucosa del colon sent el diagnòstic més probable colitis limfocitària (vegeu taula 1)³.

Es va realitzar una interconsulta amb el digestòleg del nostre centre, iniciant-se tractament amb budesonida oral 6 mg al dia, inicialment per un període de 3 mesos. Passats aquests mesos la simptomatologia havia remès per la qual cosa es va deixar una dosi de manteniment de 3 mg al dia.

TAULA 1. Característiques microscòpiques de la colitis col·làgena i la colitis limfocitària.

<u>COL·LÀGENA</u>	<u>LIMFOCITÀRIA</u>
Pot existir un augment dels limfòcits intraepiteliais	Augment de limfòcits a la mucosa del colon (epiteli i a nivell subepitelial)
Engruiximent de la capa col·làgena subepitelial >10micres	No col·làgena subepitelial o <10 micres
Associat a malalties autoimmunes	Associat a malaltia celíaca

DISCUSSIÓ

La colitis limfocitària és una patologia que s'enquadra dins de la colitis microscòpica i que es caracteritza per diarrea aquosa sense productes patològics. Pot associar-se a símptomes com astènia, dolor articular i pèrdua de pes.

L'etiologia de la malaltia és encara desconeguda però es postulen diversos factors que podrien ser els desencadenants, com el sexe femení, l'edat avançada, el trasplantament d'òrgan sòlid o alguns fàrmacs com l'aspirina, estatines, bifosfonats, anti-depressius inhibidors de la recaptació de serotonina o anti-inflamatoris no esteroïdals².

Les proves complementàries que s'han de realitzar davant la sospita de la malaltia són les mateixes que per a l'estudi d'una diarrea crònica de qualsevol etiologia: analítica de sang que inclogui hemograma, VSG i PCR,

bioquímica amb hormones tiroïdals, proteïnograma, anticossos anti endomisi, antitransglutaminasa, calci i fòsfor. Observació de paràsits en femtes, detecció de la toxina de Clostridi, observació en fresc de les femtes i test de greix fecal. Finalment es realitzarà una colonoscòpia total, sol·licitant sobretot la realització de biòpsies encara que macroscòpicament el colon no mostri alteracions, ja que l'anàlisi anatomopatològica és fonamental per fer el diagnòstic. En el cas que ens ocupa, el digestòleg que va practicar la prova va prendre biòpsies de colon tot i no estar especificat a la petició, atesa la història clínica de la pacient i en no observar anomalies macroscòpiques al colon. No hi ha consens sobre si és millor per al diagnòstic de la malaltia la sigmoidoscòpia flexible o la colonoscòpia. Tanmateix algun estudi⁴ suggereix que les biòpsies obtingudes exclusivament del recte-sigma, podrien ser insuficients per al diagnòstic. De manera que les possibilitats diagnòstiques augmentarien si es prenen

biòpsies del colon transvers (80%) i del colon dret (70%) i que serien menors si s'obtenen del recte-sigma (66%).

Un cop derivat el pacient a l'hospital de referència es fa la biòpsia es posi o no a la petició a criteri del endoscopista en funció de la informació clínica sobre el pacient i les troballes endoscòpiques.

S'han postulat diversos tractaments des de la primera descripció de la malaltia el 1976⁵, els esteroides (sistèmics o tòpics), l'àcid 5-aminosalicílic, citostàtics (azatioprina, mercaptopurina), ciclosporina, compostos amb fibra, espasmolítics, loperamida, probiòtics i cirurgia⁶. El tractament iniciat després del diagnòstic en el nostre cas va ser budesonida. Es tracta d'un glucocorticoide que s'absorbeix ràpidament després de l'administració via oral i en tenir un primer pas molt efectiu quasi no arriba a la circulació sistèmica per la qual cosa els efectes secundaris són escassos. Actualment es considera el tractament més efectiu per a la colitis limfocítica. La majoria de pacients cal que facin una dosi menor de corticoide de manteniment durant un temps indefinit ja que és freqüent la recidiva de la malaltia després de la suspensió total del tractament⁷.

A més cal anar en compte amb l'associació d'aquesta patologia amb malalties autoimmunes i si malalties com la celiaquia no remeten amb la dieta exempta de gluten, un cop ens hem assegurat que el pacient és complidor, ens hem de plantejar que pugui estar associada a la colitis microscòpica.

CONCLUSIONS

És imprescindible la presa de biòpsies en l'estudi de tota diarrea crònica ja que sinó el diagnòstic de la colitis microscòpica no es podrà realitzar.

BIBLIOGRAFIA

1. Fernandez-Banares F, Salas A, Forne M, Esteve M, Espinos J, Viver JM. Incidence of collagenous and lymphocytic colitis: a 5 year population based study. *Am J Gastroenterol*. 1999; 94: 418-23.
2. Curt T, Bohr J, Nyhlin N, Wickbom A, Eriksson S. Diagnosis and management of microscopic colitis. *World J Gastroenterol* 2008; 14: 7280-88.
3. J. Williams J, Beck P, Andrews C, Hogan D, Storr M. Microscopic colitis-a common cause of diarrhoea in older adults. *Age Ageing* 2010; 39: 162-168.
4. Thijs WJ, van BJ, Kleibeuker JH, Kolkman JJ. Microscopic colitis: prevalence and distribution throughout the colon in patients with chronic diarrhoea. *Neth J Med* 2005; 63: 137-40.
5. Lindstrom CG. 'Collagenous colitis' with watery diarrhoea – a new entity? *Pathol Eur*. 1976; 11: 87-9.
6. Chande N, McDonald JWD, MacDonald JR. Interventions for treating collagenous colitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; 24: CD006096.
7. Miehleke S, Madisch A, Voss C, Morgner A, Heymer P, Kuhlisch E et al. Long-term follow-up of collagenous colitis after induction of clinical remission with budesonide. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005; 22: 1115-9.