

# COLITIS LINFOCITARIA: ES POSIBLE EL DIAGNÓSTICO DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

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

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

(2) Digestólogo. Servicio de Digestivou. Hospital del Mar. IMAS. Barcelona

**Correctores:** Oriol Rebagliatto y Emili Gené

**Correspondencia:** [mcasal\\_3@hotmail.com](mailto:mcasal_3@hotmail.com)

**Publicado:** diciembre de 2012

Maria Casal Domínguez, Joan Bayó Llibre' and Josep Maria Dedeu Cuscó (2012)  
*Colitis linfocitaria: es posible el diagnóstico desde la atención primaria*  
*Butlletí: Vol 30:Iss 3, Article 2*

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

*Este es un artículo Open Access distribuido según licencia de Creative Commons*  
*(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)*

## INTRODUCCIÓN

La colitis microscópica es una patología que incluye la colitis linfocitaria y la colitis colágena. Se trata de un cuadro caracterizado por diarrea crónica acuosa sin productos patológicos, un examen macroscópico sin alteraciones en la mucosa del colon y por la presencia de alteraciones histopatológicas en la biopsia de colon. La incidencia de estas enfermedades es de 4-6/100.000 habitantes con un pico máximo entre los 60 y los 70 años, con predominio en el sexo femenino<sup>(1)</sup>. La etiología es desconocida hasta el momento pero se ha observado que existe relación entre la colitis y las enfermedades celíaca o la diabetes mellitus<sup>(2)</sup>.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 68 años que consultó por un cuadro de una semana de evolución de dolor abdominal sin náuseas ni vómitos ni alteración deposicional. Como antecedentes patológicos destacaban: hipertensión arterial, síndrome ansioso, osteoporosis con aplastamiento vertebral y síndrome de apnea obstructiva del sueño.

En la exploración física por aparatos, la paciente no presentaba alteraciones a destacar. Se le practicó un análisis de sangre y orina y una ecografía abdominal. En la analítica destacaba: Hb de 15,6 g/dl; hematocrito de 47,3%; VCM 92 fl; HCM 30,2 pg; plaquetas  $299 \times 10^9/L$ ; leucocitos  $5,5 \times 10^9/L$ ; glucosa 98 mg/dl; creatinina 0,73

mg/dl; FG > 60 ml/min; bilirrubina 0,67 mg/dl; GOT 28 U/l; GPT 21 U/l; GGT 43 U/l; FFAA 77 U/l, tira de orina normal. En la ecografía abdominal se observó un hígado de volumen, morfología y ecoestructura normales, una vena porta permeable y de calibre normal y unas vías biliares de calibre y distribución normales. En la vesícula no se observaron signos inflamatorios ni litiasis. El páncreas, el retroperitoneo, el bazo y los riñones no presentaban alteraciones.

La paciente consultó de nuevo seis meses después refiriendo diarrea de un mes de evolución de 2-3 deposiciones líquidas al día. Además explicaba rectorragias ocasionales. La exploración abdominal no mostró cambios y en la región anal se observaron hemorroides externas. Debido a los nuevos síntomas se solicitó un nuevo análisis que mostró: calcio 9,8 mg/dl; fósforo 3,2 mg/dl; VSG 3 mm; TSH 0,8631 mU/l; PTH 39 pg/ml. El resto de parámetros no variaron apenas respecto a la analítica anterior. Tres muestras de sangre oculta así como la observación de parásitos en heces fueron negativas.

Debido a la persistencia del trastorno de ritmo deposicional, después de los resultados analíticos se programó una colonoscopia con biopsia que informó de normalidad macroscópica de la mucosa, pero en la anatomía patológica se observó un aumento de los linfocitos a epitelio y subepitelio de la mucosa del colon siendo el diagnóstico más probable colitis linfocitaria. (ver tabla 1)<sup>3</sup>.

Se realizó una interconsulta con el digestólogo de nuestro centro, iniciándose tratamiento con budesonida oral 6 mg al día, inicialmente por

un período de 3 meses. Pasados estos meses la sintomatología había remitido por lo cual se dejó una dosis de mantenimiento de 3 mg al día.

**TABLA 1.** Características microscópicas de la colitis colágena y la colitis linfocitaria.

<u>COLÁGENA</u>	<u>LINFOCITARIA</u>
Puede existir un aumento de los linfocitos intraepiteliales	Aumento de linfocitos a la mucosa del colon (epitelio y a nivel subepitelial)
Engrosamiento de la capa colágena subepitelial >10 micras	No colágena subepitelial o <10 micras
Asociado a enfermedades autoinmunes	Asociado a enfermedad celíaca

## DISCUSIÓN

La colitis linfocitaria es una patología que se encuadra dentro de la colitis microscópica y que se caracteriza por diarrea acuosa sin productos patológicos. Puede asociarse a síntomas como astenia, dolor articular y pérdida de peso.

La etiología de la enfermedad es aún desconocida pero se postulan varios factores que podrían ser los desencadenantes, como el sexo femenino, la edad avanzada, el trasplante órgano sólido o algunos fármacos como la aspirina, estatinas, bifosfonatos, antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina o antiinflamatorios no esteroides<sup>2</sup>.

Las pruebas complementarias que se deben realizar ante la sospecha de la enfermedad son las mismas que para el estudio de una diarrea crónica de cualquier etiología: analítica de sangre que incluya hemograma, VSG y PCR, bioquímica con hormonas tiroideas, proteinograma, anticuerpos antiendomisio, antitransglutaminasa, calcio y fósforo. Observación de parásitos en heces, detección de la toxina de Clostridi, observación en fresco de las heces y test de grasa fecal. Finalmente se realizará una colonoscopia total, solicitando sobre todo la realización de biopsias aunque macroscópicamente el colon no muestre alteraciones, ya que el análisis anatomopatológico es fundamental para realizar el diagnóstico. En el caso que nos ocupa, el digestólogo que practicó la prueba tomó biopsias

de colon a pesar de no estar especificado en la petición, dada la historia clínica de la paciente y al no observar anomalías macroscópicas en el colon. No hay consenso sobre si es mejor para el diagnóstico de la enfermedad la sigmoidoscopia flexible o la colonoscopia. Asimismo, algún estudio<sup>4</sup> sugiere que las biopsias obtenidas exclusivamente del recto-sigma, podrían ser insuficientes para el diagnóstico. De manera que las posibilidades diagnósticas aumentarían si se toman biopsias del colon transverso (80%) y del colon derecho (70%) y que serían menores si se obtienen del recto-sigma (66%).

Una vez derivado el paciente al hospital de referencia se realiza biopsia se anote o no en la petición a criterio del endoscopista en función de la información clínica sobre el paciente y los hallazgos endoscópicos.

Se han postulado varios tratamientos desde la primera descripción de la enfermedad el 1976<sup>5</sup>, los esteroides (sistémicos o tópicos), el ácido 5-aminosalicílico, citostáticos (azatioprina, mercaptopurina), ciclosporina, compuestos con fibra, espasmolíticos, loperamida, probióticos y cirugía<sup>6</sup>. El tratamiento iniciado después del diagnóstico en nuestro caso fue budesonida. Se trata de un glucocorticoide que se absorbe rápidamente después de la administración vía oral y al tener un primer paso muy efectivo casi no llega a la circulación sistémica por lo cual los efectos secundarios son escasos. Actualmente se considera el tratamiento más efectivo para la colitis linfocítica. La mayoría de pacientes es necesario que tomen una dosis menor de corticoide de mantenimiento durante un tiempo indefinido ya que es frecuente la recidiva de la enfermedad

después de la suspensión total del tratamiento<sup>7</sup>.

También hay que ir con cuidado con la asociación de esta patología con enfermedades autoinmunes y si enfermedades como la celiaquía no remiten con la dieta exenta de gluten, una vez que nos hemos asegurado de que el paciente es cumplidor, debemos plantearnos que pueda estar asociada a la colitis microscópica.

## CONCLUSIONES

Es imprescindible la toma de biopsias en el estudio de toda diarrea crónica ya que sino el diagnóstico de la colitis microscópica no se podrá realizar.

## BIBLIOGRAFÍA

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. Miehke 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.