

en *K. pneumoniae* multirresistente, la pequeña cantidad de investigaciones no es suficiente para establecer actualmente recomendaciones generales. Por ello, se necesita aumentar la cantidad de estudios en este campo. Con ello se podrá examinar la eficacia y posibles complicaciones a corto y largo plazo y explorar su posible efecto sinérgico con otras terapias. De esta forma, los profesionales sanitarios podrán ofrecer a sus pacientes los mejores cuidados basados en las últimas evidencias científicas demostradas.

Bibliografía

1. Cheng YW, Fischer M. Fecal microbiota transplantation: Redefining surgical management of refractory *Clostridium difficile* infection. Clin Colon Rectal Surg. 2020;33:92–7, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1701233>.
2. Ueckermann V, Hoosien E, De Villiers N, Geldenhuys J. Fecal microbial transplantation for the treatment of persistent multidrug-resistant *Klebsiella pneumoniae* infection in a critically ill patient. Case Rep Infect Dis. 2020 Feb 12;2020:8462659, <http://dx.doi.org/10.1155/2020/8462659>.
3. Biliński J, Grzesiowski P, Muszyński J, Wróblewska M, Mądry K, Robak K, et al. Fecal microbiota transplantation inhibits

multidrug-resistant gut pathogens: Preliminary Report Performed In An Immunocompromised Host. Arch Immunol Ther Exp (Warsz). 2016;64:255–8, <http://dx.doi.org/10.1007/s00005-016-0387-9>.

4. Ponte A, Pinho R, Mota M. Fecal microbiota transplantation: Is there a role in the eradication of carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* intestinal carriage? Rev Esp Enferm Dig. 2017;109:392, <http://dx.doi.org/10.17235/reed.2017.4425/2016>.
5. Biliński J, Grzesiowski P, Sorensen N, Madry K, Muszynski J, Robak K, et al. Fecal microbiota transplantation in patients with blood disorders inhibits gut colonization with antibiotic-resistant bacteria: Results of a prospective single-center study. Clin Infect Dis. 2017;65:364–70, <http://dx.doi.org/10.1093/cid/cix252>.

Sandra Martínez Pizarro

Departamento de Enfermería, Unidad de Consultas Externas, Hospital Comarcal "La Inmaculada", Huércal-Overa, España
Correo electrónico: mpsandrita@hotmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.06.009>
0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Colitis microscópica linfocítica asociada a duloxetine: descripción de un caso y revisión de la literatura



Microscopic lymphocytic colitis due to duloxetine: Case report and review of the literature

El diagnóstico diferencial de la diarrea subaguda o crónica puede suponer en muchos casos un desafío. Esto constituye un reto aún mayor en el caso de los pacientes con patología psiquiátrica subyacente, en los cuales puede resultar complejo distinguir los trastornos causados por esta morbilidad de otra clínica independiente.

Presentamos el caso de una paciente de 26 años, fumadora, con antecedentes de trastorno límite de la personalidad y bulimia nerviosa de años de evolución, que había precisado ingreso un mes antes en Psiquiatría, durante el cual se realizó un ajuste de su medicación. Acudió a

Urgencias por presentar, tras una dieta altamente restrictiva durante dos semanas, un cuadro consistente en epigastralgia y aumento del número de deposiciones de hasta 10 al día, siendo éstas de consistencia líquida y sin productos patológicos.

En analítica de sangre destacaba acidosis metabólica compensada e hipopotasemia leve, así como discreto aumento de los reactantes de fase aguda. Se decidió cursar ingreso de la paciente en Medicina Interna para estudio.

Durante su estancia en planta se realizó un estudio microbiológico completo incluyendo *C. difficile*, que resultó negativo. Con estos resultados se inició tratamiento con loperamida, con reducción del número de deposiciones a la mitad. Además, se solicitó un estudio inmunológico y endocrinológico completo, junto con análisis bioquímico de las heces, donde no se objetivaron datos de malabsorción, sangre oculta en heces, presencia de principios inmediatos o datos de insuficiencia pancreática exocrina.

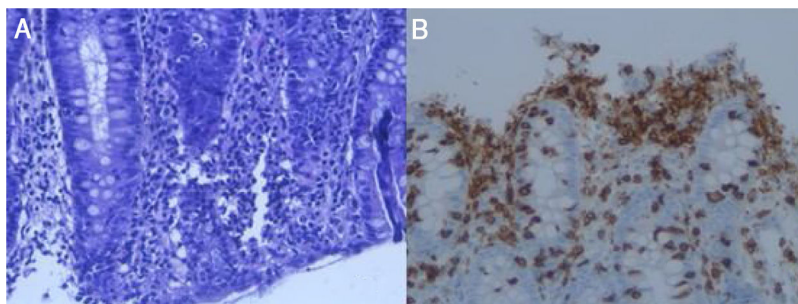


Figura 1 A) Tinción de hematoxilina-eosina en la que se visualizan más de 30 linfocitos por cada 100 enterocitos. B) Tinción de inmunohistoquímica con CD3 como marcador de linfocitos T.

Ante la persistencia de la sintomatología, se realizó una endoscopia digestiva alta en la que se detectó gastritis antral y sospecha de atrofia duodenal, sin alteraciones en las biopsias tomadas. Por otro lado, se realizó colonoscopia en la que no se evidenciaron alteraciones macroscópicas; sin embargo, se tomaron biopsias de la mucosa, en las que se identificó un patrón compatible con colitis linfocítica (fig. 1).

Tras revisar la historia clínica se comprobó que durante el ingreso previo se había iniciado duloxetina. Ante la asociación descrita entre dicho fármaco y la colitis linfocítica, se decidió suspender este tratamiento.

El diagnóstico final fue colitis linfocítica en relación con duloxetina, inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina, que había sido introducido recientemente en su tratamiento como antidepressivo. La paciente evolucionó favorablemente tras la retirada de la duloxetina.

La colitis linfocítica es un subtipo de colitis microscópica que se manifiesta clínicamente como una diarrea acuosa crónica sin productos patológicos¹. Para su diagnóstico es imprescindible una alta sospecha, puesto que su principal característica es la ausencia de alteraciones macroscópicas en la mucosa colónica¹, por lo que el estudio anatomopatológico de la misma es fundamental, ya que demuestra la presencia de linfocitosis intraepitelial (≥ 20 linfocitos por campo) en la mucosa colónica.

En cuanto a la etiología, se ha determinado una susceptibilidad genética. Además, está descrita su asociación con el consumo de tabaco y con ciertos grupos de fármacos, entre los que destacan los inhibidores de la bomba de protones, antiinflamatorios no esteroideos e inhibidores de la recaptación de la serotonina¹.

El tratamiento principal es la retirada del fármaco que haya desencadenado la diarrea. En algunos casos, como control sintomático, se recomienda la utilización de loperamida. Si la crisis no se controla con estas medidas, se podría añadir tratamiento con budesonida. En los últimos años se ha planteado también el uso de mesalazina, colestiramina y beclometasona, si bien no existe aún suficiente evidencia al respecto².

Sólo se han descrito, hasta la fecha, dos casos de colitis linfocítica asociada a duloxetina en la literatura^{3,4}, lo que supone una ausencia de evidencia acerca del mejor tratamiento para estos pacientes. Sin embargo, en los casos previamente descritos, al igual que en el que se presenta actualmente, no fue necesario utilizar budesonida para mejorar los síntomas de la colitis linfocítica. Es posible que, según el desencadenante de esta patología, la gravedad varíe, y el tratamiento sea distinto. Serían necesarios más estudios para establecer una guía en el manejo más adecuado de este cuadro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Boland K, Nguyen GC. Microscopic Colitis: A Review of Collagenous and Lymphocytic Colitis. *Gastroenterol Hepatol*. 2017;13:671–7.
2. Chande N, Al Yatama N, Bhanji T, Nguyen TM, McDonald JW, MacDonald JK. Interventions for treating lymphocytic colitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;7:CD006096.
3. Kusnik B, Stolte M. Lymphocytic colitis under treatment with duloxetine. *Z Gastroenterol*. 2010;48:693–5.
4. Gwillim EC, Bowyer BA. Duloxetine-induced lymphocytic colitis. *J Clin Gastroenterol*. 2012;46:717–8.

Clara Millán-Nohales^{a,*}, Lucía Ordieres-Ortega^{a,b}
y Rita García-Martínez^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^b Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: claramillan@msn.com
(C. Millán-Nohales).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.06.010>

0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Hemorragia digestiva baja por metástasis de carcinoma de pulmón de células gigantes



Low digestive hemorrhage due to giant-cell lung carcinoma metastasis

El cáncer de pulmón representa la principal causa de muerte por cáncer en el mundo, con una supervivencia a los 5 años del 10-20%. Casi el 50% de los pacientes tienen enfermedad metastásica en el momento del diagnóstico, y compromete la supervivencia a menos del 5% a los 5 años¹. El carcinoma de células gigantes es una variante rara y poco diferenciada

que representa entre el 0,1-0,4%² de los tumores pulmonares.

El cáncer primario de pulmón suele metastatizar a cerebro, hígado, glándulas suprarrenales, ganglios linfáticos y huesos¹. El tracto gastrointestinal es una ubicación atípica de diseminación (0,5-1,3%), aunque hay estudios en autopsias que determinan que podría estar infradiagnosticada (4,7-14%)¹, por diseminación hematológica y linfática.

Presentamos el caso de un varón de 81 años, exfumador desde hace 12 años con antecedente de lobectomía inferior izquierda más linfadenectomía por carcinoma de pulmón de células gigantes en abril de 2018 (pT1bN0 con márgenes de resección libres), sin observarse enfermedad a distancia en los estudios de extensión (M0). Durante el seguimiento no