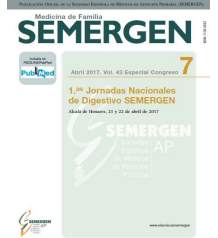




Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

287/8 - COLITIS DE INCIERTA CAUSA

I. García Terán^a, E. López Fernández^b, A. Coduras Erdozain^c, C. Azofra Macarrón^d, P. Castro Sandoval^e y T. Iglesias Suárez^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la sal. Cantabria. ^bEspecialista Aparato Digestivo. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. ^cMédico Residente Medicina Interna. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 58 años, HTA, ACVA hace 8 años y cefaleas habituales. Tratamiento habitual con Adiro 100 mg, enalapril 20 mg y AINEs ocasionalmente. Acude a su médico de Atención Primaria refiriendo un cuadro de 2 semanas de evolución de 4-6 deposiciones diarias, sin fiebre ni productos patológicos, con discreto meteorismo; la exploración es anodina y se le indica dieta astringente y reposición hidroelectrolítica. Trascorridas 2 semanas, la paciente acude de nuevo, refiere mejoría relativa inicial, pero las deposiciones han ido en aumento, 7-10 diarias, sin fiebre pero con dolor abdominal intermitente; de nuevo la exploración es anodina, se añade racecadotril, se indica retirada de AINEs y recogida de heces para coprocultivo, derivándose preferentemente a Digestivo. Una semana después la paciente acude a Urgencias por persistencia de la diarrea, con febrícula y presencia escasa de sangre en las deposiciones. Se realiza analítica sin hallazgos significativos y se comprueba que el coprocultivo era negativo, decidiéndose ingreso para control sintomático y estudios complementarios.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente estable hemodinámicamente al ingreso. ACP anodina. Abdomen blando, doloroso en mesogastrio sin datos de peritonismo, RHA ligeramente aumentados, no megalias. Rx abdominal anodina. Analítica de sangre: hemograma y Bioquímica incluyendo hormonas tiroideas sin alteraciones (PCR 6 mg/dl como único hallazgo). Gastroduodenoscopia, hasta 2ª porción duodenal, no patológica. Colonoscopia: diverticulosis sigmoidea sin puntos de sangrado activos, tomándose muestras para AP de colon derecho y transversal. Microbiología: estudio de celiaquía negativo. Anatomía patológica: infiltrado inflamatorio en lámina propia, aplanamiento celular y presencia de banda colágena subepitelial mucosa, contabilizándose 10-12 linfocitos intraepiteliales en todas las muestras.

Juicio clínico: Colitis colágena.

Diagnóstico diferencial: Colitis linfocítica. Colitis pseudomembranosa. Síndrome de intestino irritable. Abuso de laxantes. Diarreas malabsortivas.

Comentario final: La paciente tuvo mejoría clínica mantenida tras ajuste dietético (retirada de lactosa) e iniciar budesonida (9 mg/día) empírica ante la sospecha diagnóstica, manteniéndose dicho tratamiento tras la confirmación anatomopatológica. La colitis colágena es una entidad del espectro de las colitis microscópicas. Su incidencia oscila entre 1 y 6 casos por 100.000 hab/año, y su pico de incidencia es mujeres mayores de 60 años. Es característica una diarrea acuosa crónica o intermitente, que oscila de formas leves y autolimitadas a

formas graves y refractarias que precisan cirugía, pudiendo aparecer dolor abdominal, meteorismo, urgencia defecatoria y discreta pérdida ponderal. Endoscópicamente es inespecífica. La anatomía patológica confirma el diagnóstico: infiltrado inflamatorio en lámina propia, aplanamiento celular, presencia de más de 7 linfocitos intraepiteliales por campo, y presencia de banda colágena subepitelial mucosa. Tratamiento inicial: medidas dietéticas, antidiarreicos, evitar fármacos potencialmente causantes de la diarrea y factores que puedan contribuir a ella (lactosa p.e.). Precisa casi siempre tratamiento específico, de elección budesonida (9 mg/día durante 6 semanas y 3-6 mg/día durante 6 meses si hay buena respuesta -70/80% de casos-), y si hay mala respuesta mesalazina \pm colestiramina, inmunomoduladores, octeótrido e incluso IQ en casos refractarios (ileostomía o proctocolectomía con ileostomía).

Bibliografía

1. Dietrich CF. Lympholitic and collagenous colitis (microscopic colitis). Clinical manifestations, diagnosis and management. UpToDate.
2. Bonis PAL, Lamont JT. Approach to the adult with chronic diarrhea in resource-rich settings. UpToDate
3. Fernández Bañares F, Piqueras Cano M. Colitis colágena y linfocítica. Reed.