



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/825 - Manejo en Atención Primaria de Colitis Linfocítica

L. Castro Reyes^a, C. San Andrés Pascua^b, F. Franco Salgado^c, Y. Morte Traín^a, M. Clemente Murcia^d, B. Rodríguez Bethencourt^a, E. Congiu^e y E.M. Ferrando Romero^f

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Guayaba. Madrid. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Área Centro. Madrid. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Calesas. Madrid. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Rosales. Madrid. Unidad centro. ^fMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Área Centro. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 21 años sin antecedentes de interés, acude a consulta por diarrea crónica acuosa y dolor abdominal difuso de 5 años de evolución. Ha consultado previamente en atención primaria por este motivo sin diagnóstico definido. Vive en Filipinas temporadas largas. Exploración: tensión arterial 120/80 mmHg, Frecuencia cardiaca: 60 latidos por minuto, temperatura 36,5 °C. Dolor abdominal a la palpación profunda en mesogastrio sin otros hallazgos.

Exploración y pruebas complementarias: Se realiza analítica con bioquímica, perfil hepato-renal, iones, hormonas tiroideas, hemograma y coagulación normales. Serología VIH y virus hepatotropos negativas. Estudio para celiaquía negativo. Se realiza SOH negativa. Colonoscopia informada como normal y en la que se toman múltiples biopsias de colon. Anatomía patológica informada como: fragmentos de colon con más de 7 linfocitos intraepiteliales por 100 enterocitos, compatible con colitis linfocítica.

Juicio clínico: Colitis microscópica linfocítica.

Diagnóstico diferencial: Sd. de intestino irritable. Enf. inflamatoria intestinal. Enf. celiaca. Enf. endocrina. Tumor neuroendocrino. Infección (diarrea Brainerd). Colitis isquémica. Diverticulitis de colon. Es un diagnóstico de exclusión.

Comentario final: Se comienza con tratamiento con budesonida 9 mg/día durante 9 semanas con buena respuesta. Posteriormente se mantiene seguimiento en nuestra consulta. Desde atención primaria es posible acceder a gran parte de las exploraciones complementarias necesarias, para diagnosticar esta enfermedad y llevar un buen control. Muchas veces ante la mínima sospecha, el médico de familia, deriva al especialista. Todo depende de la experiencia del profesional; pero estamos preparados para manejar brotes leves moderados, y para hacer un seguimiento de esta enfermedad. Con este caso hemos querido hacer una revisión bibliográfica actualizada: del diagnóstico, manejo y seguimiento y/o derivación de estos pacientes en Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alimi Y, Villanueva M. Microscopic Colitis (Lymphocytic and Collagenous), Eosinophilic Colitis, and Celiac Disease. Clinics in Colon and Rectal Surgery. 2015;28(2):118-26.

2. Calabrese C, Fabbri A, Areni A, Zahnle D, Scialpi C, Di Febo G. Mesalazine with or without cholestyramine in the treatment of microscopic colitis: Randomized controlled trial. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2007;22(6):809-14.
3. Carretero Gomez J, Vera Tomé A, Arévalo Lorido J, Muñoz Sanz A. Hiperplasia folicular linfoide, déficit de IgA y coinfección por Giardia Lamblia y virus de Epstein-Barr. *Gastroenterol Hepatol*. 2003;26(6):397-8.
4. Hervás Angulo A, Sánchez Álvarez J, Echeverría Lekuona D, Arizcuren Domeño M. Colitis colágena. Presentación de cuatro nuevos casos. *Atención Primaria*. 2003;32(9):544-5.
5. UpToDate. 2015 [cited 8 July 2015]. Available from: <http://www.uptodate.com>
6. Aegastro.es. Asociación Española de Gastroenterología [Internet]. 2015 [cited 8 July 2015]. Available from: <http://www.aegastro.es/>