



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es



■ Intestino

Colitis microscópicas

Guillermo Rafael Aceves Tavares

Hospital General del Estado Dr. Ernesto Ramos Bours, SSA,
Hermosillo.

Las colitis microscópicas (CM) se reconocen cada vez con mayor frecuencia como causas de diarrea crónica, sobre todo en la población adulta mayor. Las CM agrupan a dos entidades distintas en el plano histopatológico: la colitis colagenosa (CC) y la colitis linfocítica (CL). Ambas se presentan con más frecuencia en los individuos mayores de 60 años y predominan en el género femenino. Estudios publicados en fecha reciente sugieren que entre 10% y 30% de los pacientes mayores a 60 años estudiados por diarrea crónica y con una mucosa endoscópicamente normal desarrolla CM. Desde el punto de vista histopatológico, ambas enfermedades se caracterizan por un número aumentado de linfocitos intraepiteliales, pero en la CC se identifica además una banda de colágena en la membrana basal del epitelio colónico.¹

A pesar de su importancia como causa de diarrea crónica, los trabajos de investigación aún son escasos y en la última DDW llevada a cabo en mayo de 2010 en la ciudad de Nueva Orleans en Estados Unidos sólo se presentó un total de siete trabajos, uno de ellos en forma oral. Además, durante el Curso de Primavera de la *American Gastroenterological Association* se abordó el tema y se revisaron los últimos avances para el estudio y tratamiento de las CM.

■ Epidemiología

Con el fin de conocer la frecuencia de las CM en Francia, Kohut² diseñó una encuesta epidemiológica entre los gastroenterólogos y patólogos de la región para conocer los hallazgos clínicos y factores de riesgo de las CM. En tres años se identificaron 130 casos de CM (87 CC y 43 CL), con

una incidencia de 7.9 casos por 100 000 personas/año, 5.3 casos para la CC y 2.6 para la CL. La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 63 años y los sujetos con CC fueron de mayor edad. Las CM son más frecuentes en mujeres a razón de 3.5:1 y el predominio del género femenino fue más evidente en el grupo de CC (4.1:1 CC vs. 2.6:1 en CL). El intervalo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de ocho semanas; los síntomas más observados fueron diarrea crónica, dolor abdominal y en un tercio de los pacientes se reconocieron otras enfermedades autoinmunitarias. Los investigadores encontraron que los inhibidores de la bomba de protones (IBP) incrementan el riesgo de CC.

■ Etiología

Keszthelyi³ de Holanda diseñó un estudio de casos y controles encaminado a demostrar la relación entre los inhibidores de la bomba de protones (IBP) y las CM. Ésta se trató en la única presentación oral sobre el tema durante la DDW. En un periodo de cinco años se identificaron 70 casos de CM y se parearon con controles sanos. Se observó que la exposición a IBP fue significativamente mayor en el grupo de CM que en el control (35.7% vs. 12.8%; OR, 3.9), al igual que los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (17.9% vs. 5.7%; OR, 3.8). Al reanalizar los datos para exposición concomitante no se comprobó un riesgo aumentado para el consumo de AINE. De esta manera, los especialistas concluyeron que existe una relación positiva entre la exposición a IBP y la posible función etiológica para la aparición de CM.

Yen y colaboradores⁴ investigaron el posible nexo de las CM con tumoraciones en las mujeres posmenopáusicas. En un análisis retrospectivo de ocho años se reconocieron 724 casos de CM, de los cuales 551 correspondieron a mujeres y 498 tenían antecedentes oncológicos. Este grupo se pareó con controles sin CM. Se encontró cáncer de mama en 9.4% de casos en CM y 12.6% en los controles; cáncer de ovario en 0.6% de los casos en CM y 1.0% en los controles; y cáncer endometrial en 1.0% de ambos grupos. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas, pero se observó una tendencia a la menor frecuencia de enfermedades malignas en el grupo de CM. Los autores sugieren un posible papel etiológico de las hormonas sexuales en la patogenia de la enfermedad.

Hashimoto⁵ propuso que la colitis relacionada con la administración de lansoprazol muestra hallazgos endoscópicos característicos que la hacen diferente de las CM. Este investigador estudió a 71 pacientes y en 19 de 25 casos que consumían lansoprazol encontró hallazgos endoscópicos característicos, como patrón vascular congestivo y ulceraciones o cicatrices lineales. Las biopsias demostraron la banda de colágena típica en 82% de los casos, que no se reconoció cuando se emplearon otros tipos de IBP. En consecuencia, Hashimoto concluyó que estos datos endoscópicos son altamente específicos.

■ Patogenia y cuadro clínico

Rana⁶ y colaboradores midieron el tránsito bucocecal y la población bacteriana en 75 adultos con CM con la finalidad de identificar la afectación del intestino delgado. Los parearon con 100 controles sanos y encontraron un tiempo de tránsito bucocecal de 112 minutos en el grupo de CM y de 104.6 en el grupo control. Por otro lado, documentaron cinco casos de sobrepoblación bacteriana en el grupo de CM, mientras que sólo uno en el grupo control, diferencias que no fueron estadísticamente significativas.

■ Diagnóstico

Con el fin de determinar si las tomas de biopsia de la mucosa del recto y el sigmoide son suficientes para establecer el diagnóstico de las CM, el grupo de Yen⁷ revisó su base de datos hospitalaria de personas con CM. Estos investigadores identificaron a

76 pacientes con CM en un periodo de ocho años, de los cuales 34 tenían CC y evidenciaron que una quinta parte de las biopsias de recto (20% en CC y 25% en CL) fue negativa o no concluyente, mientras que casi la totalidad (100% en CC y 95% en CL) de las biopsias del sigmoide y las obtenidas del colon derecho fueron positivas, lo cual sugiere que podría ser suficiente la obtención de biopsias sólo del sigmoide, con una excelente capacidad de diagnóstico.

Milestone⁸ presentó cuatro casos de sujetos en quienes se detectaron ulceraciones lineales superficiales en el colon sigmoide, con una longitud de cinco a 20 cm y en la histología se demostró colitis colagenosa. En una revisión de las publicaciones encontraron 31 casos que demostraban hallazgos endoscópicos similares. Estos casos se relacionan con más perforaciones durante los procedimientos endoscópicos o radiológicos (55%, 17/31) e incluso en dos casos ocurrió una perforación espontánea. En suma, señalan que es poco probable que estas lesiones se deban al barotrauma en un colon vulnerable por la enfermedad y se inclinan más por la posibilidad de que se trate de un proceso específico de la CC. Por lo tanto, el reconocimiento de estas lesiones debe alertar al endoscopista acerca del riesgo de perforación para actuar de manera cautelosa.

■ Curso de posgrado de la American Gastroenterological Association⁹

Durante el curso se indicó que el riesgo de CM aumenta hasta 70 veces entre los pacientes con enfermedad celiaca, por lo que deben excluirse las CM en pacientes celíacos con diarrea persistente que no responden a la dieta libre de gluten. De igual manera, todos los individuos diagnosticados de CM deben someterse a detección de anticuerpos para enfermedad celiaca.

El primer paso en el tratamiento de los pacientes con CM consiste en investigar los antecedentes farmacológicos. Identificar y suspender un medicamento vinculado con CM llevan a la resolución de la diarrea en un máximo de 30 días (media de cinco). Habitualmente se eligen como tratamiento inicial la loperamida, mesalazina, bismuto o agentes que se unen a sales biliares, pero la evidencia que favorece la prescripción de estas sustancias es muy escasa. La budesonida (9 mg/día) ha demostrado ser eficaz en varios estudios controlados y

aleatorizados, tanto para CC como para CL, con remisión clínica en más del 80% a las seis semanas con un número de individuos a tratar de sólo dos a tres. En dos estudios recientes que valoraron el mantenimiento a largo plazo en personas con CC, la budesonida (6 mg/día) por seis meses se relacionó con una recaída significativamente más baja respecto del placebo (25% vs. 65-88%).

Referencias

1. Williams J, Beck P, Andrews C, et al. Microscopic colitis: a common cause of diarrhea in older adults. *Age Ageing* 2010;39:162-168.
2. Kohut M, Duhamel A, Flamant M, et al. Incidence of microscopic colitis in Northern France [abstract]. *Gastroenterology* 2010;138(5 Suppl 1):S199.
3. Keszthelyi D, Jansen S, Scholtes B, et al. Proton pump Inhibitor use is associated with an increased risk for microscopic colitis: a case-control study [abstract]. *Gastroenterology* 2010;138(5 Suppl 1):S55.
4. Yen E, Pokhrel B, Bianchi L, et al. Post-menopausal malignant conditions in women with microscopic colitis [abstract]. *Gastroenterology* 2010;138(5 Suppl 1):S750.
5. Hashimoto Y, Takano Y, Sakiyama A, et al. Lansoprazole associated colitis is a new drug induced enteropathy presenting unique clinical manifestations and endoscopic findings. Sesión de carteles presentada en DDW, mayo 2-5, 2010, New Orleans, LA, W1469.
6. Rana S, Sinha S, Prasad K, et al. Orocecal transit time and small bacterial overgrowth in patients with microscopic colitis [abstract]. *Gastroenterology* 2010;138(5 Suppl 1):S750.
7. Yen E, Hall C, Witt B. Yield of sigmoid and rectal biopsies in the detection of microscopic colitis [abstract]. *Gastroenterology* 2010;138(5 Suppl 1):S638.
8. Milestone A, Teare J, Goldin T. Linear ulceration in collagenous colitis: a case series and literature review. Sesión de carteles presentada en DDW, mayo 2-5, 2010, New Orleans, LA, W 1498.
9. McQuaid K. Managing microscopic forms of colitis. In: Sheila E. Crowe, Course Director. AGA Spring Postgraduate Course. The AGA Institute; 2010:417-419.