



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



NOVEDADES EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y OTROS PROCESOS INFLAMATORIOS

Enteritis y colitis microscópicas

F. M. Huerta-Iga

Hospital Ángeles Torreón

Recibido el 8 de junio de 2016; aceptado el 28 de junio de 2016

El número de pacientes portadores de duodenitis, enteritis o colitis microscópicas ha presentado un incremento por motivos aún no muy claros. Ya sea por una mayor consciencia y conocimiento de estas condiciones clínicas por parte de los médicos o por un verdadero aumento en su incidencia, son temas que merecen atención.

Epidemiología

Con respecto a la epidemiología de las colitis microscópicas, se debe tener cuidado en las referencias consultadas, ya que las variaciones son grandes. Un ejemplo de ello es un estudio retrospectivo de casos y controles realizado en 36 pacientes con colitis eosinofílica (EoC) y 72 controles sanos, a quienes les fue realizada una colonoscopia en un centro de salud y salud mental de Brooklyn. Esta patología se diagnosticó más frecuentemente en varones (77.1%) que en mujeres (22.9%) ($p = 0.0001$), con edad promedio de 60.3 ± 9.6 años, y con un 44.4% de los pacientes entre los 50 y 55 años. De los pacientes con EoC, los hispanos fueron el grupo predominante (66.7%), seguido de los afroamericanos (30.5%) y ningún caucásico. La mayoría de los pacientes diagnosticados provenían del Caribe (55.5 vs. 21.2%, $p = 0.0082$), presentaban eosinofilia periférica (86.1 vs. 6.9%) y mayor

presencia de parásitos intestinales ($p < 0.030$).¹ Estas cifras son diferentes a las encontradas en otros estudios, en donde la patología se presenta más en caucásicos, las mujeres suelen ser las más afectadas y las condiciones de vida son totalmente opuestas. En uno de estos estudios se revisaron 813,057 expedientes de pacientes sometidos a colonoscopia con toma de biopsias, con especial atención al número de habitantes en su localidad, al valor de la vivienda, los ingresos anuales, el grado de escolaridad y la distribución étnica. La colitis microscópica (CM) se diagnosticó más frecuentemente en personas con códigos postales habitados predominantemente por caucásicos (RR 2.43, 1.56-3.72), comparativamente con las áreas habitadas por afroamericanos (RR 0.16, 0.10-0.26), hispanos (RR 0.44, 0.37-0.53) o asiáticos (RR 0.22, 0.14-0.34). Aspectos como el valor de la vivienda y el ingreso anual estuvieron asociados negativamente con la CM (RR 0.56, 0.45-0.69 y RR 0.62, 0.44-0.86, respectivamente), pero asociados positivamente con la educación universitaria (RR 2.71, 2.23-3.28).²

Factores de riesgo

Un estudio de casos y controles realizado en Holanda basado en los registros de prescripciones de inhibidores de la bomba

Correspondencia de Autor: Paseo del Tecnológico No. 909-350, Residencial Tecnológico, Torreón, Coah. C. P. 27250. Teléfono: (871) 222-5411. Correo electrónico: fhuertaiga@gmail.com (F. M. Huerta Iga)

de protones (IBP) y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en pacientes con diagnóstico conocido de CM fueron comparados en una relación de 1:5 con pacientes que tomaban los mismos medicamentos, pero sin este diagnóstico. Un total de 1,118 casos de CM y 5,590 controles fueron incluidos en el estudio. El uso actual o reciente de AINE (RR 2.2., IC 95%, 1.6-2.9) y de IBP (RR 2.3, IC 95%, 1.8-3.0) estuvo asociado con un riesgo aumentado para CM. El riesgo más elevado se observó en los pacientes que tomaban ambos medicamentos, ya fuera actual o recientemente (RR 2.6, IC 95%, 1.7-4.1). Sin embargo, el uso prolongado por más de 24 meses disminuyó el riesgo. Los autores concluyen que la exposición actual o reciente a IBP y AINE está asociada con la presencia de CM, especialmente cuando se utilizan de forma conjunta.³

Fisiopatología

En el mismo estudio de casos y controles realizado en Holanda, también se analizó el efecto que la exposición a IBP o AINE pudiera tener sobre el epitelio intestinal. Se utilizaron omeprazol y diclofenaco a dosis de 0, 10, 25 o 100 μ M aplicados durante 2 h en la cara basolateral de capas de células colónicas y se valoró el efecto mediante el uso de resistencia eléctrica transepitelial (RETE) y permeabilidad paracelular (FITC-D4). Estos estudios in vitro demostraron una disminución de la RETE en las células colónicas dependiente de dosis para AINE, pero no para IBP. La exposición a ambos medicamentos de forma simultánea no demostró un efecto aditivo y ninguno de los medicamentos produjo cambios significativos en la permeabilidad paracelular.³

Diagnóstico

Una vez que se logra integrar el diagnóstico de CM, los pacientes suelen ser bien manejados. Sin embargo, la realidad en la práctica clínica es que el diagnóstico suele retrasarse por un tiempo variable. Un estudio retrospectivo que analizó 91 expedientes de pacientes portadores de CM encontró que para llegar al diagnóstico se utilizaron un promedio de 30.5 meses (rango de 0.5-528), observando que este retraso se presentó con más frecuencia en las mujeres (n = 69) que en los hombres (n = 17). En el proceso de estudio se solicitaron varios exámenes, como serología para enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celiaca y *Clostridium difficile* en el 74.2% de los pacientes, lo que elevó el costo del diagnóstico de manera significativa. El número de evacuaciones diarias no fue significativo para llegar al diagnóstico. Los autores concluyen que se debe concientizar más a los médicos para la búsqueda de este padecimiento y evitar retrasos en el diagnóstico.⁴

Con respecto a la toma de biopsias en pacientes en quienes se sospecha la presencia de CM, la decisión de tomarlas de forma aleatoria, así como la elección del sitio en donde se deben tomar, son aspectos que deben ser tomados muy en cuenta. Un trabajo retrospectivo de casos y controles realizado en 1,050 pacientes a quienes les fueron tomadas biopsias de colon de forma aleatoria en colonoscopias reportadas como normales, solamente lograron identificar cambios compatibles con colitis inespecífica en 30 (2.9%) casos y de colitis microscópica en 11 (1.1%), mientras que en el 96% de los pacientes, las biopsias fueron reportadas

como normales. Los autores analizan y concluyen que el costo de realizar biopsias de forma indiscriminada puede alcanzar cifras de hasta \$240,000 dólares, al menos en este estudio.⁵

Para tratar de identificar a los pacientes con mayor posibilidad de tener CM, se ha diseñado una escala de valoración y calificación clínica. En su validación inicial, demostró una sensibilidad del 90.1% y una especificidad del 34.9%. En un intento de mejorar la utilidad de esta escala, se llevó a cabo un estudio retrospectivo en pacientes con diarrea crónica enviados a colonoscopia como parte de su estudio, la cual fue reportada como normal en todos ellos, pero en los que invariablemente se tomaron biopsias. Se incluyeron 617 pacientes con edad promedio de 55.1 años (39.6-68.1) y un 64.3% de mujeres. De todos los pacientes, un total de 81 (13.1%) tuvieron MC. Varias características clínicas fueron identificadas como factores independientes de riesgo y se tomaron en cuenta para diseñar una nueva escala de valoración. Los factores identificados fueron la edad de ≥ 55 años, la duración de la diarrea ≤ 6 meses, el número de evacuaciones al día ≥ 5 , un índice de masa corporal (IMC) < 30 kg/m², el tabaquismo, y el uso de inhibidores de la recaptura de serotonina y AINE. Al establecer un punto de corte de ≥ 10 unidades, la aplicación de esta escala arrojó un área bajo la curva de 0.83, con una sensibilidad del 93%, especificidad del 49% y VPN del 97.8% (95.0-99.1%). Una vez diseñada y preparada para su validación, esta escala se aplicó a 309 pacientes con edad promedio de 52.3 años y 68.2% mujeres. De ellos, 46 pacientes (14.9%) tuvieron diagnóstico de CM, con un área bajo la curva de 0.79, sensibilidad de 91%, especificidad de 49% y VPN de 97%. Los autores concluyen que esta escala permite evitar biopsias innecesarias en los pacientes con diarrea crónica, reduciendo los costos hasta en un 40%.⁶

Tratamiento

En cuanto al tratamiento, son pocos los trabajos presentados. Con respecto al manejo de las CM, un estudio realizado en 39 pacientes, 13 con colitis linfocítica, 23 con colitis colagenosa y tres que eventualmente evolucionaron a enfermedad inflamatoria intestinal, se demostró remisión clínica en un 41% e histológica en el 28.6% de todos los pacientes. Los medicamentos utilizados fueron budesonida, mesalazina y prednisona, observando mejor respuesta clínica con budesonida (30.8%) y mejor remisión histológica con la prednisona (66.7%). Los pacientes que lograron controlar sus síntomas se mantuvieron en remisión clínica sin tomar medicamentos en el 15.4% de los casos, encontrando además que la remisión histológica predice qué pacientes podrán mantener la remisión clínica. El tabaquismo disminuye la respuesta.⁷ En cuanto al tratamiento de las duodenitis linfocíticas en pacientes con intolerancia alimentaria demostrada por endomicroscopía laser confocal (ELC), aquellos que siguen una dieta de restricción de forma estricta lograron disminuir la cuenta de linfocitos intraepiteliales de 42.9 ± 12.2 a 22.8 ± 9.0 ($p < 0.0001$), comparativamente con los que no la siguieron. Los autores concluyen que la duodenitis linfocítica puede ser una consecuencia de intolerancia alimentaria no tratada y que la dieta de restricción mejora la inflamación en estos pacientes.⁸

Financiamiento

El autor no recibió financiamiento para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

El autor es miembro del Advisory Board de Laboratorios ALLERGAN y TAKEDA y expositor para Laboratorios ALLERGAN, ASOFARMA, ASTRA-ZENECA y TAKEDA.

Referencias

1. Winters H, Ward A, Pham N. Demographic and epidemiological factors associated with eosinophilic colitis: A single-center, case-control study. *Gastroenterology* 2016;150(4 Suppl 1):S-894.
2. Sonnenberg A, Turner K, Genta RM. Differences in the socioeconomic distributions of inflammatory bowel disease and microscopic colitis. *Gastroenterology* 2016;150 (4 Suppl 1):S-786.
3. Verhaegh B, de Vries F, Keszthelyi D, et al. Co-exposure of microscopic colitis associated drugs does not affect paracellular permeability in vitro. *Gastroenterology* 2016;150(4 suppl 1):S-312.
4. Yen EF, Yoo J, Bianchi LK, et al. Delayed diagnosis in microscopic colitis: Analysis of a large prospective cohort. *Gastroenterology* 2016;150(4 Suppl 1):S-403.
5. Syafiq M, Aoko O, Kavanagh G, et al. Random colonic biopsies in diagnosing microscopic colitis: Low yield high cost. *Gastroenterology* 2016;150(4 suppl 1):S-243.
6. Cotter TG, Binder M, Smyrk T, et al. Optimization of a scoring system to predict microscopic colitis in a cohort of patients with chronic diarrhea. *Gastroenterology* 2016;150(4 suppl 1):S-308.
7. Ruchay Z, Roecken C, Moesinger M, et al. The impact of an exclusion diet in lymphocytic duodenitis in patients with IBS and food intolerance diagnosed on confocal laser endomicroscopy. *Gastroenterology* 2016;150(4 suppl 1):S-998.
8. Komaki F, Komaki Y, Rubin D, et al. Characterization of disease related factors in microscopic colitis. *Gastroenterology* 2016;150(4 suppl 1):S-690.