



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 287/8 - COLITIS DE INCIERTA CAUSA

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

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la sal. Cantabria.

<sup>b</sup>Especialista Aparato Digestivo. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente Medicina Interna. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria. <sup>f</sup>Médico 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 celiacía 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 ± 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.