

## CARTAS AL DIRECTOR

### Algunos detalles en relación al diagnóstico de la colitis microscópica



#### Some points on the diagnosis of microscopic colitis

Sr. Director:

Parece ser un hecho comprobado el escaso número de diagnósticos de colitis linfocítica y colitis colágena observado en los distintos centros sanitarios en los que se realizan endoscopias.

Desde el punto de vista de nuestra especialidad, la Anatomía Patológica, queremos hacer una serie de reflexiones/apuntes con vista a la elaboración de un documento de consenso que se nos ha comunicado se está preparando.

El diagnóstico de colitis microscópica es un diagnóstico multidisciplinar-anatomoclínico en el que deben concurrir los postulados de diversas especialidades médicas.

Cada vez es más frecuente observar en los informes de petición de diagnóstico anatomopatológico la solicitud, por parte del clínico digestólogo, de descartar una colitis microscópica. Sin embargo, por lo general, esta petición responde a un planteamiento protocolario de rutina en el que se ruega esta iniciativa ante la ausencia de datos endoscópicos que avalen la sintomatología del paciente, generalmente diarrea incoercible. Esta postura contrasta con la de una petición formal para descartar las variantes linfocítica y colágena, principales entidades englobadas en el concepto de colitis microscópica, solicitud que creemos debería venir acompañada de una comprobación previa por parte del clínico de los criterios clínicos que avalan dicho diagnóstico<sup>1,2</sup>. Entendemos que solo así el patólogo afrontará el diagnóstico sabiendo que previamente se cumplen los criterios no histológicos para el mismo. Distinguimos, pues, 2 situaciones distintas; enfrentarnos a descartar o afirmar un diagnóstico de colitis microscópica sabiendo si previamente se cumplen o no los criterios clínicos de la misma.

¿Es importante plantear esta dicotomía? Creemos sinceramente que sí. Desde el punto de vista histológico, la mucosa intestinal responde a las distintas agresiones con un corto repertorio de cuadros morfológicos los cuales deben de ser conocidos y reconocidos por el patólogo para ser interpretados a la luz de los datos clínicos, muchas veces

inexistentes, que le han sido remitidos<sup>3,4</sup>. Es habitual que, tras un detallado estudio de la muestra (aleatoria), solo haya podido establecerse un diagnóstico de colitis inespecífica o cambios inflamatorios inespecíficos tras la identificación de células inflamatorias en la lámina propia como único hallazgo. Teniendo en cuenta que a este nivel es completamente normal encontrar células inflamatorias habrá que presentar recurrencias a cuantificar estos signos inflamatorios (proceso no estandarizado que además consume tiempo) con el fin de identificar aquellos casos que realmente representen inflamación. A este respecto es importante comentar que a nivel del colon derecho-ciego esta celularidad es más voluminosa que a nivel del colon izquierdo-recto. Observamos un escenario subjetivo al que hay que añadir la ausencia de información, circunstancias que, lógicamente, influirán en la precisión diagnóstica y por ende en el número de diagnósticos emitidos confirmando colitis microscópica de tipo colágena y linfocitaria<sup>3-5</sup>.

No obstante, la aplicación histórica del término de colitis microscópica (Read 1980) en las biopsias de pacientes sintomáticos sin cambios en la endoscopia y pruebas de imagen con cambios inflamatorios microscópicos está paulatinamente dando lugar a una subcategorización morfológica en la que el patólogo tiene mucho que decir. El diagnóstico histológico de colitis linfocítica y/o colágena se basa en la identificación de una celularidad inflamatoria visiblemente aumentada a nivel de lámina propia. Esta celularidad será de tipo mixto, con predominio de células plasmáticas pero con la contribución de linfocitos y eosinófilos sin cambios glandulares llamativos asociados. Quizás la diferencia más significativa sea la identificación de una banda colágena subepitelial en los casos de colitis colágena, más evidente o gruesa en colon derecho que en los tramos terminales aunque a veces es necesario presentar recurrencias a tinciones auxiliares como la tinción tricrómica de Masson para su confirmación.

Para complicar aún más la cuestión, la banda colágena y el alto número de linfocitos son hallazgos inespecíficos que adquieren su valor diagnóstico en un contexto clínico determinado, pues pueden ser exhibidos por distintos cuadros colónicos que no constituyen variantes de colitis microscópica *per se*<sup>5</sup>. La presencia de lesión inflamatoria epitelial, linfocítica o neutrofílica podría decantar el diagnóstico, pero las distintas descripciones en la literatura demuestran que no siempre está presente. Por tanto, y para concluir con esta reflexión, el patólogo puede ser de gran

ayuda a la hora del diagnóstico de colitis microscópica y sus variantes aunque debe de recibir la información clínica necesaria (cumplimiento de criterios clínicos y hallazgos endoscópicos) para que dicha categoría diagnóstica aparezca justificadamente reflejada en sus informes.

## Bibliografía

1. Fernández Bañares F, Salas A, Esteve M. Pitfalls and errors in the diagnosis of collagenous and lymphocytic colitis. *J Crohns Colitis*. 2008;2:343-7.
2. Munch A, Aust D, Bohr J, Bonderup O, Fernández Bañares F, Hjortswang H, et al., European Microscopic Colitis Group (EMCG). Microscopic colitis: Current status, present and future challenges. Statements of the European Microscopic Colitis Group. *J Crohns Colitis*. 2012;6:932-45.
3. Odze RD, Goldblum JR, Crawford JM. *Surgical Pathology of the Gastrointestinal Tract*. En: *Biliary Tract and Pancreas*. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2004.
4. Greenson. *Diagnóstico en Patología Gastrointestinal*. Madrid: Amirsis-Marban; 2013.
5. Montgomery EA. *Biopsy Interpretation of the Gastrointestinal Tract Mucosa*. Biopsy Interpretation Series. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2006.

Francisco Javier Torres Gómez

*Unidad de Anatomía Patológica, Laboratorio Dr. Torres de Anatomía Patológica y Citología (CITADIAG SL), Sevilla, España*

*Correo electrónico: javiertorresgomez@yahoo.es*  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.j.gastrohep.2014.06.006>

## Hematemesis en paciente de 80 años con dolor torácico y náuseas



### Hematemesis in an 80-year-old patient with chest pain and nausea

*Sr. Director:*

Se trata de una mujer de 80 años que acude al servicio de urgencias por dolor torácico, náuseas y disnea. Como antecedentes personales destacaba un infarto agudo de miocardio no Q con colocación de stent farmacoactivo sobre la arteria descendente anterior 2 años antes. Recibía tratamiento con AAS 100 mg y clopidogrel 75 mg cada 24 horas. Ya en urgencias, se objetiva un único episodio de hematemesis, encontrándose la paciente en todo momento estable hemodinámicamente. La analítica extraída mostraba una hemoglobina en 12,4 g/dl y unas plaquetas en 300.000/mm<sup>3</sup>, sin otras alteraciones.

Se realiza TAC toraco-abdominal para descartar patología aórtica aguda, mostrando este un engrosamiento de la pared del tercio distal esofágico, sin otros hallazgos patológicos. Tras el mismo, se realiza una endoscopia digestiva alta objetivándose un hematoma longitudinal (fig. 1) que ocupa aproximadamente el 20% de la luz a nivel de tercio medio e inferior esofágico. Se asienta sobre una mucosa edematosa, sin apreciar en ella sangrado activo ni rotura de la misma (fig. 2).

La paciente fue tratada de manera conservadora mediante reposo digestivo, sueroterapia y analgesia sin ocurrir nuevos eventos hemorrágicos ni de dolor.

El hematoma esofágico espontáneo es una entidad poco frecuente. La forma de presentación más común es el dolor torácico, seguido de disfagia u odinofagia y/o hematemesis, tal y como ocurre en nuestro paciente. Aparece comúnmente en pacientes bajo tratamiento con antiagregantes y/o anticoagulantes y sobre todo en mujeres de edad avanzada<sup>1</sup>. La mayoría de los casos descritos afectan al

tercio distal esofágico, probablemente por desaparición de la musculatura estriada a este nivel y por tanto, mayor debilidad de la pared del órgano.

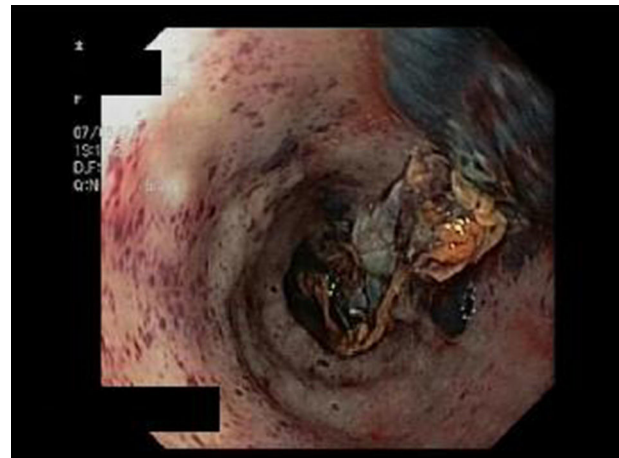


Figura 1 Hematoma longitudinal en esófago medio.

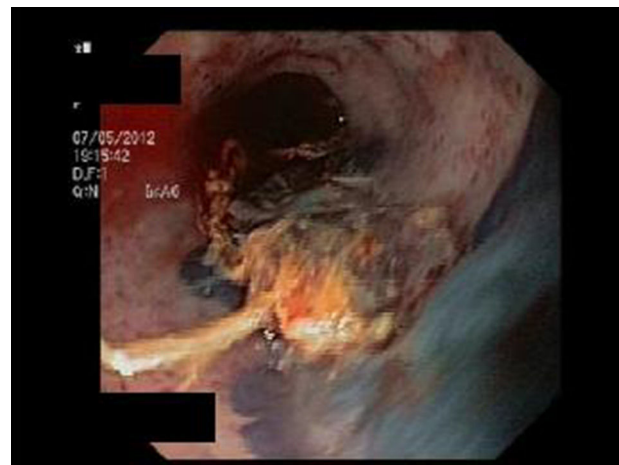


Figura 2 Hematoma esofágico ocupando un 20% de la luz.