

nica tras iniciar tratamiento para el SBID, que además se ha mantenido en el tiempo y que no se alcanzó con ningún otro de los tratamientos empleados.

Pese a las limitaciones para el estudio de la microbiota intestinal, el SBID es una entidad de fácil diagnóstico gracias a las pruebas de detección de hidrógeno en aire aspirado tras sobrecarga oral de soluciones con glucosa o lactulosa. Su patogenia es multifactorial, destacando el enlentecimiento del tránsito y la rotura de las barreras anatómicas intestinales como mecanismos desencadenantes. Por ello se relaciona con entidades como la diverticulosis de intestino delgado, las estenosis, la enfermedad inflamatoria, el síndrome de intestino irritable o las resecciones quirúrgicas⁵. En cambio, no está investigada su asociación con la malrotación intestinal, pero teniendo en cuenta las analogías etiopatogénicas de la malrotación intestinal con algunas de las enfermedades que se asocian con el SBID, creemos que sí pueda existir esta relación entre ambas entidades.

En nuestra opinión, la malrotación intestinal ha de tenerse presente en el estudio de los síntomas digestivos inespecíficos y creemos útil la búsqueda del SBID cuando los síntomas sean compatibles o no exista mejoría con otros tratamientos. Sin embargo, para confirmar la asociación de estas 2 patologías es necesario la realización de estudios específicos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Dr. Abel Gregorio Hernández y a Ana Serrano Prats.

Bibliografía

1. Santos-Seoane SM, Alvarez-Suárez AM, Sánchez-Suárez L, Acebal-Berruete R. Jejuno-jejunal invagination in a patient with intestinal malrotation. *Cir Esp*. 2019;97:175.
2. McVay MR, Kokosca ER, Jackson RJ, Smith SD. The changing spectrum of intestinal malrotation: Diagnosis and management. *Am J Surg*. 2007;194:712–7.
3. Eccleston JL, Su H, Ling A, Heller T, Koh C. Gastrointestinal: Adult presentation of intestinal malrotation. *J Gastroenterol Hepatol*. 2016;31:1382.
4. Núñez-Gómez L, Arribas-Anta J, Martínez-González J. Malrotación intestinal: una causa infrecuente de dolor abdominal crónico recurrente. *Gastroenterol Hepatol*. 2018;41:270–1.
5. Pimentel M, Saad RJ, Long MD, Rao SC. ACG clinical guideline: Small intestinal bacterial overgrowth. *Am J Gastroenterol*. 2020;115:165–78.

Carlos Alventosa Mateu*,
Paola Concepción Núñez Martínez,
Génesis Aurora Castillo López y Andrea Pascual Romero

Servicio de Medicina Digestiva, Hospital de Dénia Marina Salud, Dénia, Alicante, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: almacar84@hotmail.com
(C. Alventosa Mateu).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.04.008>
0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Colitis apoptótica por dolutegravir



Apoptotic colitis owing to dolutegravir

Sr. Director:

La colitis apoptótica consiste en un conjunto de alteraciones histológicas que se caracterizan por la presencia de un aumento del número de cuerpos apoptóticos a nivel de la mucosa colónica. Dichos hallazgos son en sí inespecíficos, ya que pueden deberse a multitud de entidades clínicas tales como la enfermedad de injerto contra huésped, la infección por citomegalovirus o adenovirus, la inmunodeficiencia variable común o la enterocolopatía autoinmune, así como por el empleo de diferentes fármacos como el mico-fenolato mofetil, los inhibidores de CTLA-4 (ipilimumab), anti-PD1 (nivolumab, pembrolizumab y avelumab), aunque se ha relacionado también con otros¹. Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de colitis apoptótica secundaria a tratamiento antirretroviral con dolutegravir.

Un paciente varón de 54 años con infección crónica por virus de inmunodeficiencia humana de más de 20 años de evolución, sin complicaciones asociadas, salvo un descenso de linfocitos CD4 hasta un nadir de aproximadamente 200/mm³ en 1997, en tratamiento antirretroviral desde

entonces. Como antecedentes personales presenta consumo previo de fármacos por vía parenteral, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica, aneurisma ventricular izquierdo, esquizofrenia paranoide, hepatitis C genotipo 3 con respuesta viral sostenida y manteniendo posteriormente una buena función hepática y sin datos de fibrosis (6,8 kPa, F1), además de nefropatía secundaria a tenofovir. En julio del 2018 se encontraba en tratamiento con darunavir, ritonavir y lamivudina, realizando sustitución de darunavir por dolutegravir como segundo fármaco para optimización del tratamiento por menor toxicidad. Aproximadamente 2 semanas después del inicio de dolutegravir presenta diarrea de más de 6 deposiciones al día, líquidas, sin productos patológicos, permaneciendo en todo momento afebril. El coprocultivo, incluyendo la determinación de parásitos en heces, es negativo, siendo también la analítica sanguínea general normal salvo hallazgo de trombocitopenia leve. En la ecografía abdominal el único hallazgo es de esteatosis hepática. Se inicia tratamiento con loperamida, disminuyendo el número de deposiciones, pero persistiendo la consistencia líquida. Por este motivo se realiza una ileocolonoscopía observando una mucosa colónica sin alteraciones macroscópicas, con divertículos de distribución pancolónica y un adenoma tubular de 5 mm en el colon transversal, que se reseca. Además, se toman biopsias múltiples de

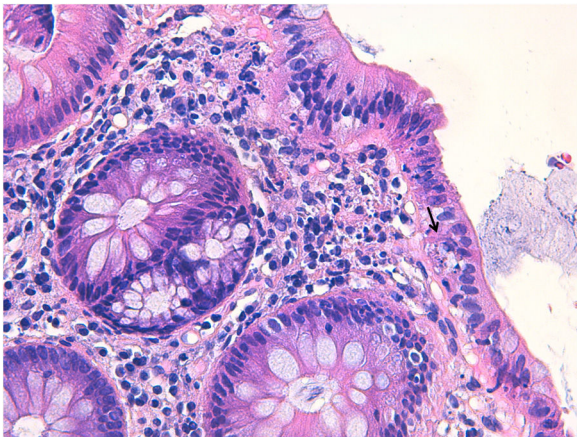


Figura 1 Hallazgos compatibles con colitis apoptótica, donde se observa un cuerpo apoptótico en el epitelio colónico (flecha, hematoxilina-eosina $\times 400$).

ciego/ascendente, transverso y sigma para completar el estudio de diarrea. El diagnóstico histológico de las biopsias de los diferentes segmentos colónicos muestra una mucosa de intestino grueso de arquitectura conservada, con una lámina propia con edema y un ligero infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, observando además tanto en el epitelio de superficie como en la lámina propia superficial frecuentes apoptosis, sin identificarse microorganismos, y siendo compatible con una colopatía apoptótica (fig. 1). La técnica de inmunohistoquímica correspondiente a citomegalovirus fue negativa. Tras la sustitución de dolutegravir por darunavir, se resolvió el cuadro rápidamente.

El dolutegravir es un antirretroviral perteneciente al grupo de los inhibidores de la integrasa. Entre sus efectos adversos más frecuentes se encuentra la diarrea, que puede observarse hasta en un 18% de los pacientes según su ficha técnica. De todas formas, en la literatura solo existe un caso descrito de diarrea por colitis apoptótica asociada a este fármaco², por lo que presentamos este caso dada la escasa frecuencia de esta entidad. Además, en un caso adicional se ha relacionado este tratamiento con el desarrollo de una colitis linfocítica, por lo que también debería considerarse dentro de las posibles causas de diarrea en estos

pacientes³. La colopatía apoptótica se ha relacionado con otros fármacos como el micofenolato mofetil, el ipilimumab, el nivolumab, el pembrolizumab y el avelumab⁴. En cuanto al manejo de esta entidad, es de vital importancia un alto índice de sospecha, seguido de una detallada historia clínica que puede permitir identificar el fármaco asociado a este trastorno y proceder a su retirada, que constituye la base del tratamiento.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Karamchandani DM, Chetty R. Apoptotic colopathy: A pragmatic approach to diagnosis. *J Clin Pathol*. 2018;71:1033–40.
2. Bares SH, Sandkovsky US, Talmon GA, Hutchins GF, Swindells S, Scarsi KK. Dolutegravir-induced Colitis in an HIV-infected patient. *J Antimicrob Chemother*. 2016;71:281–2.
3. McLelland CJ, Tseng AL, Walmsley SL, Chakrabarti S. Lymphocytic colitis in an HIV positive patient: Is dolutegravir the cause? *AIDS*. 2019;33:1265–6.
4. Weber A, Marques-Maggio E. Apoptotic colonopathy under immunosuppression: Mycophenolate-related effects and beyond. *Pathobiology*. 2013;80:282–8.

Noelia Martín-Vicente^a, Iago Rodríguez-Lago^{a,b},
Inmaculada Barredo Santamaría^c y José Luis Cabriada^{a,b,*}

^a Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao, Vizcaya, España

^b Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces Bizkaia, Barakaldo, Vizcaya, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao, Vizcaya, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jcabriada@gmail.com (J.L. Cabriada).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.01.018>

0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.