

Colitis colagenosa, una causa poco estudiada de diarrea crónica. Reporte de caso

Collagenous colitis, an understudied cause of chronic diarrhea.
Case report

■ Sánchez León Juan Sebastián¹, Parra Álvarez Marcela Nataly²,
Tigsi Mendoza Luis Gabriel³

VOLUMEN 40 | N° 1 | ABRIL 2022

FECHA DE RECEPCIÓN: 16/06/2021
FECHA DE APROBACIÓN: 27/04/2022
FECHA PUBLICACIÓN: 30/04/2022

RESUMEN

Introducción: la colitis colagenosa es un subtipo de colitis microscópica, que se presenta como un cuadro de diarrea sin sangre, de inicio insidioso con períodos de remisión, exacerbación y dolor abdominal. Tiene una prevalencia de 10 a 15 por 100 000 habitantes.

Caso clínico: paciente de 27 años con cuadro de diarrea acuosa de 1 año 6 meses de evolución, asociado al consumo de alimentos y acompañado de malestar abdominal, presenta incremento de la frecuencia evacuatoria. Se realiza calprotectina fecal con resultado de 516 ug/g por lo que se decide endoscopia digestiva alta y baja, con hallazgo endoscópico normal y de histopatología con reporte de colon compatible con colitis colagenosa. Se aplican restricciones dietéticas y de medicamentos desencadenantes; se inicia terapia con subsalicilato de bismuto obteniendo mejoría.

Conclusión: en caso de diarrea crónica no filiada, el estudio debe ser exhaustivo para un diagnóstico certero, como en este caso de colitis colagenosa para definir un tratamiento específico.

Palabras clave: colitis microscópica, diarrea, colitis colagenosa.

-
1. Posgradista en la Santa Casa de Misericórdia Porto Alegre. Especialidad Neurología Clínica. Porto Alegre-Río Grande do Sul-Brasil
 2. Maestrante en Nutrición y dietética. Universidad de las Américas. Porto Alegre-Río Grande do Sul. Brasil.
 3. Hospital Regional Vicente Corral Moscoso. Gastroenterología. Cuenca - Ecuador

Caso Clínico | Clinical Case

<https://doi.org/10.18537/RFCM.40.01.08>

Correspondencia:
juansebastian1516@hotmail.com

Dirección:
Travessa Tuyuty, 74 e Rua Avai

Código Postal:
90050270

Celular:
55 51 995158923

Porto Alegre - Brasil

ABSTRACT

Introduction: collagenous colitis, is a subtype of microscopic colitis, which presents as a picture of diarrhea without blood, of insidious onset with periods of remission, exacerbation and abdominal pain. It has a prevalence of 10 to 15 per 100 000 inhabitants.

Clinical case: It is a case of a 27-year-old patient with watery diarrhea of 1 year 6 months of evolution, associated with food consumption and accompanied by abdominal discomfort, this person presents an increase in evacuation frequency. Fecal calprotectin was performed with a result of 516 ug/g, so upper and lower gastrointestinal endoscopy was decided, with normal endoscopic findings and histopathology with a colon report compatible with collagenous colitis. Food and trigger medication restrictions apply; therapy with bismuth subsalicylate is started, obtaining improvement.

Conclusion: in the case of unknown chronic diarrhea, the study must be exhaustive for an accurate diagnosis like this case of collagenous colitis to define a specific treatment.

Key words: colitis microscopic, diarrhea, colitis collagenous.

INTRODUCCIÓN

La colitis colagenosa es un subtipo de colitis microscópica similar a la colitis linfocítica¹. La presentación clínica de estas enfermedades y sus variantes, así como la evolución y su tratamiento son los mismos por lo que se estudian dentro de un solo grupo. Su característica es la inflamación crónica en el colon, presentándose clínicamente como un cuadro de diarrea acuosa no sanguinolenta^{1,2}.

Descrita por primera vez en el año de 1976², se estima en general que las colitis microscópicas representan de un 4% al 13% del total de causas de diarrea crónica³, en Europa su prevalencia es de 10 a 15 por 100 000 habitantes, en Norte América de 3 a 4 por 100 000 habitantes^{3,4}.

El diagnóstico de la colitis colagenosa es histológico, caracterizado por la presencia de una banda colágena subepitelial en colon mayor a 10 micrómetros, más evidente entre las criptas⁵.

En todos los pacientes que presenten diarrea crónica es de gran importancia considerar el diagnóstico de colitis microscópica, incluyendo la colitis colagenosa, ya que al ser una patología poco frecuente puede ser pasada por alto y no recibir el tratamiento adecuado.

El tratamiento a diferencia de otras enfermedades inflamatorias del sistema digestivo como la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn, tiene como primera línea el uso del budesonida⁶, corticoide oral que es utilizado por tener mayor acción local y poca biodisponibilidad sistémica, generando menos efectos adversos en los pacientes. Además, como segunda línea se debe considerar: mesalazina, colestiramina, subsalicilato de bismuto; sumados a medicación para manejo sintomático (antidiarreicos) y el retiro de cualquier alimento o medicamento que pudiera ser desencadenante de episodios diarreicos^{7,8}.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 27 años con antecedentes de rinitis alérgica, dermatitis y conjuntivitis tratado con antihistamínicos, además de asma bronquial manejado con salbutamol de rescate y también un diagnóstico previo de reflujo gastroesofágico en tratamiento con omeprazol. Presenta sin

causa aparente cuadro clínico de 1 año 6 meses caracterizado por diarrea tipo acuosa no sanguinolenta con una frecuencia evacuatoria promedio de 4 deposiciones al día en moderada cantidad, con periodos de exacerbaciones y remisiones, en relación con ciertos alimentos como café, cerveza y bebidas gaseosas, acompañado de malestar abdominal; es tratado como un cuadro de síndrome de intestino irritable tipo diarrea con fibra y mebeverina. Las manifestaciones clínicas se exacerbaban dos semanas antes de acudir a la evaluación con deposiciones diarreicas en mayor frecuencia (6 veces al día) atribuyendo el cuadro

a la ingesta de comida rápida, de manera empírica se administra tratamiento a base de secnidazol y albendazol sin mejoría. Ante la sospecha de un proceso inflamatorio intestinal se solicitan exámenes complementarios iniciales (Tabla N°1).

Examen físico: sin hallazgos patológicos aparentes al momento de la evaluación. Peso adecuado, no se registra pérdida del mismo. Sin signos clínicos de mala absorción como astenia, distensión abdominal, flatulencia, heces voluminosas o esteatorrea.

Tabla N°1

Exámenes complementarios iniciales

Heces	Color: café, Aspecto: homogéneo, Consistencia: blanda, Moco: negativo, Leucocitos: ausentes, Hematíes: ausentes, Restos vegetales: ausentes, Almidones: negativo, Grasas: negativo, Monilias: negativo, Flora Bacteriana: normal, no se observan parásitos, Polimorfonucleares: 0%
Sangre oculta	Negativo.
Calprotectina fecal	516.6 ug/g (positivo mayor 200)

Con estos hallazgos iniciales por el valor patológico de la calprotectina fecal se decide inicio de estudio para diarreas de origen inflamatorio (Tabla N°2).

Tabla N°2

Exámenes complementarios secundarios

Biometría	Sin Hallazgos patológicos
Vsg	23 mm/1h (0 – 22 mm/1h)
Pcr	0.08 mg/dl (0.01 – 0.5)
Ferritina	221.9 ng/ml (28 – 397 ng/ml)
Hiv	No reactivo
Heces	Características similares al anterior. Coprocultivo: Negativo
Sangre oculta	Negativa
Calprotectina fecal	364.6 ug/g (positivo mayor a 200)

Por el valor de la calprotectina fecal, se toma la decisión de realizar video endoscopia alta (Imagen N°1) y baja (Imagen N°2) para toma de biopsias (Imágenes N°3, N°4 y N°5).

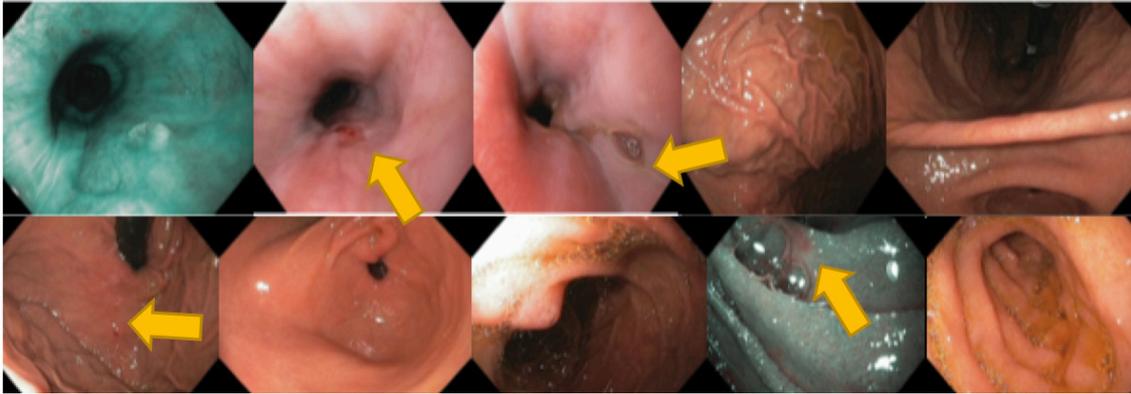


Imagen N°1

Endoscopia digestiva alta: se observan imágenes compatibles con gastropatía eritematosa.



Imagen N°2

Colonoscopia más ileoscopia: se observa íleon nodular (flecha amarilla), con sospecha hiperplasia nodular linfocitaria. Colitis izquierda leve (flecha azul) - biopsias

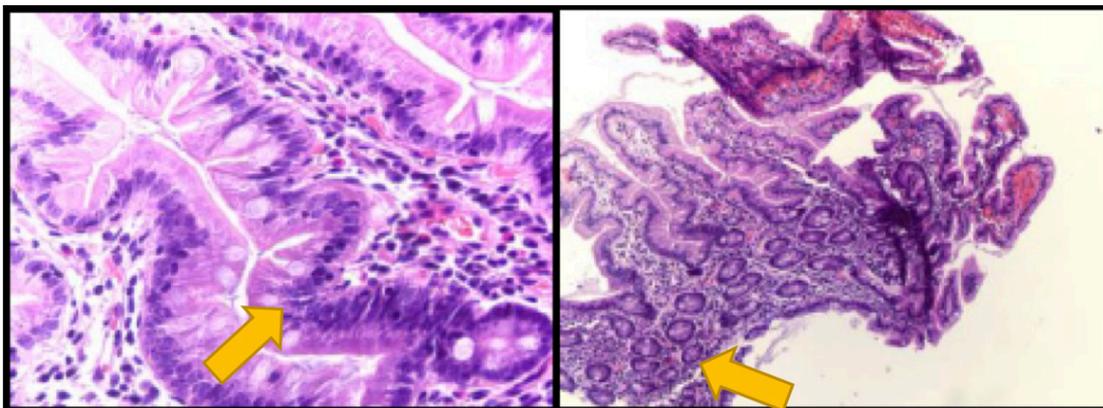


Imagen N°3

Biopsia de duodeno: se observa duodenitis crónica activa pseudopolipósica.

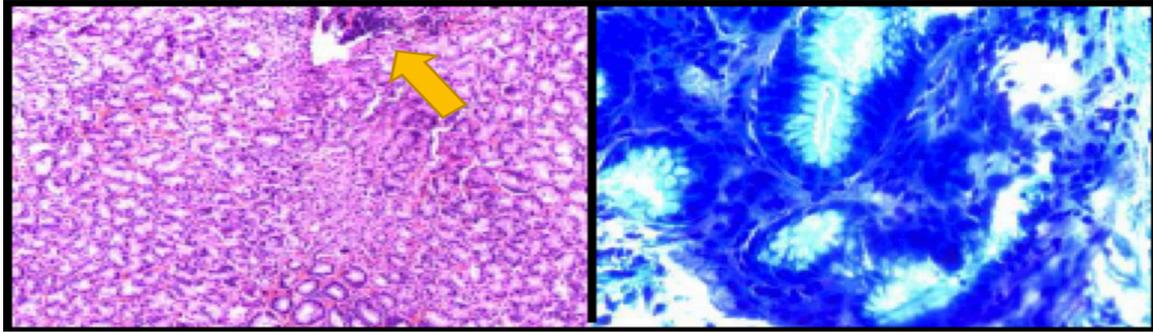


Imagen N°4

Biopsia gástrica: gastritis crónica superficial y profunda en mucosa de antro, *Helicobacter Pylori*: negativo

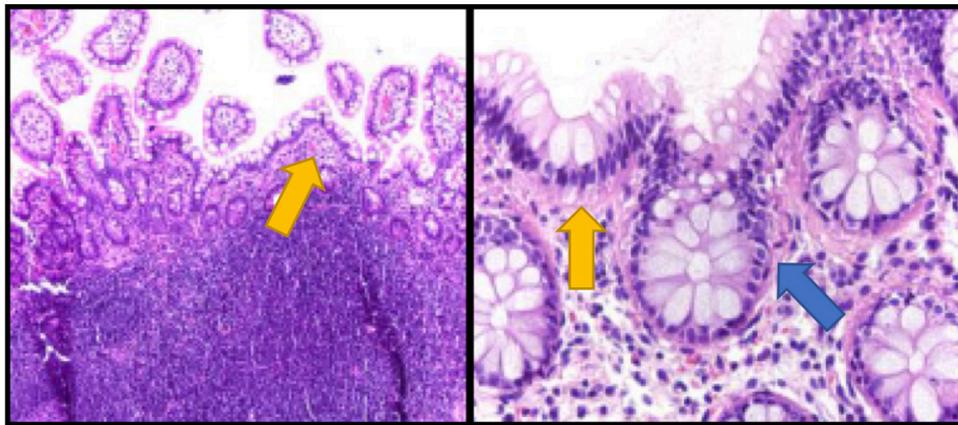


Imagen N°5

Biopsia de íleon y de colon: ileítis crónica (flecha azul), banda colágena subepitelial en colon compatible con colitis colagenosa (flecha amarilla)

Con el resultado de las biopsias, sumado a las características clínicas del paciente se diagnostica de colitis colagenosa; siendo inicialmente el principal objetivo terapéutico la remisión clínica, consiguiéndose la disminución de deposiciones por día a una cantidad menor a 3. En primera instancia se recomendó evitar ciertos alimentos como lácteos, cafeína, colorantes y gluten que pueden exacerbar el cuadro. Así como suspender el uso del omeprazol, siendo uno de los más asociados con esta patología^{9,1}. Con la evidencia disponible se decide iniciar el uso de salicilato de bismuto en dosis de 262 mg 3 veces al día, ya que tiene propiedades antiinflamatorias, antidiarreicas y antibióticas además se ha demostrado que induce la remisión de los síntomas y desaparición de la banda de colágeno¹⁰.

Se recomiendan antidiarreicos como loperamida, corticoides tipo budesonida oral, los cuales mejoran

los síntomas de dolor abdominal, la consistencia de las heces y su calidad de vida, ya que induce y mantiene dicha remisión clínica e histológica^{10,9}; sin embargo, se descarta su uso debido a que en el país no se dispone de los mismos.

El paciente experimentó mejoría clínica a la semana del tratamiento instaurado, con disminución de la frecuencia evacuatoria a menos de 3 al día y de consistencia semisólida, se decide mantener el tratamiento con salicilato de bismuto por 8 semanas, así como medidas dietéticas pautadas. Luego de este período las características de las deposiciones y la frecuencia evacuatoria persisten dentro de objetivos mencionados, negando deposiciones líquidas, así como ausencia de dolor abdominal, urgencia fecal o incontinencia. En este momento se decide suspender la medicación oral y mantener únicamente medidas dietéticas enfocadas en evitar cualquier desencadenante

de los síntomas, sugiriendo seguimiento por especialista en nutrición. La calidad de vida mejoró significativamente, ya que al desaparecer las deposiciones líquidas ha logrado desenvolver su vida de manera normal.

DISCUSIÓN

La colitis colagenosa se manifiesta con deposiciones diarreicas crónicas, como en el caso clínico presentado, de más de un año de evolución, de característica acuosa y en ausencia de sangre¹¹. Dicha enfermedad afecta con mayor frecuencia a las mujeres y respecto al rango de edad en su mayoría después de los 50 años, aunque puede presentarse a cualquier edad, existiendo estudios con diagnósticos de pacientes de 40 años o incluso más jóvenes como el caso de la variedad colagenosa¹².

Debido a que existe una fuerte asociación entre la colitis colagenosa y ciertas enfermedades autoinmunes como por ejemplo tiroiditis, diabetes mellitus tipo I y artritis oligoarticular no erosiva¹² es importante valorar clínicamente y descartar estas posibilidades en el paciente, las cuales han sido estudiadas y se evidencia ausencia de las mismas. Se analizó el antecedente alérgico, pues la disfunción motora intestinal podría tener relación con un proceso inflamatorio ante la presencia de un alérgeno¹². Así como descartar cuadro de gastroenteritis eosinofílica como un diagnóstico diferencial por los antecedentes del paciente.

Al ser los medicamentos unos de los principales desencadenantes de episodios agudos de colitis, se estudió en el interrogatorio sobre el consumo de los principalmente asociados: AINES, inhibidores de la bomba de protones, estatinas, e inhibidores de la recaptación de serotonina^{13,10}, entre los cuales el paciente menciona consumo de omeprazol. De igual manera los pacientes pueden mejorar al suspender la ingestión de secretagogos intestinales como la cafeína.

Aproximadamente la mitad de los casos de colitis microscópica cumplen criterios de síndrome de intestino irritable tales como períodos de estreñimiento, distensión y dolor abdominal. Según un estudio realizado en la ciudad de México, se demuestra una prevalencia de colitis microscópica del 18% en pacientes con criterio para dicha enfermedad con predominio de diarrea^{2,14}, es por eso que de acuerdo al algoritmo de la Sociedad

Española de Gastroenterología, ante la sospecha de éste síndrome, como en el caso presentado, se debe solicitar el estudio de la calprotectina fecal, ya que posee una elevada sensibilidad y especificidad¹⁵, marcador inflamatorio que se evidencia aumentado en el examen de heces del paciente. Posterior a este resultado alterado se sugiere la realización de colonoscopia con toma de biopsias^{10,15}, procedimiento diagnóstico que se aplicó en el caso.

En cuanto a los hallazgos macroscópicos, en la colonoscopia se evidencia aparente normalidad; sin embargo, es necesario la toma de muestras de biopsia para establecer el diagnóstico, que de acuerdo a la literatura se caracteriza por una banda colágena subepitelial^{10,16}, tal como se describe en el estudio histopatológico del paciente.

Los resultados del laboratorio clínico, los exámenes complementarios comúnmente son normales, aunque puede presentar anemia leve y VSG elevada^{16,10} se ha estudiado que son manifestaciones inespecíficas, en el paciente del caso dichos valores se encuentran dentro del rango normal.

Respecto al manejo clínico, el pilar fundamental es la disminución de las evacuaciones líquidas por día, lo cual se ha logrado con la instauración del tratamiento. Se ha eliminado el consumo de los fármacos desencadenantes como es el caso de IBP^{16,10}. La budesonida es el medicamento más estudiado para la colitis microscópica, ya que en varios estudios y metaanálisis de Cochrane se ha demostrado superior al efecto placebo, al inducir remisión clínica en el 80% de casos aproximadamente, demostrando ser superior a la prednisolona y con menores efectos adversos. La Sociedad Americana de Gastroenterología, recomienda el uso de budesonida como tratamiento de primera línea ya que logra la remisión clínica en un promedio de 7-13 días^{6,16}; sin embargo, en Ecuador no se dispone del mismo, por lo que es necesario buscar otras alternativas. No se ha decidido recomendar el uso de prednisona ya que la bibliografía sugiere que no existe suficiente evidencia en su uso^{16,1} debido a que reduce la inflamación del colon, mas no disminuye el grosor de la banda de colágeno además presenta un mayor riesgo de efectos adversos, así como recaída al momento de suspender el tratamiento^{16,17,10}.

Existen datos que sugieren que otros tratamientos pueden ser efectivos en estos pacientes.

Destacan por la mayor experiencia en su uso los antibióticos (metronidazol, eritromicina, penicilina G), la mepacrina y el subsalicilato de bismuto¹⁸. Se decidió el uso de salicilato de bismuto como terapia de segunda línea^{18,4,6}, ya que se ha evidenciado en un estudio que ayuda en la disminución de la frecuencia fecal, así como mejora en la consistencia de las heces y disminución del grosor de la banda de colágeno^{18,12}.

El uso de inmunomoduladores podría ser una alternativa en caso de que fracase la terapia con budesonida y agentes antidiarreicos^{18,10}; sin embargo, en el caso presente no ha sido necesario ya que se ha visto una mejoría clínica. Finalmente, la cirugía se ha planteado como alternativa en casos severos y refractarios al tratamiento médico^{18,11} con derivación del tránsito intestinal mediante una ileostomía o la proctocolectomía total con ileostomía, pero sin evidencia para ser recomendada ya que ha respondido adecuadamente a la terapia iniciada.

En este caso se puede observar una mejoría de los síntomas en pocos días, sin embargo, la resolución completa del cuadro requiere de 6 a 8 semanas, es por eso que se envía el tratamiento para este período de tiempo, bajo supervisión médica permanente, acompañado de una dieta adecuada.

CONCLUSIÓN

La colitis colagenosa es una enfermedad inflamatoria intestinal poco estudiada por lo que se convierte en una causa frecuente de diarrea crónica.

Una correcta anamnesis acompañada del estudio histopatológico permitirá llegar al diagnóstico certero con el cual se puede mejorar el manejo y la calidad de vida de estos pacientes.

Pese a la ausencia de medicamentos estándar en Ecuador para el manejo, como budesonida y loperamida, se logra remisión clínica y alivio en la sintomatología con el tratamiento de segunda línea disponible, acompañado de mejora en medidas dietéticas.

ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente estudio se efectuó bajo total confidencialidad de datos personales del paciente y con el respectivo consentimiento informado

PERSPECTIVA DEL PACIENTE

El conocer cuál es la causa de mis síntomas, es una tranquilidad pues saber que es algo tratable con evolución favorable alivia la ansiedad que la enfermedad pudo generar en mí. Al tener claro el diagnóstico, el tratamiento específico me hace sentir confiado que el problema seguirá mejorando hasta el punto de no interferir en mis actividades diarias.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Sánchez León Juan Sebastián. Médico. Especialista en Medicina Interna. Posgradista en la Santa Casa de Misericordia Porto Alegre. Especialidad Neurología Clínica. Porto Alegre-Río Grande do Sul-Brasil.

e-mail: juansebastian1516@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9955-7030>

- Parra Álvarez Marcela Nataly. Médica. Maestrante en Nutrición y dietética. Universidad de las Américas. Porto Alegre-Río Grande do Sul. Brasil.

e-mail: gary_1156@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4131-4877>

- Tigsi Mendoza Luis Gabriel. Médico. Especialista en Gastroenterología. Hospital Regional Vicente Corral Moscoso. Especialidades Clínicas. Gastroenterología. Cuenca-Azuay-Ecuador.

e-mail: gabo9002@hotmail.es

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7166-8986>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Los autores declaran haber contribuido de manera similar en la elaboración del presente artículo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Fondos propios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. O'Toole A. Optimal management of collagenous colitis: a review, Clin Exp Gastroenterol. 2016; 9: 31–39. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4754103/>

2. Perez J. Colitis microscópica. *Revista de Gastroenterología de México* 2011; Supl.1(76):72-74. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-colitis-microscopica-articulo-X0375090611252703>
3. Ianiro G, Cammarota G, Valerio L, Annicchiarico B, Milani A, Siciliano M, Gasbarrini A. Microscopic Colitis. *World J Gastroenterol.* 2012;18(43):6206-6215. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23180940/>
4. Muñoz G. Colitis microscópica. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI* 2014;(611)471-476. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=51266>
5. Bohr J, Wickbom A, Hegedus A, et al. Diagnosis and management of microscopic colitis: current perspectives. *Clin Exp Gastroenterol.* 2014;7:273-284. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25170275/>
6. Nguyen G, Smalley W, Swaroop S, Carrasco A, Clinical Guidelines Committee. American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Medical Management of Microscopic Colitis. *Gastroenterology* 2016; 150: 242-246. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/136561/American-Gastroenterological-Association-Institute-Guideline.pdf;jsessionid=F9031D93885D27DDB9952DD6DC0568A1?sequence=1>
7. Beaugerie L, Pardi DS. Patients with drug-induced microscopic colitis should not be included in controlled trials assessing the efficacy of anti-inflammatory drugs in microscopic colitis. *Gastroenterology* 2009;137:1535. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2036.2005.02561.x>
8. Arasaradnam R, Brown S, Forbes A, et al. Guidelines for the investigation of chronic diarrhoea in adults: British Society of Gastroenterology, 3rd Edition. *Gut* 2018;67:1380-1399. Disponible en: <https://gut.bmj.com/content/67/8/1380>
9. Miehlike S, Guagnozzi D, et al. European guidelines on microscopic colitis: United European Gastroenterology (UEG) and European Microscopic Colitis Group (EMCG) statements and recommendations. *United European Gastroenterology Journal* 2020;0(0) 1-28. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2050640620951905>
10. Zabana Y, Ferrer C, Aceituno M, et al. Colitis microscópica: avances para una mejor identificación en los pacientes con diarrea crónica. *GastroenterolHepatol.* 2017;40(2):107-116. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-colitis-microscopica-avances-una-mejor-S0210570516000923>
11. Rojas R. Diagnóstico y manejo de la colitis microscópica. *Gastroenterología Latinoamericana* 2019;30(2)35-38. Disponible en: <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2019s1000.07.pdf>
12. Bauta J, Pupo A. Colitis microscópica. *Correo Científico Médico* 2017;21(2):526-539. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000200017&lng=es.
13. Betancourt S, García D, Garrido M, et al. Colitis microscópica: serie de casos y revisión de la bibliografía. *Revista médica MD* 2019;10(4):265-270. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2019/md194f.pdf>
14. Prieto R, Prieto E. Colitis microscópica, un diagnóstico en aumento. *Revista Colombiana de Gastroenterología.* 2019;34(4):399-403. DOI: <https://doi.org/10.22516/25007440.377>
15. Balboa A, Ciriza C, Delgado S, et al. Documento de actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre el síndrome del intestino irritable. Asociación Española de Gastroenterología. 2017. Disponible en: https://www.aegastro.es/documents/contenidos/siendrome_del_intestino_irritable.pdf
16. Mellander MR, Ekbohm A, Hultcrantz R, Löfberg R, Öst A, Björk J. Microscopic colitis: a descriptive clinical cohort study of 795 patients with collagenous and lymphocytic colitis. *Scand J Gastroenterol* 2016;51(5):556-562. DOI: 10.3109/00365521.2015.1124283 Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/00365521.2015.1124283?scroll=top&needAccess=true>

17. Rojo E, Casanova MJ, Gisbert JP. Tratamiento de la colitis microscópica: papel de la budesonida y nuevas alternativas en pacientes refractarios. *Rev Esp Enferm Dig* 2020;112(1):53-58. Disponible en: <https://www.reed.es/ArticuloFicha.aspx?id=4516&hst=0&idR=80&tp=1&AspxAutoDetectCookieSupport=1>
18. Chande N, Al Yatama N, Bhanji T, Nguyen, McDonald J, MacDonald. Interventions for treating lymphocytic colitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;7(7):CD006096. doi:10.1002/14651858.CD006096.pub4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6483541/>