

112382



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
DEPARTAMENTO DE COLOPROCTOLOGIA

"COLITIS MICROSCOPICA. EXPERIENCIA EN EL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO
MEDICO NACIONAL LA RAZA DEL IMSS"

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:

COLOPROCTOLOGIA

PRESENTA:

DRA. LIVIA RUTH PULIDO GARCIA

ASESORES DE TESIS:

DR. MARCO ANTONIO PULIDO MUÑOZ
DR. JESUS ARENAS OSUNA
DR. GUILLERMO GÓMEZ CAMPOS



MÉXICO, D.F.

2005

m347891



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

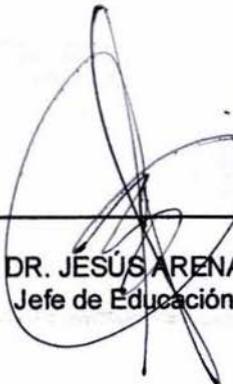
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**




DR. JESÚS ARENAS OSUNA
Jefe de Educación en Salud.


DR. MARCO ANTONIO PULIDO MUÑOZ.
Profesor Titular del Curso Universitario de Coloproctología.


DR. LIVIA RUTH PULIDO GARCÍA
Médico Residente de Coloproctología.

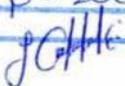


SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Livia Ruth Pulido García

FECHA: 19 - Sep - 2005

FIRMA: 

AGRADECIMIENTOS :

A mi madre, por el apoyo incondicional durante toda mi vida.

A mis padrinos Linda y Jorge, a Lucy y Ernesto, a mi hermano Israel y su esposa Mónica, a mis sobrinos y ahijados: Jalil, Leslie, Samanta, Marifer y Jorge.

A mis maestros los doctores: Fidel Rodríguez Rocha, Francisco Cuevas Montes de Oca, Marco Antonio Pulido Muñóz y Miguel Blas, por compartir conmigo sus conocimientos y experiencia, su ejemplo de lucha, vocación, constancia y trabajo son dignos de admiración. Gracias.

Muy especialmente a mi esposo Edson, por tu paciencia, comprensión y apoyo en todo momento: Te amo.

A mis compañeros de la residencia les deseo el mayor de los éxitos.

A todos los pacientes que contribuyeron a mi formación profesional.

A todos ustedes, éste sencillo homenaje.

Dra. Livia Ruth Pulido García.

**"COLITIS MICROSCOPICA. EXPERIENCIA EN EL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO
NACIONAL LA RAZA DEL IMSS".**

INDICE

	Página
• Resumen.....	6
• Abstract.....	7
• Introducción.....	8
• Material y Métodos.....	16
• Resultados.....	17
• Discusión.....	20
• Conclusiones.....	24
• Bibliografía	25
• Anexo I Tablas.....	28
• Anexo II Gráficas.....	33

RESUMEN.

Título:

COLITIS MICROSCOPICA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA DEL IMSS

Objetivo:

Presentar la experiencia sobre la Colitis Microscópica en el Hospital de Especialidades del centro Médico Nacional La Raza, IMSS; conocer edad de presentación, factores asociados, presentación clínica, hallazgos endoscópicos y tratamiento.

Material y métodos:

Esta serie de casos se efectuó en el Centro Médico Nacional La Raza de julio del 2000 a junio del 2005, seleccionando los casos de Colitis Microscópica con reporte histopatológico definitivo, incluyendo masculinos o femeninos. No se incluyeron a pacientes menores de 18 años o sin reporte histopatológico definitivo; se excluyeron otros tipos de colitis. Posteriormente se realizó una revisión en el Archivo de Patología y Archivo Clínico del Hospital.

Resultados:

Encontramos 12 casos de Colitis Microscópica, 7 (58.33%) femeninos y 5 (41.66%) masculinos, de los cuales 5 (41.66%) corresponden a Colitis Colagenosa, 4 (41.66%) a Colitis Eosinofílica y 2 (16.66%) a Colitis Linfocítica. La edad de presentación tuvo una media de 58 años. No encontramos vínculo entre tabaquismo y Colitis Microscópica, tampoco se correlacionó con los antecedentes personales.

El cuadro clínico más frecuente fue diarrea en 100% de los casos, dolor abdominal en 75%, pérdida de peso en 58.3%, distensión abdominal en 33.3% y debilidad generalizada en 25%. El tiempo de evolución presentó una media de 8.8 meses, con un promedio de 8.5 evacuaciones en 24 hrs. Se realizó estudio endoscópico al 100% de los casos, se observó una buena respuesta al manejo con aminosalicilatos.

Conclusiones:

La Colitis Microscópica debe sospecharse en casos de diarrea crónica. Se requiere realizar más estudios científicos sobre ésta entidad para conocer más acerca de epidemiología, etiología, presentación y tratamiento.

Palabras clave:

Colitis Microscópica, Colitis Colagenosa, Colitis Eosinofílica, Colitis Linfocítica.

SUMMARY.

Title:

MICROSCOPIC COLITIS. EXPERIENCE AT THE HOSPITAL OF ESPECIALIDADES OF THE CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA DEL IMSS.

Objective:

To present the experience about Microscopic Colitis in the Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional la Raza del IMSS; We investigated the age of presentation, associated factors, clinical presentation, endoscopic findings and treatment.

Material and methods:

This series of cases were taken in the Centro Medico Nacional La Raza, from July of the 2000 to June of the 2005, we selecting the cases of Microscopic Colitis with definitive histological report, including sex, masculine or feminine. There were no including patients smaller from 18 years or with out definitive histological reports; other types of colitis were excluded from this study. Later we review the files of Pathology and Clinical archives of the Hospital.

Results:

We founded 12 cases of Microscopic Colitis, 7 of them (58.33%) were female and 5 (41.66%) were masculine, from this, 5 (41.66%) corresponded to Collagenous Colitis, 4 (41.66%) to Eosinophilic Colitis y 2 (16.66%) to Lymphocytic Colitis. The mean of age was an average of 58 years. We does not find relation ship between smokers and Microscopic Colitis, at the same time there were no relation ship with personal antecedents.

The clinical findings was diarrhea most frequently, in 100% of the cases, abdominal pain in 75%, weight loss in 58.3%, abdominal distension in 33.3% and genetalized weakness in 25%. The evolution time has a mean of presentation of 8.8 months, with an average of 8.5 defecations per day. We realize endoscopic study in the 100% of the cases, and we observed good evolution with a treatment with aminosalicilatos.

Conclusions:

The Microscopic Colitis must be suspected in cases of chronic diarrhea. We need more scientific studies about this disease, to know more about epidemiology, etiology, presentation and treatment.

Words key:

Microscopic Colitis, Collagenous Colitis, Eosinophilic colitis, Lymphocytic colitis.

INTRODUCCION.

El término Colitis Microscópica describe un síndrome de diarrea crónica, con apariencia endoscópica de la mucosa del colon normal o no, y anomalías histopatológicas. Se caracteriza por linfocitosis intraepitelial del colon, expansión de la lámina propia con células inflamatorias aguda o crónica y preservación de la arquitectura de las criptas (1).

La colitis microscópica tiene dos subtipos: La colitis colagenosa y la colitis linfocítica, son similares clínicamente, pero histológicamente son distinguidos por la presencia o ausencia de una banda de colágena subepitelial (2,3).

La colitis colagenosa fue descrita en 1976 por Lindstrom para describir a los pacientes con diarrea crónica, con endoscopia y colon por enema normales e inflamación de la biopsia colónica (4).

El término colitis microscópica fue utilizado por primera vez por Read y colaboradores en 1980 para describir a un grupo de pacientes con diarrea crónica, con apariencia normal en la endoscopia y en el colon por enema, y alteración en la biopsia colónica (5).

La colitis linfocítica fue por primera vez descrita por Lazenby y colaboradores en 1989, quien lo incluyó en el grupo de las colitis microscópicas (6).

Se ha identificado otra entidad como causa de diarrea crónica: La enterocolitis eosinofílica, en la cual existe un infiltrado de eosinófilos y mastocitos alrededor de las criptas intestinales, tanto en el intestino delgado como en el colon (7).

La colitis microscópica corresponde a un 10% de los casos de diarrea crónica y son asociados con dolor abdominal y pérdida de peso. Endoscópicamente y

radiológicamente el colon tiene una apariencia normal. El diagnóstico se establece mediante biopsias. Típicamente se diagnostica entre la sexta a la octava décadas de la vida, y es predominante en el sexo femenino.

El diagnóstico de colitis colagenosa es más frecuente en pacientes con rangos de edad de los 58 a 68 años y un índice del género femenino/masculino con rangos de 4.8:1 hasta 9.0:1. La colitis linfocítica es similar, con una edad de presentación más frecuente de los 65 a los 70 años, con un índice femenino/masculino con rangos de 2.7:1 hasta 5.0:1. La incidencia y prevalencia de la Colitis Microscópica no está bien estimada (1, 8). En Europa, la Colitis Colagenosa tiene una incidencia con rangos de 0.6 a 5.2 casos por 100,000 habitantes y la Colitis Linfocítica va de rangos de 3.7 a 4.0 casos por 100,000 habitantes.

En Suecia en 1993 fueron encontrados 16 casos por 100,000 habitantes, cerca de 1 en 6,000. No se tienen estudios precisos acerca de la epidemiología de la colitis microscópica en Norte América, sin embargo extrapolando los estudios realizando en Europa, se sugiere que para una población de 291 millones en el 2003, hay aproximadamente 46,000 personas con colitis colagenosa, y aproximadamente 27,000 casos nuevos de colitis microscópica por año (1). En un estudio realizado en Perú, donde se tiene una alta prevalencia de gastroenteritis infecciosa, en 110 pacientes con diarrea crónica, a los cuales se tomaron biopsias colónicas se encontró una incidencia de 40% de colitis microscópica (9).

En Francia fueron diagnosticados 40 casos de colitis colagenosa durante la realización de 6254 colonoscopias lo que corresponde a una frecuencia de 6.4 por 1000 colonoscopias realizadas, cabe mencionar que las indicaciones para

la Colonoscopia no sólo fueron por diarrea, sino por varios síntomas gastrointestinales. Durante 1989 a 1993 fueron realizadas 4247 colonoscopias por varias indicaciones gastroenterológicas y fueron diagnosticados 25 casos de Colitis Colagenosa, con una frecuencia de 5.9 por 1000 colonoscopias en Suecia (8).

La patogénesis de la colitis microscópica es desconocida. Diversas hipótesis se han propuesto, tales como asociaciones autoinmunes o metabólicas (enfermedad tiroidea, artritis reumatoide, enfermedad celiaca, diabetes mellitus), influencias hormonales (por el predominio en mujeres), antecedentes familiares (¿asociaciones HLA?), agentes infecciosos (¿Clostridium difficile, yersinia, campilobacter, helicobacter pylori?), malabsorción de ácidos biliares, medicamentos (anti-inflamatorios no esteroideos, ticlopidina, lansoprazol, simvastatin, flutamida). Se ha encontrado un vínculo entre el consumo de tabaco y la colitis colagenosa (10-12).

Dado que se ha encontrado una infiltración inflamatoria marcada en la túnica propia de la mucosa colónica por linfocitos y células plasmáticas, leucocitos polimorfonucleares o eosinófilos, es decir, por células que aparecen en respuesta a bacterias, parásitos u otros agentes agresivos sobre la mucosa intestinal, se sugiere que los microorganismos intestinales patógenos juegan un papel importante como factor detonante de la Colitis Microscópica (9).

Dada la prevalencia de las enfermedades autoinmunes en la colitis microscópica, se sugiere la realización de velocidad de sedimentación globular y anticuerpos antinucleares, los cuales pueden estar elevados. Sin embargo en algunos estudios se ha encontrado que todos los exámenes de laboratorio son normales (11,13).

La colitis microscópica es una enfermedad rara, y la respuesta a los corticoesteroides apoya la teoría de que se trata de una enfermedad autoinmune (14), sin embargo se han realizado estudios en los que no se ha demostrado que la génesis de la colitis microscópica sea autoinmune (12).

Entre las manifestaciones clínicas, algunos pacientes presentan diarrea acuosa, crónica o intermitente, pueden tener evacuaciones también nocturnas, asociada con dolor abdominal y pérdida de peso, típicamente leve. Algunos pacientes presentan náuseas e incontinencia anal, pero sólo es la minoría (15). La diarrea acuosa resulta de la secreción activa de cloro por la mucosa del colon, seguida de movimiento pasivo de sodio y agua a la luz colónica (16). Se ha encontrado que los fibroblastos producen ciertos secretagogos, principalmente prostaglandina E2, por lo que se ha sugerido que la causa de la diarrea acuosa es una anomalía en la función de estas células. La absorción de agua se ve impedida por el daño a las células epiteliales, así como a la barrera mecánica que representa la capa subepitelial de colágena, en el caso de la colitis colagenosa (17).

El conteo de los linfocitos intraepiteliales está correlacionado con la presencia o ausencia de diarrea, pero no con la severidad de la misma (3).

Con la introducción de las técnicas de endoscopia en la investigación del colon y recto combinado con el examen histopatológico de las biopsias obtenidas, se tiene como resultado el reconocimiento de diferentes formas de colitis (18).

En algunos casos la Colonoscopia muestra la mucosa normal, otros, con anomalías leves como edema de la mucosa, eritema y cambios en el

patrón vascular de un 20 a 30% de los casos. La distribución de las anomalías histológicas en el colon y recto es variable (8,19).

Las biopsias colónicas muestran linfocitosis intraepitelial (>10 linfocitos por 100 células epiteliales). En ocasiones es más prominente en la superficie del epitelio que en las criptas. La lámina propia se expande por las células inflamatorias, tanto agudas como crónicas. La arquitectura de las criptas es preservada, en contraste a la colitis ulcerativa, donde se encuentra criptitis con infiltrado neutrofilico. El riesgo de desarrollar cáncer es similar que para la población general a diferencia de la CUCI. En algunos estudios se han reportado casos de colitis que cambian de un tipo a otro dentro del grupo de colitis microscópica en el periodo de seguimiento de los pacientes (18,19).

Dado que el diagnóstico se realiza mediante la toma de biopsias, cuando no es posible realizar Colonoscopia completa, la rectosigmoidoscopia flexible es suficiente para el diagnóstico.

La interpretación de las biopsias plantea al patólogo un reto diagnóstico, ya que existen variaciones de la arquitectura normal, por lo que debe haber evidencia de cambios histológicos, para ellos se han utilizado los Criterios Diagnósticos Histopatológicos:

COLITIS COLAGENOSA

- a) Distribución difusa de la banda de colágena >10 micrómetros.
- b) Daño epitelial
- c) Inflamación de la lámina propia con células mononucleares
- d) Incremento del número de linfocitos intraepiteliales puede estar presente

COLITIS LINFOCITICA

- a) Linfocitos intraepiteliales mayor o igual a 20 por 100 células epiteliales

- b) Daño epitelial
- c) Inflamación de la lámina propia con células mononucleares
- d) Una banda de colágena < de 10 micrómetros (8, 20).

COLITIS EOSINOFILICA

- a) Banda de colágena < de 10 micrómetros
- b) Daño epitelial
- c) Inflamación de la lámina propia con células mononucleares, el incremento de linfocitos intraepiteliales puede estar presente, abundantes eosinófilos.

Una vez establecido el diagnóstico, para el tratamiento de la colitis microscópica se han descrito el uso de antidiarreicos, aminosalicilatos, corticoesteroides, inmunosupresores y cirugía. La terapia con antidiarreicos como la loperamida suelen ser efectivos, particularmente en casos de diarrea leve a moderada (1).

El subsalicilato de bismuto ha sido utilizado para el tratamiento de colitis microscópica, a una dosis de 8 tabletas por día divididas en 3 o 4 dosis suele ser muy benéfica en estos pacientes. En un estudio piloto con subsalicilato de bismuto, se demostró buena respuesta clínica, aunque actúa como un antidiarreico no específico, la mayoría de pacientes a las 8 semanas del tratamiento mostraron remisión aún en el reporte histopatológico (21).

En los pacientes que no responden al bismuto se administra mesalazina, sulfasalazina u orsalazina. La colestiramina puede ser benéfica, pero se ha encontrado mucha intolerancia tras su administración (1).

Se ha utilizado la prednisona para el manejo de colitis microscópica, observándose mejoría en la frecuencia de las evacuaciones, sin embargo, el efecto es transitorio, regresa al discontinuar el medicamento casi de forma inmediata, además se han descrito diversos efectos secundarios con el uso prolongado del medicamento.

La budesonida tiene gran afinidad y más tiempo de retención en la mucosa comparado con la prednisona, por lo que posee mejores efectos anti-inflamatorios y menos efectos secundarios. Sin embargo también se ha demostrado que los síntomas regresan rápidamente con la discontinuación del medicamento, por lo que las terapias deben mantenerse a dosis de mantenimiento, se requieren más investigaciones a futuro sobre este fármaco (22).

En un estudio observacional de Suecia, de 163 pacientes con colitis colagenosa los agentes con la respuesta clínica más elevada fueron los antidiarreicos y corticoesteroides (13) y en un estudio retrospectivo de 188 pacientes con colitis linfocítica evaluados en la Clínica Mayo, sugieren que los antidiarreicos, corticoesteroides y subsalicilato de bismuto fueron las terapias más eficaces (15). Ambos estudios reportaron una moderada eficacia con el uso de colestiramina y aminosalicilatos (13,15).

En otros estudios se ha utilizado la budesonida para el tratamiento de la colitis colagenosa, siendo ésta muy superior al placebo, con índices de respuesta clínica del 57 al 100%, además en los reportes de histopatología se encontró mejoría o remisión de la patología (23), los eosinófilos son altamente susceptibles a los esteroides, ello explica la buena respuesta a los mismos,

tanto en disminución de la frecuencia, como en la consistencia de las evacuaciones (14, 22,24).

Se ha encontrado muy buena tolerancia a la budesonida además de ser altamente efectiva, sin embargo para los pacientes que no responden o que no la toleran, se puede ofrecer la sulfasalazina, la mesalamina, orsalazina o colestiramina. Para pacientes refractarios se han utilizado, agentes inmunosupresores tales como la azatioprina o 6-mercaptopurina. Otros tratamientos con beneficios potenciales incluyen el octreotide, el metotrexato, la ciclosporina y antibióticos, tales como el metronidazol, eritromicina, penicilina G sódica. En muy raros casos se ha requerido de cirugía para colitis refractarias (3,11).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Esta Serie de Casos, se efectuó en el Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades del centro Médico Nacional La Raza, seleccionando a los pacientes con diagnóstico de Colitis Microscópica en un periodo de 5 años, comprendido entre Julio del 2000 a Junio del 2005.

Se incluyeron a los pacientes mayores de 18 años, masculinos o femeninos, con reporte histopatológico definitivo de Colitis Microscópica en las biopsias colorrectales.

No se incluyeron pacientes menores de 18 años y pacientes sin reporte histopatológico definitivo de Colitis Microscópica.

Se excluyeron a los pacientes que durante el estudio se diagnosticó otro tipo de colitis, tales como CUCI, Crohn o Colitis Indeterminada.

Se recabaron los casos mediante una revisión en el Archivo de Patología del Centro Médico Nacional La Raza y una vez seleccionados los pacientes se revisó su Expediente Clínico en el Archivo General del Hospital de donde se recolectaron los siguientes datos: sexo, edad, tabaquismo, antecedentes personales patológicos, cuadro clínico, tiempo de evolución, número de evacuaciones en 24 hrs, dolor abdominal, pérdida de peso, colon por enema y hallazgos, realización de Colonoscopia o rectosigmoidoscopia flexible, hallazgos endoscópicos, diagnóstico histopatológico definitivo, tratamiento utilizado y respuesta al tratamiento.

Análisis estadístico: Estadística Descriptiva.

RESULTADOS.

Los pacientes con diagnóstico de Colitis Microscópica en éste estudio fueron 12, 7 (58.33%) corresponden al sexo femenino y 5 (41.66%) al sexo masculino, de los cuales 5 (41.66%) corresponden a Colitis Colagenosa, 4 (41.66%) a Colitis Eosinofílica y 2 (16.66%) a Colitis Linfocítica. (Tabla I, Gráfica I).

El rango de edad fue de 24 a 82 años, con una media de 58 años, presentándose una mayor incidencia en la séptima década de la vida para los hombres y en la quinta y sexta década para las mujeres, con una media de edad de 69 y 50.28 años respectivamente. (Tabla II, Gráfica II).

Encontramos una edad media de presentación de 58.4 para Colitis Colagenosa, de 54.4 para Colitis Eosinofílica y de 66.5 para Colitis Linfocítica. (Tabla III, Gráfica III).

Se encontró tabaquismo positivo en 5 de los 12 pacientes, correspondiendo a un 41.66%, de los cuales 3 corresponden al género masculino (25%) y 2 al género femenino (16.66%). De los pacientes con tabaquismo positivo 2 tuvieron diagnóstico de Colitis Eosinofílica, 2 de Colitis Linfocítica y 1 de Colitis Colagenosa. (Tabla IV, Gráfica IV).

Los antecedentes personales encontrados fueron: Hipertensión Arterial Sistémica en 4 (33.33%), Diabetes Mellitus en 3 (25%), Cataratas en 2 (16.66%), Hernia Hiatal en 1 (8.33%), Absceso Isquiorrectal en 1 (8.33%), Hepatitis B en

1 (8.33%), Sin importancia en 5 (41.66%), haciendo mención que en algunos de los pacientes se presentaron 2 o más de los antecedentes comentados. (Tabla V, Gráfica V).

El cuadro clínico más frecuentemente encontrado fue la diarrea en los 12 casos (100%), dolor abdominal en 9 (75%), pérdida de peso en 7 (58.33), distensión abdominal en 4 (33.33%), debilidad generalizada en 3 (25%). (Tabla VI, Gráfica VI).

La pérdida de peso presento rangos de 6 a 20 kg con una media de 9.4 kg.

El tiempo de evolución de la diarrea presentó rangos de 4 a 14 meses, con una media de 8.8 meses en general, con un promedio de 8.4 meses para la Colitis Colagenosa, de 8.8 meses para la Colitis Eosinofílica y de 10 meses para la Colitis Linfocítica. (Tabla VII, Gráfica VII).

El número de evacuaciones tuvo rangos entre 3 a 15 evacuaciones en 24 hrs, con una media de 8.58, siendo de 8.8 para la Colagenosa, de 7.6 para la Eosinofílica y de 10 para la linfocítica. (Tabla VIII, Gráfica VIII).

El colon por enema fue realizado en 11 de los 12 pacientes con Colitis Microscópica (91.66%), siendo normal en 9 casos (75%). Se encontró espasticidad en 2 de los casos (16.66%). (Tabla IX, Gráfica IX).

Se realizó estudio endoscópico al 100% de los casos, correspondiendo en 9 casos a colonoscopia completa (75%) y 3 casos rectosigmoidoscopia flexible (25%). Se encontró alteración endoscópica en 2 casos (16%), apreciándose en el primer caso alteración en patrón vascular y mucoso, con edema, pequeñas lesiones blanquecinas y pseudopólipos en todo el colon, y el segundo caso sólo edema a nivel cecal. En todos los casos fueron tomadas biopsias de los diferentes segmentos colónicos contando con estudio histopatológico definitivo en el 100% de los casos. (*Tabla X, Gráfica X*).

El tratamiento fue con mesalazina en 10 casos de manera inicial (83.33%), un caso con dieta sin lácteos, ni irritantes sin presentar mejoría por lo que posteriormente se dio manejo con mesalazina, siendo en total 11 casos (91.66%) manejados con aminosalicilatos, 1 caso (8.33%) se dio manejo con metronidazol y formador de bolo (psyllium plantago) con mejoría. (*Tabla XI, Gráfica XI*).

No hubo defunciones en el presente estudio.

DISCUSIÓN.

La colitis Microscópica tiene una baja incidencia de presentación, sin embargo aún no es bien conocida a nivel mundial. En nuestro medio, pese a la presentación de ésta entidad con baja frecuencia se requiere un diagnóstico oportuno para proveer el tratamiento específico y eficaz. (1-3).

Fueron realizadas aproximadamente 4000 colonoscopias en 5 años, en el periodo de nuestro estudio, diagnosticándose 12 casos de Colitis Microscópicas, lo que correspondería a 3 casos por cada 1000 colonoscopias realizadas por diversas causas, siendo un índice de presentación menor comparado con algunos países como Francia y Suecia donde encontraron una frecuencia de 6.4 y 5.9 por cada 1000 colonoscopias realizadas respectivamente. (8,9).

En nuestro estudio al igual que en los reportes de la literatura mundial, observamos predominancia en el sexo femenino, especialmente para los casos de Colitis Colagenosa, donde de se han reportado incidencias mujer: varón hasta de 9:1, encontramos una relación del género femenino: masculino de 4:1.

En la Colitis Eosinofílica observamos que no hubo diferencia significativa en la incidencia en cuanto al sexo, encontrando una relación mujer: varón de 1.5:1.

En el caso de la Colitis Linfocítica encontramos una relación mayor para el sexo masculino, ya que no encontramos ningún caso de colitis linfocítica en mujeres, a diferencia de los reportes de la literatura mundial, donde también se encuentra una relación predominante para el sexo femenino. (1,6,8).

La edad de presentación media en nuestro medio es de 58 años para las Colitis Microscópicas en general, siendo muy semejantes a la de otros estudios realizados a nivel mundial, encontramos en nuestro estudio para la Colitis Colagenosa una media de 58.4 años, así como la Colitis Eosinofílica de 54.4 y la Linfocítica de 66.5 son similares a los reportados previamente en la literatura internacional.

Apreciamos una diferencia en cuanto al sexo, con presentación en sujetos más jóvenes para el sexo femenino con una media de 50.28 años, y de mayor edad para el sexo masculino con una media de 69 años, observando una mayor incidencia en mujeres en la sexta década de la vida y en hombres en la séptima década de la vida. (1,2,8,9).

Se han reportado en estudio previos, un vínculo estrecho entre el tabaquismo y la Colitis Colagenosa, sin embargo en nuestro estudio no encontramos ésta correlación en los casos estudiados, encontrando sólo 1 caso de tabaquismo positivo en los casos de Colitis Microscópica del tipo Colagenosa.

Los antecedentes personales encontrados, tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, cataratas, hernia hiatal, absceso isquiorrectal, hepatitis B, fibromialgias, obesidad no tuvieron significancia en la presentación de la patología, así como tampoco asociados al tiempo de evolución ni a la severidad de la misma, no influyendo en número de evacuaciones, ni en la respuesta al manejo establecido. La patogénesis de la Colitis Microscópica aún no es bien conocido, se han reportado varias teorías en la búsqueda de la etiología, sin embargo aún no está esclarecido. (10-13).

Las manifestaciones clínicas de las Colitis Microscópicas son similares a las de estudios realizados previamente, encontrando en nuestro estudio en el 100% de los casos diarrea crónica, así como los factores asociados tales como dolor abdominal en 75%, pérdida de peso en 58.3% y distensión abdominal en 33.3% . Encontramos además que el 25% de nuestros pacientes presentaron debilidad generalizada. (15-17).

En este estudio el tiempo de evolución encontrado es muy similar al reportado en la literatura médica. Dado que el síntoma más frecuente la diarrea, en muchas ocasiones se atribuye éste síntoma a entidades infecciosas o al síndrome de intestino irritable entre otras, por lo que el diagnóstico es retrasado. Así mismo, el número de evacuaciones es semejante al resto de los casos estudiados y publicados previamente. (15,17).

Fue realizado colon por enema en 11 de los 12 pacientes con Colitis Microscópica (91.66%), y de manera similar se encontró normal en la mayoría de los casos, así como también en nuestro estudio en el 100% de los casos se realizó estudio endoscópico con toma de biopsias, correlacionándose el diagnóstico con el resultado histopatológico definitivo. Se encontró alteración endoscópica en 2 casos (16.6%), por lo que ante alteraciones en la mucosa colorrectal No debe excluirse el diagnóstico, y el restante 83.33% presentó una apariencia normal de manera macroscópica. En tres de los casos sólo fue realizada rectosigmoidoscopia flexible, concordando con la Literatura Internacional, es suficiente para el diagnóstico de ésta enfermedad. (8,18,19).

Los pacientes con Diagnóstico de Colitis Microscópica fueron manejados en su mayoría en amino salicilatos, obteniendo muy buena respuesta al tratamiento en 91.66% de los casos, y 1 caso (8.3%) presentó mejoría con la administración de antibiótico (metronidazol) y formador de bolo. Hacemos mención que en uno de los casos, se manejó inicialmente solo con dieta a base de restricción de irritantes y aumento de la ingesta de fibra sin presentar mejoría, por lo que se posteriormente se manejó con mesalazina con buena respuesta. Encontramos buena tolerancia a la terapia, por lo que hace de éste manejo un método eficaz de manejo. (1, 13-15, 21-24).

CONCLUSIONES.

En la actualidad debemos tener especial consideración en el diagnóstico y tratamiento de las diarreas crónicas, teniendo en cuenta que puede tratarse de casos de Colitis Microscópica, ya que el oportuno tratamiento y terapia eficaz repercute en el bienestar y pronóstico del paciente.

Gracias al advenimiento del estudio endoscópico, se hace más factible el diagnóstico de ésta entidad, ya que se basa en la toma de biopsias colorrectales y el estudio histopatológico concienzudo de las muestras enviadas para el diagnóstico definitivo, pero más aún en la sospecha dada por las manifestaciones clínicas.

Aunque es una patología con una incidencia baja, siempre debe estar presente en mente para evitar etiquetar la diarrea a padecimientos más frecuentes, ya que el manejo específico se lleva a cabo una vez corroborado el diagnóstico.

Es necesario por lo tanto, tener en cuenta que son necesarios varios elementos para conocer más acerca de esta enfermedad, tales como sospecha clínica, manejo conjunto por el clínico y el médico patólogo para lograr así diagnósticos y tratamientos certeros.

Concluimos con la necesidad de seguir realizando estudios al respecto de éste tema, para tener las bases científicas necesarias en el estudio y manejo de la Colitis Microscópica, conociendo la epidemiología, manifestaciones clínicas, factores asociados y respuesta al manejo.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Loftus Edgard V. Microscopic Colitis: Epidemiology and Treatment. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: S31-35.
- 2.- Pardi, Darrell S. MD. Microscopic Colitis. *Mayo Clinic Proceedings* 2003; 78: 614-17.
- 3.- Mullhaupt, B; Guller, U; Anabitarde, M; Guller, R; Fried, M. Lymphocytic colitis: clinical presentation and long term course. *Gut* 1998; 43: 629-33.
- 4.- Lindstrom CG. 'Collagenous colitis' with watery diarrhoea - a new entity? *Pathol Eur.* 1976;11:87-89.
- 5.- Read NW, Krejs GJ, Read MG, Santa Ana CA, Morawski SG, Fordtran JS. Chronic diarrhea of unknown origin. *Gastroenterology.* 1980;78:264-71.
- 6.- Olesen, M; Eriksson, S; Bohr, J; Järnerot, G; Tysk, C. Lymphocytic colitis: a retrospective clinical study of 199 Swedish patients. *Gut* 2004; 53: 536-41.
- 7.- Clouse RE, Alpers DH, De-Schryver-Kecskemeti K. Pericryptic eosinophilic enterocolitis and chronic diarrhea. *Gastroenterology* 1992; 103: 168-73.
- 8.- Bohr, C Tysk, G Järnerot, Eriksson S. Collagenous colitis in Örebro, Sweden, an epidemiological study 1984-1993. *Gut* 1995; 37: 394-97.
- 9.- Valle M, León R, Recavarren S, Berendson R, Biber M. Colitis microscópicas en pacientes con diarrea crónica. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
- 10.- Heron, T.; Walsh, S.; Mowat, C. Microscopic colitis in tayside: clinical features, associations, and behaviour. *Gut* 2005; 54, Supp II: A84

- 11.- Baert, F; Wouters, K; D'Haens, G; Hoang, P; Naegels, S; D'Heygere, F; Holvoet, J; Louis, E; Devos, M; Geboes, K; For the Belgian IBD Research Group. Lymphocytic colitis: a distinct clinical entity? A clinicopathological confrontation of lymphocytic and collagenous colitis. *Gut* 1999; 45: 375-81.
- 12.- Bohr, J.; Tysk, C.; Yang, P.; Danielsson, D.; Järnerot, G. Autoantibodies and immunoglobulins in collagenous colitis. *Gut* 1996; 39: 73-76.
- 13.- Bohr, J; Tysk, C; Eriksson, S; Abrahamsson, H; Järnerot, G. Collagenous colitis: a retrospective study of clinical presentation and treatment in 163 patients. *Gut* 1996; 39: 846-51
- 14.- Weidenhiller, M; Müller, S; Schwab, D; Hahn, E G; Raitel, M; Winterkamp, S. Microscopic (collagenous and lymphocytic) colitis triggered by food allergy. *Gut* 2005; 54: 312-13.
- 15.- Pardi DS, Ramnath VR, Loftus EV. Lymphocytic colitis: Clinical features, treatment and outcomes. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 2829-33.
- 16.- Bo-Linn BW, Vandrell DD, Lee E, Fordtran JS. An evaluation of the significance of microscopic colitis in patients with chronic diarrhea. *J Clin Invest* 1985; 75: 1559-63.
- 17.- Berschneider HM, Powell DW. Fibroblast modulate intestinal secretory responses to inflammatory mediators. *J Clin Invest* 1992; 89: 484-90.
- 18.- Veress B. Microscopic colitis syndrome. *Gut* 1995; 36: 880-886.
- 19.- Pardi DS, Smyrk TC, Tremaine WJ, Sandborn WJ. Microscopic colitis: a review. *Am J Gastroenterol.* 2002;97:794-802.
- 20.- Olesen, M; Eriksson, S; Bohr, J; Järnerot, G; Tysk, C. Microscopic colitis: a common diarrhoeal disease. An epidemiological study in Örebro, Sweden, 1993–1998. *Gut* 2004; 53: 346-50.

21.- Fine KD, Lee EL. Efficacy of open-label bismuth subsalicylate for the treatment of microscopic colitis. *Gastroenterology* 1998; 114: 29-36.

22.- Bonderup, O K; Hansen, J B; Birket-Smith, L; Vestergaard, V; Teglbjærg, P S; Fallingborg, J. Budesonide treatment of collagenous colitis: a randomised, double blind, placebo controlled trial with morphometric analysis. *Gut* 2003; 52: 248-51.

23.-Miehke S, Heymer P, Bethke B. Budesonide treatment for collagenous colitis: A randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. *Gastroenterology* 2002; 123: 978-84.

24.- Baert F, Schmit A, D'Haens G. Budesonide in collagenous colitis: A double-blind placebo-controlled trial with histologic follow-up. *Gastroenterology* 2002; 122: 20-25.

ANEXO I

TABLAS

DX.	18-28		29-38		39-48		49-58		59-68		69-78		79-88		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
COLAGENOSA Mascullinos											1	8.3			1	8.3
COLAGENOSA Femeninos					2	16.6			1	8.3	1	8.3			4	33.3
EOSINOFILICA Mascullinos									1	8.3			1	8.3	2	16.6
EOSINOFILICA Femeninos	1	8.3			1	8.3	1	8.3							3	25
LINFOCITICA Mascullinos									1	8.3	1	8.3			2	16.6
LINFOCITICA Femeninos																
Total	1	8.3			3	25	1	8.3	3	25	3	25	1	8.3	12	100

Tabla I. Distribuci3n de acuerdo a sexo, edad y patologia.

EDAD																
SEXO	18-28		29-38		39-48		49-58		59-68		69-78		79-88		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Femenino	1	8.3			3	25	1	8.3	1	8.3	1	8.3			7	58.3
Mascullino									2	16.6	2	16.6	1	8.3	5	41.6
Total	1	8.3			3	25	1	8.3	3	25	3	25	1	8.3	12	100

Tabla II. Distribuci3n de acuerdo a sexo y edad.

EDAD																
DX.	18-28		29-38		39-48		49-58		59-68		69-78		79-88		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
COLAGENOSA					2	16.6			1	8.3	2	16.6			5	41.6
EOSINOFILICA	1	8.3			1	8.3	1	8.3	1	8.3			1	8.3	5	41.6
LINFOCITICA									1	8.3	1	8.3			2	16.6
Total	1				3		1		3		3		1		12	100

Tabla III. Distribuci3n de acuerdo a edad y patologia.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

DX.	18-28		29-38		39-48		49-58		59-68		69-78		79-88		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
COLAGENOSA Mascullinos																
COLAGENOSA Femeninos										1	8.3				1	8.3
EOSINOFILICA Mascullinos												1	8.3		1	8.3
EOSINOFILICA Femeninos	1	8.3													1	8.3
LINFOCITICA Mascullinos									1	8.3			1	8.3	2	16.6
LINFOCITICA Femeninos																
Total	1	8.3							1	8.3	1	8.3	2	16.6	5	41.6

Tabla IV. Distribución de acuerdo a sexo, edad y patología con tabaquismo positivo.

ANTECEDENTES PERSONALES	COLAGENOSA		EOSINOFILICA		LINFOCITICA		TOTAL								
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.							
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%							
Hipertensión Arterial			1	8.3	1	8.3	1	8.3			2	16.6	2	16.6	
Diabetes Mellitus			2	16.6	1	8.3					1	8.3	2	16.6	
Cataratas					1	8.3			1	8.3			2	16.6	
Hernia Hiatal							1	8.3						1	8.3
Absceso Isquiorrectal			1	8.3										1	8.3
Hepatitis B							1	8.3						1	8.3
Fibromialgias							1	8.3						1	8.3
Obesidad Morbida							1	8.3						1	8.3
Sin importancia	1	8.3	2	16.6			1	8.3	1	8.3				5	41.6

Tabla V. Antecedentes personales de acuerdo a sexo y patología.

CUADRO CLINICO	COLAGENOSA				EOSINOFILICA				LINFOCITICA				TOTAL			
	Masc.		Fem.		Masc.		Fem.		Masc.		Fem.		Masc.		Fem.	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Diarrea	1	8.3	4	33.3	2	16.6	3	25	2	16.6			5	41.6	7	58.3
Dolor abdominal	1	8.3	4	33.3	1	8.3	2	16.6	1	8.3			3	25	6	50
Pérdida de peso	1	8.3	3	25	2	16.6			1	8.3			4	33.3	3	25
Distensión abdominal			2	16.6	1	8.3			1	8.3			2	16.6	2	16.6
Debilidad generalizada			1	8.3	1	8.3			1	8.3			2	16.6	1	8.3

Tabla VI. Cuadro Clínico de acuerdo a sexo y patología.

TIEMPO DE EVOLUCION	COLAGENOSA	EOSINOFILICA	LINFOCITICA	TOTAL
MESES (Rangos)	4-14	5-12	8-12	4-14
MEDIA	8.4	8.8	10	8.8

Tabla VII. Tiempo de Evolución de acuerdo a patología.

NUMERO DE EVACUCIONES	COLAGENOSA	EOSINOFILICA	LINFOCITICA	TOTAL
En 24 hrs. (Rangos)	8-10	3-12	6-15	3-15
MEDIA	8.8	7.6	10.5	8.58

Tabla VIII. Número de evacuaciones de acuerdo a patología.

COLON POR ENEMA	COLAGENOSA	EOSINOFILICA	LINFOCITICA	TOTAL
Realizado	5	4	2	11
No realizado		1		1
Normal	4	3	1	9
Espasticidad	1	1		2

Tabla IX. Colon por enema de acuerdo a patología

ESTUDIO ENDOSCÓPICO	COLÁGENOS		EOSINOFÍLICA		LINFOCÍTICA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
COLONOSCOPIA	4	33.3	4	33.3	1	8.3	9	75
RECTOSIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE	1	8.3	1	8.3	1	8.3	3	25
TOTAL	5	41.6	5	41.6	2	16.6	12	100

Tabla X. Estudio endoscópico de acuerdo a patología.

TRATAMIENTO	COLÁGENOSA	EOSINOFÍLICA	LINFOCÍTICA	MEJORIA
Mesalazina	5	4	2	Si
Metronidazol / Formadores de bolo		1		Si
Dieta Inicial		1		No

Tabla XI. Tratamiento de acuerdo a patología.

ANEXO II

GRAFICAS

Gráfica I. COLITIS MICROSCÓPICA. DISTRIBUCION DE ACUERDO A SEXO Y PATOLOGIA.

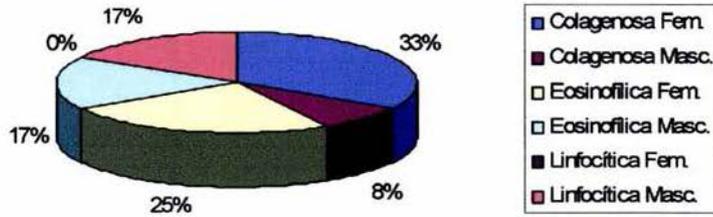
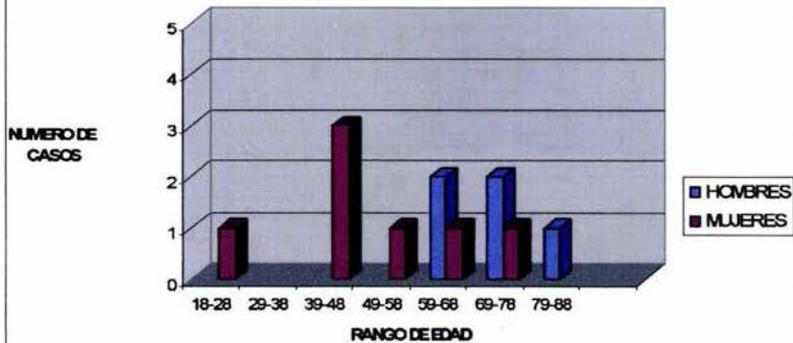


Gráfico II. COLITIS MICROSCÓPICA DE ACUERDO A EDAD Y SEXO.



Gráfica III. COLITIS MICROSCÓPICA. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A EDAD, SEXO Y PATOLOGÍA.

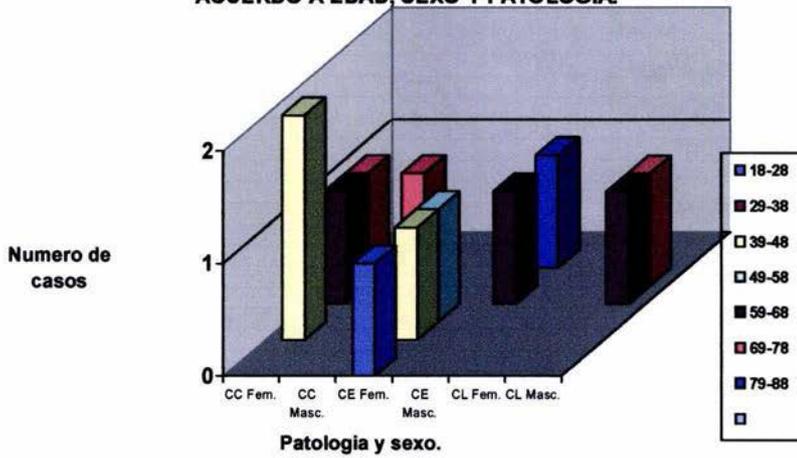


Gráfico IV. TABAQUISMO POSITIVO DE ACUERDO AL TIPO DE COLITIS MICROSCÓPICA.



Gráfica V. COLITIS MICROSCÓPICA. ANTECEDENTES PERSONALES

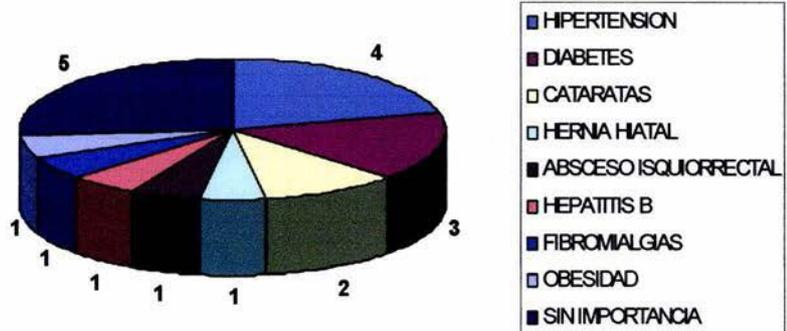


Gráfico VI. CUADRO CLINICO EN LA COLITIS MICROSCÓPICA.

