

COLITIS MICROSCÓPICAS

¿QUÉ SON LAS COLITIS MICROSCÓPICAS?

Son un conjunto de enfermedades caracterizadas por la presencia de diarrea crónica, en las que los estudios analíticos, radiológicos y endoscópicos habituales son normales o presentan alteraciones leves e inespecíficas, siendo necesario para su diagnóstico el tomar biopsias del colon y analizarlas al microscopio. Es una entidad cada vez más diagnosticada (probablemente porque se piensa más en ella). El grupo de edad más afectado está entre la 5ª-7ª década, aunque también puede aparecer en gente joven, incluso en niños. Es más frecuente en mujeres. Se puede asociar a otros problemas, como la enfermedad celíaca o a enfermedades reumáticas o tiroideas.

Su causa no es aún bien conocida, barajándose diversas hipótesis (alteraciones del metabolismo de una sustancia llamada colágeno, mecanismo autoinmune, infeccioso, alergia a fármacos, hereditario,...).

Existen 2 tipos fundamentales de colitis microscópicas: colitis colágena y colitis microscópica, que se diferencian únicamente en base al estudio de las biopsias, ya que los síntomas son similares para ambas entidades.

¿QUÉ SÍNTOMAS PRODUCE?

El síntoma fundamental es la diarrea de larga evolución, a veces de años. Característicamente los enfermos presentan 5-6 deposiciones líquidas diarias (aunque en ocasiones pueden tener hasta 20), casi siempre durante el día (no suelen levantar al paciente por la noche) y habitualmente sin sangre, aunque en ocasiones pueden llevar moco. Suelen mejorar en ayunas.

Otro síntoma, menos frecuente, es el dolor abdominal difuso tipo retortijón. Ocasionalmente aparecen otros síntomas, como pérdida de peso o apetito, vómitos o incontinencia, entre otros. Es rara la aparición de síntomas extraintestinales (dolores articulares, artritis, uveítis,...).

La evolución de este cuadro suele ser intermitente en la mayoría de los casos, con épocas de diarrea alternando con otras de normalidad. Es menos frecuente la diarrea mantenida (10-15% de los pacientes).

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

El diagnóstico se hace gracias al estudio microscópico de las biopsias de colon, ya que el resto de las exploraciones habitualmente hechas a estos pacientes (análisis, estudios radiológicos, colonoscopia) suelen ser normales o mostrar hallazgos inespecíficos sin valor diagnóstico.

El estudio de las biopsias permite distinguir entre los dos subtipos más frecuentes de colitis microscópicas: la colitis colágena, definida por la presencia de una banda gruesa de fibras colágenas por debajo del epitelio (células que recubren el intestino por dentro), y la colitis linfocítica, en la que hay acúmulo de linfocitos en número excesivo a nivel del epitelio del colon. Existen casos mixtos, en los que no se puede distinguir entre ambos procesos, que por lo demás comparten unas características clínicas comunes.

A veces la afectación colónica es parcheada, por lo que, si la sospecha clínica es elevada, es conveniente tomar múltiples biopsias de colon en sus diferentes tramos, lo cual aumenta la rentabilidad diagnóstica. La afectación suele ser más grave a nivel de colon derecho.

¿CÓMO SE TRATA?

El tratamiento de esta entidad aún no está bien definido, debido a la ausencia de estudios con series amplias de pacientes y al carácter intermitente del cuadro, que dificulta la valoración de la eficacia de los fármacos empleados. Su manejo depende de la severidad del cuadro.

Habitualmente se comienza con tratamiento sintomático con antidiarreicos (loperamida) y suspendiendo el consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) si lo hubiera, ya que se ha observado que estos fármacos pueden activar o empeorar la enfermedad. Esto mejora al 30% de los pacientes. En pacientes que no responden a estas medidas puede realizarse tratamiento con budesonida, un corticoide que actúa localmente en la mucosa del intestino, con el que se han obtenido buenos resultados.

El siguiente escalón terapéutico incluye la utilización de salicilatos, un grupo de fármacos con actividad antiinflamatoria local a nivel de la mucosa del intestino. Se puede intentar un tratamiento de prueba con colestiramina, un fármaco que secuestra las irritantes sales biliares, que es útil si hay malabsorción de sales biliares asociada. En casos más graves o resistentes a los tratamientos citados, se indican esteroides con efecto sistémico (p. ej. prednisona).

Es importante descartar otras enfermedades que pueden originar síntomas similares (síndrome intestino irritable, infecciones y parasitosis intestinales, alteraciones tiroideas, enfermedad inflamatoria intestinal,...), así como la toma de fármacos que los pueden simular (ticlopidina). Otros tratamientos (metronidazol, octreótido, metotrexato, azatioprina, verapamilo, subsalicilato de bismuto, probióticos,...) no han demostrado suficientemente su utilidad, por lo que no deben emplearse de modo rutinario. En casos muy graves, de manera excepcional, puede ser necesaria la cirugía.

No está clara la utilidad de un tratamiento de mantenimiento para evitar la reactivación de la enfermedad.

¿CUÁL ES LA EVOLUCIÓN DE ESTA ENFERMEDAD?

Esta es una entidad con una evolución “benigna”, en el sentido de que no evoluciona a otros cuadros graves (tumores, enfermedad inflamatoria intestinal,...) y habitualmente no produce una afectación importante del estado general. No produce complicaciones importantes, ni condiciona un aumento de mortalidad en relación con la población general. Estas personas pueden llevar una vida absolutamente normal.

J. Miquel Plaza e Y. Mingo Baelloso¹. Revista Española de Enfermedades Digestivas 2008; 100; 108