



REPORTE DE CASO

Hallazgos endoscópicos en colitis microscópica: un desafío diagnóstico en la práctica clínica

Endoscopic findings in microscopic colitis: a diagnostic challenge in clinical practice

Manuel Barrera^{1,a} , Pedro Acuña^{2,b} , María Macarena Medina^{3,c} , José Tomás Peña^{3,c} , Javier Uribe^{1,d} ,
Javiera Torres^{3,c} , Chloe Jacomet^{1,e} , Gonzalo Latorre^{1,d} 

¹ Departamento de Gastroenterología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

² Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

³ Departamento de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

^a Residente gastroenterología; ^b médico internista; ^c patólogo; ^d gastroenterólogo; ^e médico general.

Recibido: 18/05/2025

Aprobado: 05/09/2025

En línea: 30/09/2025

Contribución de los autores

MB: Conceptualización, redacción - borrador original, redacción - revisión y edición, visualización, administración del proyecto. PA: Redacción - borrador original. MM, JU: Redacción - borrador original, redacción - revisión y edición. JP, JT: Supervisión. GL: Conceptualización, redacción - revisión y edición, visualización, administración del proyecto, supervisión.

Conflicto de intereses

Ninguno

Financiamiento

Este trabajo no ha requerido ningún tipo de financiamiento.

Citar como

Barrera M, Acuña P, Medina MM, Peña JT, Uribe J, Torres J, et al. Hallazgos endoscópicos en colitis microscópica: un desafío diagnóstico en la práctica clínica. Rev Gastroenterol Peru. 2025;45(3):307-11. doi: 10.47892/rgp.2025.453.1945.

RESUMEN

La colitis microscópica (CM) es una enfermedad inflamatoria crónica del intestino caracterizada por diarrea acuosa y la aparente normalidad macroscópica de la mucosa colónica a la colonoscopia. Se clasifica en colitis linfocítica (CL) y colitis colagenosa (CC). Su incidencia ha aumentado en países desarrollados, pero en América Latina los datos son aún limitados. Presentamos el caso de una mujer de 65 años con fibromialgia y uso reciente de duloxetine, quien consultó por diarrea crónica. La colonoscopia mostró mucosa edematosa con pérdida de la transparencia vascular, surcos profundos en aspecto de empedrado y patrón de superficie puntiforme abierto. El estudio histopatológico confirmó una CL. Tras suspender la duloxetine, la diarrea remitió espontáneamente sin la necesidad de corticosteroides. Aunque clásicamente se ha descrito que la CM presenta una mucosa colónica de aspecto normal, estudios han reportado hallazgos sutiles e inespecíficos como edema, eritema y alteraciones del patrón vascular. La detección de estos hallazgos puede mejorar con el uso de cromoendoscopia virtual y equipos de alta definición. Identificar estos patrones puede optimizar la obtención de biopsias y aumentar la pesquisa de esta condición, especialmente ante el estudio de una diarrea crónica. Sin embargo, los hallazgos endoscópicos deben diferenciarse de otras patologías, como enfermedad inflamatoria intestinal o colitis isquémica. **Palabras clave:** Colitis Microscópica; Diarrea Crónica; Colonoscopia (fuente: DeCS Bireme).

ABSTRACT

Microscopic colitis (MC) is a chronic inflammatory bowel disease characterized by watery diarrhea and a macroscopically normal-appearing colonic mucosa on colonoscopy. It is classified into lymphocytic colitis (LC) and collagenous colitis (CC). Its incidence has increased in developed countries, but data from Latin America remain limited. We present the case of a 65-year-old woman with fibromyalgia and recent use of duloxetine, who presented with chronic diarrhea. Colonoscopy revealed edematous mucosa with loss of vascular transparency, deep furrows with a cobblestone-like appearance, and an open dot-like surface pattern. Histopathological analysis confirmed a diagnosis of LC. After discontinuing duloxetine, the diarrhea resolved spontaneously without the need for corticosteroids. Although MC has traditionally been described as presenting with a normal-appearing colonic mucosa, studies have reported subtle and nonspecific findings such as edema, erythema, and vascular pattern abnormalities. Detection of these findings can be improved through the use of virtual chromoendoscopy and high-definition equipment. Recognizing these patterns may enhance biopsy targeting and increase the detection of this condition, especially in the evaluation of chronic diarrhea. However, endoscopic findings must be differentiated from other conditions, such as inflammatory bowel disease or ischemic colitis.

Keywords: Colitis, Microscopic; Diarrhea, Chronic; Colonoscopy (source: MeSH NLM).

Correspondencia:

Gonzalo Ignacio Latorre Selvat
Diagonal Paraguay 362, Oficina 424,
Santiago, Chile
Teléfono: +56 9 9348 0403
E-mail: gonzalo.latorre@gmail.com



INTRODUCCIÓN

La colitis microscópica (CM) se reconoce como una enfermedad inflamatoria del intestino ⁽¹⁾. Existen dos variantes histológicas: la colitis linfocítica (CL), definida por la presencia de al menos 20 linfocitos intraepiteliales por cada 100 células epiteliales, sin alteración de la arquitectura, y la colitis colagenosa (CC), caracterizada por un engrosamiento patológico de la banda subepitelial de colágeno ($>10\ \mu\text{m}$), cuyo grosor normal es de $< 5\ \mu\text{m}$ (Figura 1). Su presentación clínica incluye diarrea crónica acuosa como elemento central, con posible compromiso nocturno, urgencia defecatoria, dolor abdominal y baja de peso ⁽²⁾. Se distingue de otras causas de diarrea crónica por la ausencia de disentería.

En población norteamericana, se describió un aumento significativo de incidencia durante la década de 1990, pasando de 1,1 a 19,6 casos por 100.000 habitantes-año en un lapso de 15 años ⁽³⁾. En Latinoamérica, los datos epidemiológicos son escasos. Una cohorte de un único centro mexicano evidenció una prevalencia del 1% con respecto al total de colonoscopías efectuadas en un periodo de 10 años ⁽⁴⁾. Los principales factores de riesgo reconocidos son la edad avanzada y el sexo femenino, así como también el tabaquismo, el cual se asocia no solo al desarrollo de la CM, sino también a su persistencia y menor probabilidad de remisión clínica ⁽¹⁾.

Desde el punto de vista endoscópico, la colonoscopia suele ser normal. Sin embargo, con la introducción de equipos de alta definición, han surgido descripciones de alteraciones macroscópicas a la luz blanca y con el uso de imagen ampliada, que pueden reforzar la sospecha de una CM. En un estudio de 540 pacientes, se reportó un 17% de hallazgos visibles a la luz blanca, principalmente eritema, petequias, edema, congestión y disminución de la transparencia vascular; en menor frecuencia, úlceras, cicatrices lineales o friabilidad de la mucosa ⁽⁵⁾.

Además, una revisión sistemática de la evidencia disponible hasta marzo de 2017 analizó 80 estudios que describieron hallazgos endoscópicos en CM, con un total de 1.582 pacientes (edad promedio $61,6 \pm 14,1$ años, 73,2% mujeres). De estos, el 39% presentaba lesiones macroscópicas, como eritema, edema, nodularidad, pseudomembranas, alteraciones vasculares y erosiones ⁽⁶⁾. Dichos resultados sugieren que el reconocimiento de estos patrones endoscópicos podría aportar a establecer la sospecha clínica e incorporar las biopsias escalonadas para confirmar el diagnóstico, especialmente en pacientes que asisten a una colonoscopia por diarrea crónica.

En el presente artículo se expondrán los hallazgos endoscópicos a la luz blanca observados en una paciente con una CM histopatológicamente confirmada.

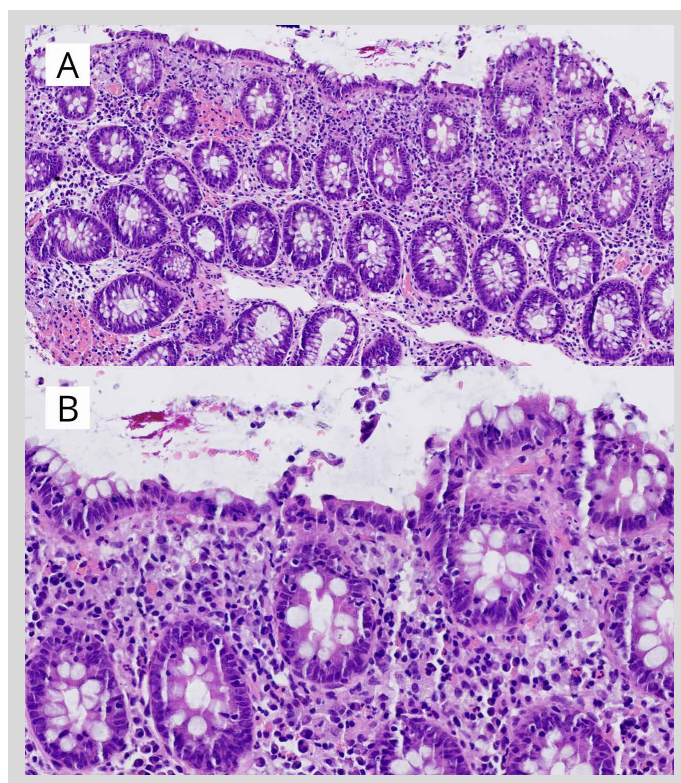


Figura 1. Microfotografías representativas del caso. **A.** Imagen a menor aumento. La mucosa exhibe arquitectura conservada y expansión superficial de lámina propia. **B.** Imagen a mayor aumento. Nótese el aumento difuso en el número de linfocitos intraepiteliales y presencia de infiltrado inflamatorio mixto en la lámina propia. No se observa engrosamiento de la lámina basal.

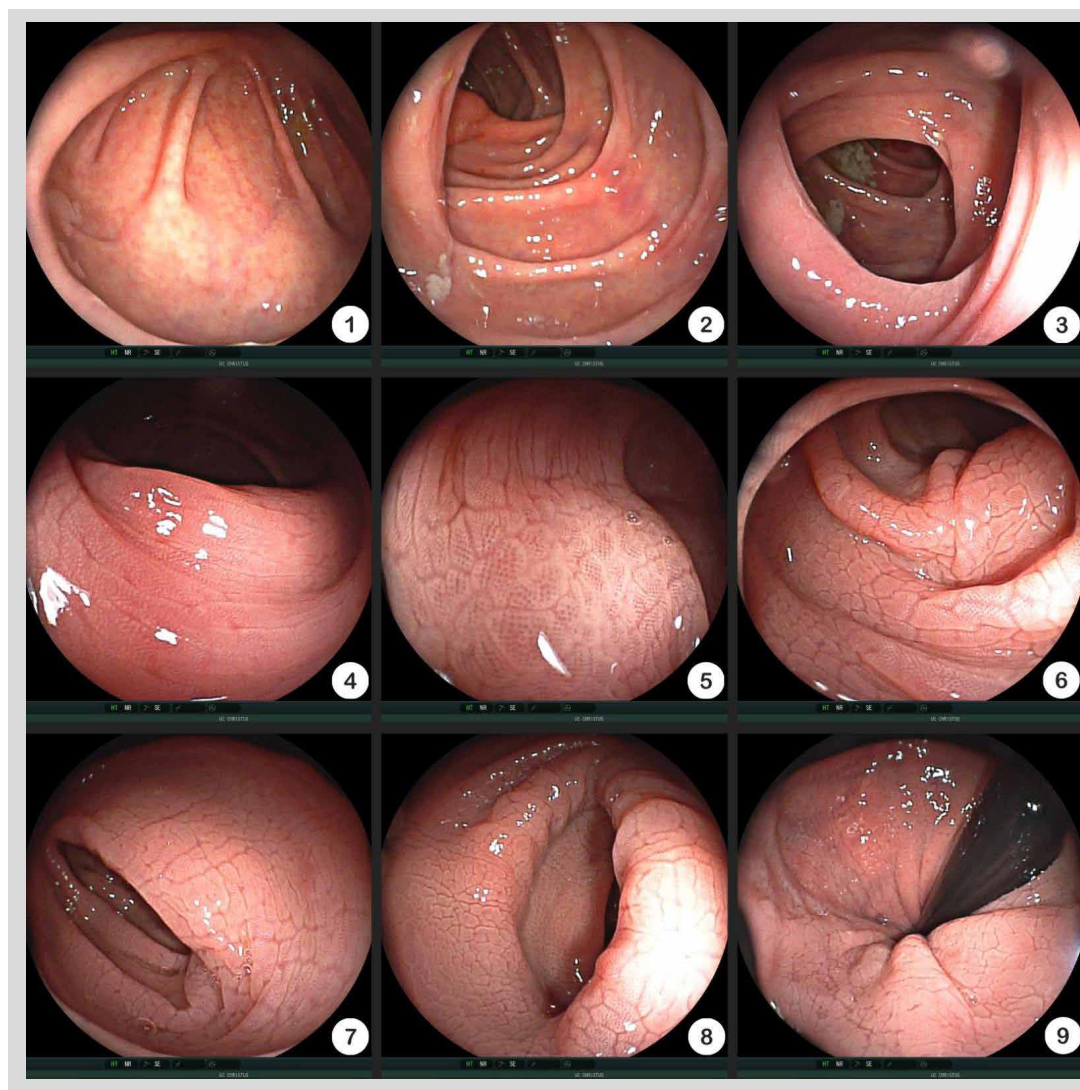


Figura 2. Imágenes endoscópicas secuenciales de distintos segmentos del colon en una paciente con colitis microscópica confirmada histológicamente. Se observan hallazgos macroscópicos sutiles, incluyendo edema de la mucosa, pérdida de la transparencia vascular y patrón en mosaico.

Asimismo, se analizará la importancia de identificar estas características y su aporte en la sospecha diagnóstica.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente mujer, de 65 años, con antecedentes de síndrome de intestino irritable y fibromialgia, quien consulta por un cuadro de diarrea de seis semanas de evolución. Refiere 4 a 5 episodios diarios de diarrea acuosa, Bristol 7, sin elementos patológicos visibles, disenteria o diarrea nocturna; asociado a dolor cólico de predominio hipogástrico, sin otros síntomas sistémicos.

Los estudios iniciales incluyeron un panel de enteropatógenos gastrointestinales que resultó negativo

y un hemograma sin alteraciones. Destaca dentro de la historia clínica el inicio de duloxetine 60 mg al día 4 semanas previas al inicio de los síntomas, por lo que, ante la sospecha de CM se indicó una colonoscopia con toma de biopsias escalonadas.

La colonoscopia evidenció una mucosa desde el recto hasta el ángulo hepático de aspecto edematosa, con surcos profundos y pérdida de la transparencia vascular normal, no se encontró eritema, petequias, úlceras o erosiones. El patrón de superficies mostró un patrón puntiforme levemente abierto regular de forma difusa con la presencia de surcos en morfología de empedrado (Figura 2). La biopsia mostró mucosa de intestino grueso de arquitectura general conservada. La lámina propia con infiltrado inflamatorio mixto con aumento segmentario de linfocitos intraepiteliales de hasta 20 por 100 enterocitos,

compatible con una CM de tipo CL. Los estudios adicionales descartaron enfermedad celiaca (anticuerpos anti transglutaminasa y anti endomisio negativos), infección por *Clostridium difficile* y parasitosis.

Tras la suspensión de la duloxetina y el cambio a desvenlafaxina, la paciente presentó una notable mejoría clínica, con normalización del hábito intestinal a deposiciones sólidas una vez al día, sin la necesidad de uso de budesonida. En controles posteriores, se observó estabilidad clínica y resolución completa del cuadro diarreico.

DISCUSIÓN

Históricamente, la CM se ha caracterizado por presentar una mucosa normal o “aparentemente normal” en la colonoscopia ⁽⁵⁾. Sin embargo, se han descrito múltiples hallazgos que, aunque inespecíficos, se correlacionan con una histología compatible con la enfermedad. Dentro de ellos se pueden encontrar hallazgos como eritema o edema, defectos lineales de la mucosa o cicatrices ⁽⁷⁾. La búsqueda dirigida de estas manifestaciones, sumada a un alto índice de sospecha, permite optimizar la toma de biopsias en áreas comprometidas y así obtener un diagnóstico más oportuno.

La tasa de detección de estos hallazgos está relacionada directamente con una visibilidad óptima de la mucosa, alcanzada en primer lugar con indicadores de calidad, como una preparación adecuada y un tiempo de retiro de al menos 6 minutos. Esto se complementa además con algunas técnicas visuales como la cromoendoscopia, ya sea con índigo carmín o virtual con técnica de Narrow Band Imaging (NBI) o similares.

Si bien el beneficio del desarrollo de colonoscopios de alta definición no está estudiado directamente en colitis microscópica, se puede extrapolar desde el tamizaje de pólipos de colon. En un metanálisis de seis estudios, con un total de 4.594 pacientes analizados, el uso de alta definición presentó una tasa de detección de adenomas (ADR) mayor que la colonoscopia estándar (40% vs. 35%; RR, 1,13; 95% CI, 1,05-1,22; $p = 0,001$) ⁽⁸⁾, por lo que se puede inferir que optimizaría también la detección de manifestaciones endoscópicas sutiles en la mucosa de pacientes con CM.

El uso de luz blanca puede limitar la visualización de estas alteraciones que frecuentemente pasan desapercibidas. En un estudio retrospectivo que incluyó a 13 pacientes con colitis microscópica, en 10 de ellos se encontraron hallazgos leves e inespecíficos, como leve disminución del patrón vascular y aumento de la reflexión de la luz. El uso adicional de cromoendoscopia con índigo carmín permitió identificar en el 100% de pacientes alteraciones de la mucosa, tales como: desaparición de surcos innominados, presencia de surcos con superficie nodular y patrón edematoso en mosaico, mejorando así el rendimiento en un 40% aproximadamente ⁽⁹⁾.

Existen escasos reportes sobre los hallazgos endoscópicos propios de CL, probablemente debido a que su fisiopatología altera en menor cantidad la apariencia macroscópica de la mucosa. Es por esto que la mayoría de los aspectos reportados corresponden a CC. En una revisión sistemática se reportaron 6 tipos de hallazgos distintos, clasificados del 0 al 6 según gravedad: mucosa normal, cambios de la anatomía, cambios mucosos, cambios en el patrón vascular, defectos mucosos y submucosos, patrón mixto e inflamación transmural severa. En ese mismo estudio, se reportó que la zona más frecuentemente afectada es el colon izquierdo, específicamente colon sigmoides ⁽⁶⁾. No se ha logrado relacionar que la presencia de estos hallazgos dependa del tipo de laxante utilizado para la preparación del examen, sin embargo, cuando el síntoma de diarrea se asocia además a otros hallazgos como baja de peso, dolor abdominal, distensión, fatiga o anemia, la probabilidad de encontrar al menos eritema de la mucosa es de hasta 3 veces mayor que solo con diarrea de forma aislada ⁽⁷⁾.

Otro hallazgo inespecífico, pero descrito en CM, especialmente en colitis colagenosa, es el llamado “signo del arañazo de gato”, caracterizado por marcas eritematosas de distribución lineal en ciego y colon ascendente. La explicación fisiopatológica sería el mayor componente de colágeno en la mucosa, lo cual disminuye la distensibilidad del tejido y lo hace más susceptible a lesiones al paso del endoscopio o barotrauma por insuflación ⁽¹⁰⁾. Este hallazgo podría ser sutil al examen con luz blanca y el uso de cromoendoscopia virtual con NBI podría mejorar la visualización de mínimas hemorragias intramucosas en estas lesiones ⁽¹¹⁾.

Cabe destacar que los hallazgos endoscópicos son más bien, inespecíficos. Por lo tanto, debemos considerar siempre la posibilidad de otras etiologías. Por ejemplo, en caso de presentarse como un defecto mucoso lineal, se podría plantear también una etiología isquémica. En este caso se describe que los bordes de la lesión en la colitis microscópica son más aguzados y bien delimitados ⁽¹²⁾. Otros posibles diagnósticos diferenciales pueden ser la enfermedad inflamatoria intestinal o infección por *Clostridium difficile*.

Específicamente en el caso descrito previamente, el hallazgo endoscópico encontrado fue una mucosa de aspecto congestivo y edematoso, simulando un patrón en mosaico. En un estudio retrospectivo de 252 pacientes sometidos a una colonoscopia con biopsias escalonadas por estudio de diarrea crónica, se observó que el OR de encontrar una colitis colagenosa cuando estaba el patrón mosaico presente era de 19,4 % (IC 95% 3,9-95,4) con una sensibilidad y especificidad de 14,8% (IC 95% 6,8-20) y 99,1% (IC 95% 98,2-99,7), respectivamente. Sin embargo, los autores refieren que el diseño retrospectivo del estudio y la variabilidad inter observador de los endoscopistas, pudieron haber sobreestimado los resultados ⁽¹³⁾.

Se destaca la distribución de los hallazgos observados, con afectación predominante en el recto, colon descendente

y transverso, mientras que el colon ascendente permaneció indemne. Este patrón ha sido descrito en la literatura, según una revisión sistemática que señala que los hallazgos macroscópicos son más frecuentes en el colon izquierdo en comparación con el derecho, siendo particularmente comunes en el colon sigmoide y transverso. En el caso de la colitis linfocítica, esta tendencia se mantiene, con mayor prevalencia en el colon sigmoide y recto ⁽⁶⁾.

Sin embargo, algunos estudios histopatológicos han descrito un patrón opuesto, evidenciando un gradiente inflamatorio con mayor concentración de células inflamatorias en la lámina propia del colon proximal en comparación con el colon distal, lo que contrasta con los hallazgos reportados en estudios endoscópicos ⁽¹⁴⁾.

En conclusión, la colitis microscópica representa un desafío diagnóstico debido a su presentación clínica inespecífica y la frecuente normalidad de los hallazgos endoscópicos tradicionales. No obstante, los avances en equipos de alta definición y técnicas como la cromoendoscopia han permitido identificar alteraciones macroscópicas sutiles, como eritema, edema o patrones en mosaico, que refuerzan la sospecha diagnóstica. Estos hallazgos, aunque no patognomónicos, destacan la importancia de un alto índice de sospecha y la realización de biopsias escalonadas en pacientes con diarrea crónica. La integración de tecnologías endoscópicas avanzadas y una evaluación histopatológica rigurosa son fundamentales para optimizar el diagnóstico temprano y mejorar los resultados clínicos en esta entidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peery AF, Khalili H, Münch A, Pardi DS. Update on the Epidemiology and Management of Microscopic Colitis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2025;23(3):490-500. doi: 10.1016/j.cgh.2024.08.026.
2. Miehke S, Verhaegh B, Tontini GE, Madisch A, Langner C, Münch A. Microscopic colitis: pathophysiology and clinical management. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2019;4(4):305-14. doi: 10.1016/S2468-1253(19)30048-2.
3. Pardi DS, Loftus EV Jr, Smyrk TC, Kammer PP, Tremaine WJ, Schleck CD, *et al.* The epidemiology of microscopic colitis: a population based study in Olmsted County, Minnesota. *Gut.* 2007;56(4):504-8. doi: 10.1136/gut.2006.105890.
4. Rubio-Tapia A, Martínez-Salgado J, García-Leiva J, Martínez-Benítez B, Uribe M. Microscopic colitides: a single center experience in Mexico. *Int J Colorectal Dis.* 2007;22(9):1031-6. doi: 10.1007/s00384-006-0258-7.
5. Kane JS, Rotimi O, Ford AC. Macroscopic findings, incidence and characteristics of microscopic colitis in a large cohort of patients from the United Kingdom. *Scand J Gastroenterol.* 2017;52(9):988-94. doi: 10.1080/00365521.2017.1334813.
6. Marlicz W, Skonieczna-Żydecka K, Yung DE, Loniewski I, Koulaouzidis A. Endoscopic findings and colonic perforation in microscopic colitis: A systematic review. *Dig Liver Dis.* 2017;49(10):1073-85. doi: 10.1016/j.dld.2017.07.015.
7. Koulaouzidis A, Yung DE, Nemeth A, Sjöberg K, Giannakou A, Qureshi R, *et al.* Macroscopic findings in collagenous colitis: a multi-center, retrospective, observational cohort study. *Ann Gastroenterol.* 2017;30(3):309-14. doi: 10.20524/aog.2017.0131.
8. Tziatzios G, Gkolfakis P, Lazaridis LD, Facciorusso A, Antonelli G, Hassan C, *et al.* High-definition colonoscopy for improving adenoma detection: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *Gastrointest Endosc.* 2020;91(5):1027-36.e9. doi: 10.1016/j.gie.2019.12.052.
9. Suzuki G, Mellander MR, Suzuki A, Rubio CA, Lambert R, Björk J, *et al.* Usefulness of colonoscopic examination with indigo carmine in diagnosing microscopic colitis. *Endoscopy.* 2011;43(12):1100-4. doi: 10.1055/s-0031-1291423.
10. McDonnell WM, Loura F, Pointon MJ, Greenson JK. Cat scratch colon. *Endoscopy.* 2007;39(5):459-61.
11. Morita T, Yamamoto S, Takeuchi E. Narrow band imaging for diagnosis of collagenous colitis: Letters, Techniques and Images. *Dig Endosc.* 2014;26(6):752-3. doi: 10.1111/den.12338.
12. Nomura E, Kagaya H, Uchimi K, Noguchi T, Suzuki S, Suzuki M, *et al.* Linear mucosal defects: a characteristic endoscopic finding of lansoprazole-associated collagenous colitis. *Endoscopy.* 2010;42 Suppl 2(S 02):E9-10.
13. Cimmino DG, Mella JM, Pereyra L, Luna PAE, Casas G, Caldo I, *et al.* A colorectal mosaic pattern might be an endoscopic feature of collagenous colitis. *J Crohns Colitis.* 2010;4(2):139-43. doi: 10.1016/j.crohns.2009.09.004.
14. Fiehn AMK, Miehke S, Aust D, Vieth M, Bonderup O, Fernández-Bañares F, *et al.* Distribution of histopathological features along the colon in microscopic colitis. *Int J Colorectal Dis.* 2021;36(1):151-9. doi: 10.1007/s00384-020-03747-z.