



# **Colitis en el lactante: ¿presentación atípica o desafío diagnóstico?**

**Laura Ureña Horno R2 Pediatría  
Fernando Clemente y Óscar Manrique**

# Definición

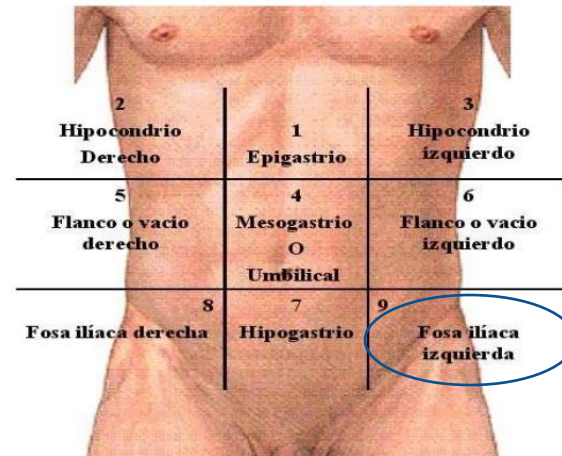
- Inflamación inespecífica del colon
- “Respuesta inadecuada de microflora microbiana endógena con o sin componente de autoinmunidad”
- Grado de extensión: proctocolitis → pancolitis
- Etiología: infecciosa, alérgica, genética o vascular

# Clínica

- Diarrea mucosanguinolenta
- Estreñimiento / urgencia y tenesmo
- Fiebre, anemia, hipoalbuminemia, malabsorción
- Síntomas nocturnos
- Dolor abdominal variable



Defecación



- ¿Duración, cronicidad, recurrencia?

# Colitis ulcerosa

- Enfermedad inflamatoria **CRÓNICA** e idiopática que cursa a **BROTOS**

**Tabla 1** Criterios diagnósticos de Lennard-Jones

Criterios clínicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rectorragia</li> <li>• Diarrea crónica (aunque en un 10% de los casos puede haber estreñimiento)</li> <li>• Dolor abdominal</li> <li>• Manifestaciones extraintestinales</li> </ul>
Criterios radiológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios mucosos: mucosa granular, úlceras espiculares o en botón de camisa, seudopólipos</li> <li>• Cambios del calibre: estrechamiento de la luz (aumento del espacio recto-sacro), acortamiento del colon, pérdida de haustración</li> </ul>
Criterios endoscópicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mucosa eritematosa, granular, edematosa y/o friable</li> <li>• Exudado o ulceraciones</li> <li>• Hemorragia al roce o espontánea</li> <li>• Seudopólipos y pólipos</li> <li>• Lesiones característicamente continuas y con afectación prácticamente constante de recto</li> </ul>
Criterios anatomopatológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayores: inflamación exclusiva de la mucosa, úlceras superficiales, distorsión de la criptas, microabscesos, depleción de células caliciformes</li> <li>• Menores: infiltrado inflamatorio crónico difuso, aumento de la vascularización mucosa, metaplasia de las células de Paneth, atrofia mucosa, hiperplasia linfoide</li> </ul>

**Tabla 2** Clasificación de Montreal para la colitis ulcerosa

## Extensión (E)

- E1) Proctitis ulcerosa: afección limitada al recto (el límite superior de la inflamación no supera la unión rectosigmoidea)  
 E2) Colitis izquierda: afección limitada al colon izquierdo (el límite superior de la inflamación no supera el ángulo esplénico)  
 E3) Colitis extensa (pancolitis): afección que se extiende más allá del ángulo esplénico

## Gravedad (S)

- S0) Colitis en remisión (colitis silente): no hay síntomas de la enfermedad.  
 S1) Colitis leve: 4 o menos deposiciones al día con sangre, sin fiebre, leucocitosis, taquicardia, anemia ni aumento de la VSG  
 S2) Colitis moderada: criterios intermedios entre leve y grave, siempre con signos de afección sistémica leves (véase índice de Truelove-Witts, tablas 3 y 4)  
 S3) Colitis grave: 6 o más deposiciones diarias con sangre, fiebre (> 37,5) o taquicardia (> 90 lat./min) o anemia (Hb < 10,5 g/dl) o aumento de la VSG (> 30 mm/h), a menudo con signos de afección («toxicidad») sistémica grave

Hb: hemoglobina.

Fuente: Silverberg et al.<sup>2</sup>.

Guía clínica GETECCU del tratamiento de la colitis ulcerosa elaborada con la metodología GRADE

- Recto → extensión proximal → pancolitis (50-80% pacientes pediátricos)
- Afectación continua y mucosa
- **Extraintestinales:** pioderma gangrenoso, colangitis esclerosante, hepatitis crónica activa y espondilitis anquilopoyética

# Colitis ulcerosa

- Pico de incidencia 15-30 años
- Escasa incidencia en el periodo de lactante (<5% en < 5 años)
- Múltiples teorías sobre presentación pediátrica: LM, antibioterapia neonatal, dietas occidentales, GENÉTICA



# Colitis ulcerosa: tratamiento

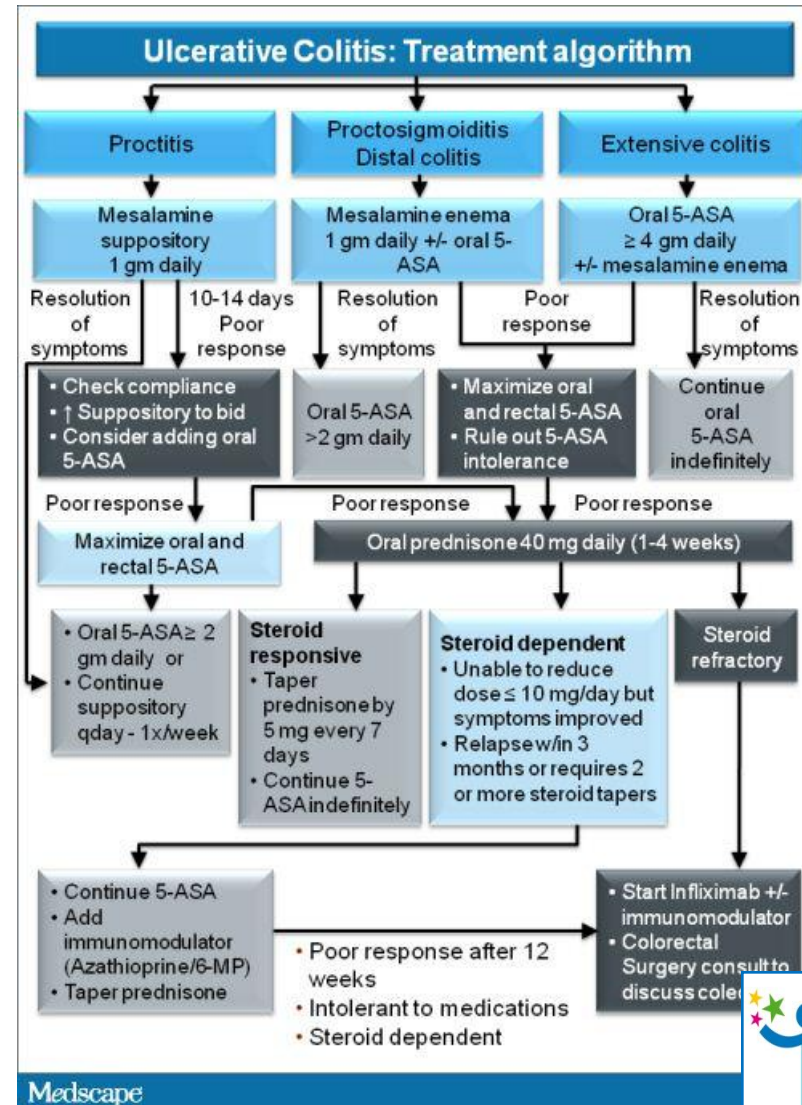
Tabla 1. Índice de actividad (PUCAI)

1. Dolor abdominal		
Sin dolor		0
Puede ser ignorado		5
No puede ser ignorado		10
2. Rectorragia		
Ausente		0
Pequeño sangrado (<505 deposición)		10
Pequeño sangrado en la mayoría de las deposiciones		20
Sangrado abundante (>50% deposición)		30
3. Consistencia		
Formes		0
Parcialmente formes		5
Completamente desechas		10
4. N.º de deposiciones al día		
0-2		0
3-5		5
6-9		10
>8		15
5. Deposiciones nocturnas		
Ausentes		0
Presentes		10
6. Grado de actividad		
Sin limitación		0
Restricción ocasional		5
Restricción importante		10
PUCAI <10: remisión. PUCAI 10-34: brote leve. PUCAI 35-64: brote moderado. PUCAI >65: brote grave.		

PUCAI: Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index.

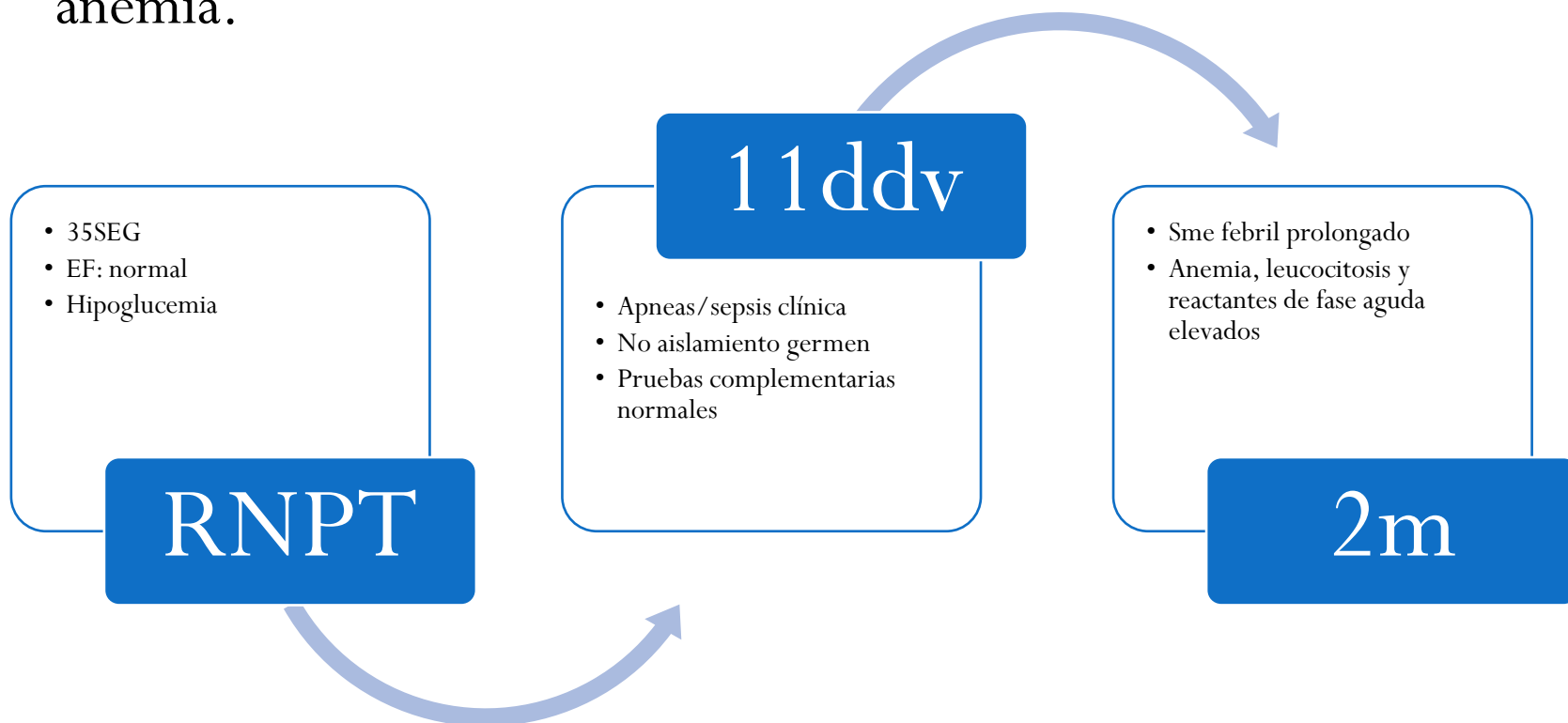
## Tratamiento de base y evaluación de brotes (PUCAI)

Tratamiento curativo: colectomía



# Caso clínico

Lactante de 2 meses derivado a nuestro hospital para estudio de anemia.



AF: G1A0V1/Madre afecta de lupus discoide /LM exclusiva

# Caso clínico: evolución

**Cultivos** (hemo, uro, copro, PL): negativos

**Serología:** normal

**Rx tórax:** normal

**Médula ósea:** hiperplasia mielomonocítica. No displasias de otras series

Inicio  
tratamiento:  
cefotaxima

**Cefotaxima+**  
**Ampicilina**

Anemia  
(Hb  
4,3mg/dL)

Meropenem

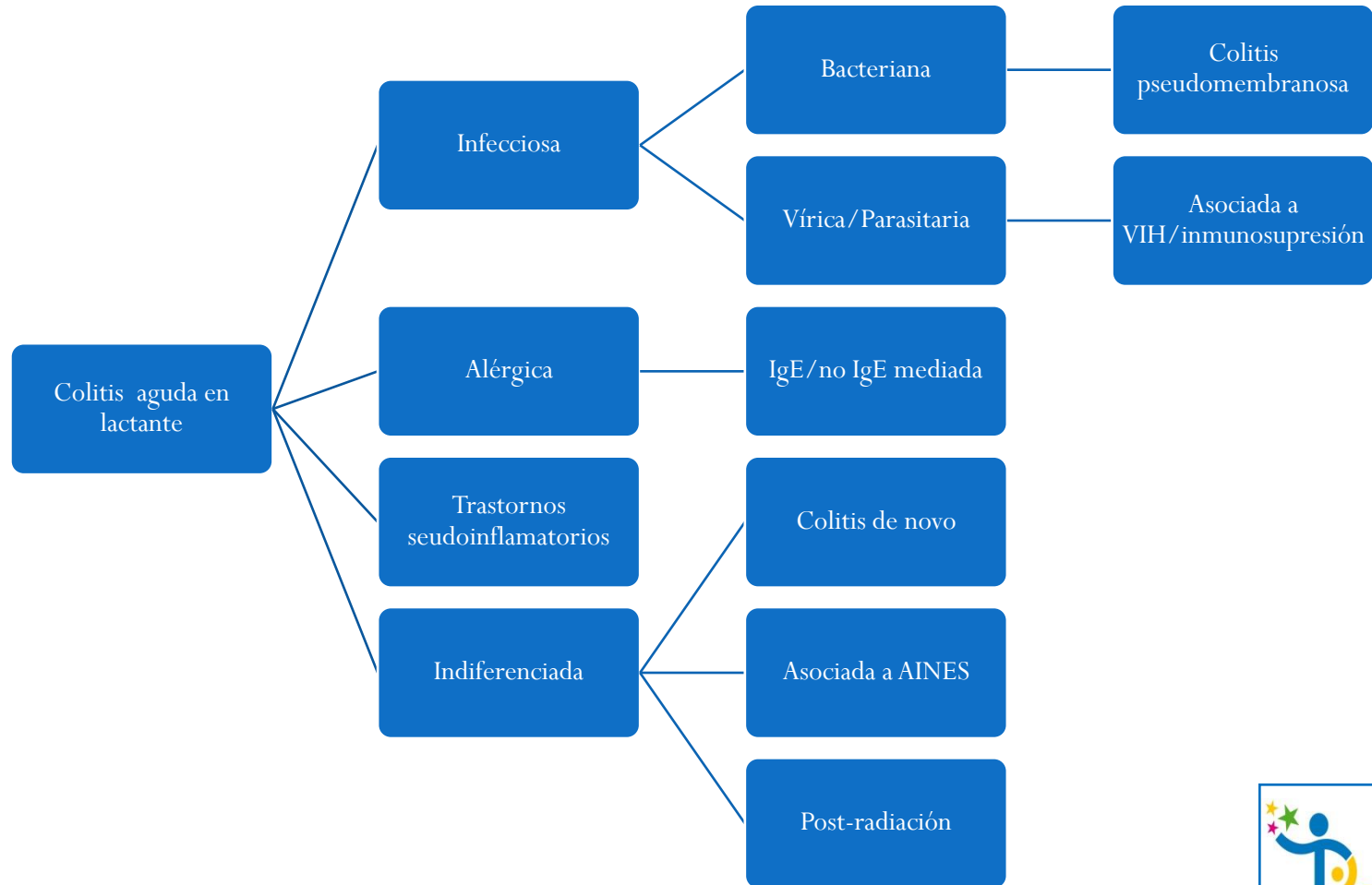
**Ecografía:** Ileítis

**Ecografía:** Inflamación colon  
SOH: +  
**¿Colitis en lactante?**



# Lactante con colitis aguda

## Diagnóstico diferencial

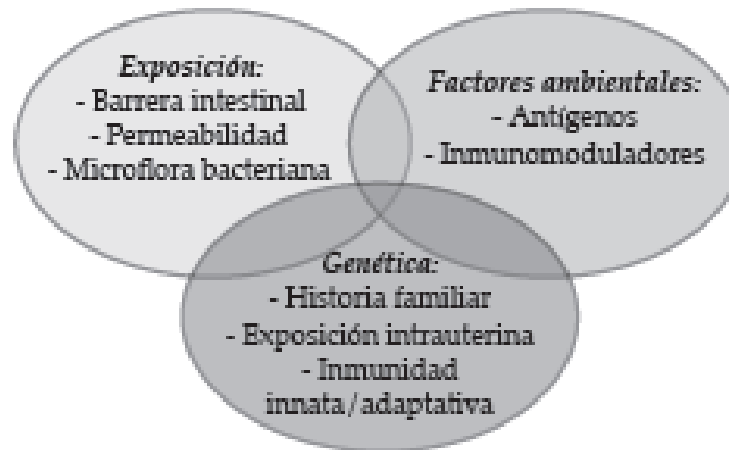


# Colitis y alergia alimentaria

- Introducción de proteínas alimentarias
- Tracto GI → liberación de antígenos
- Factores físico-químicos/inmunológicos

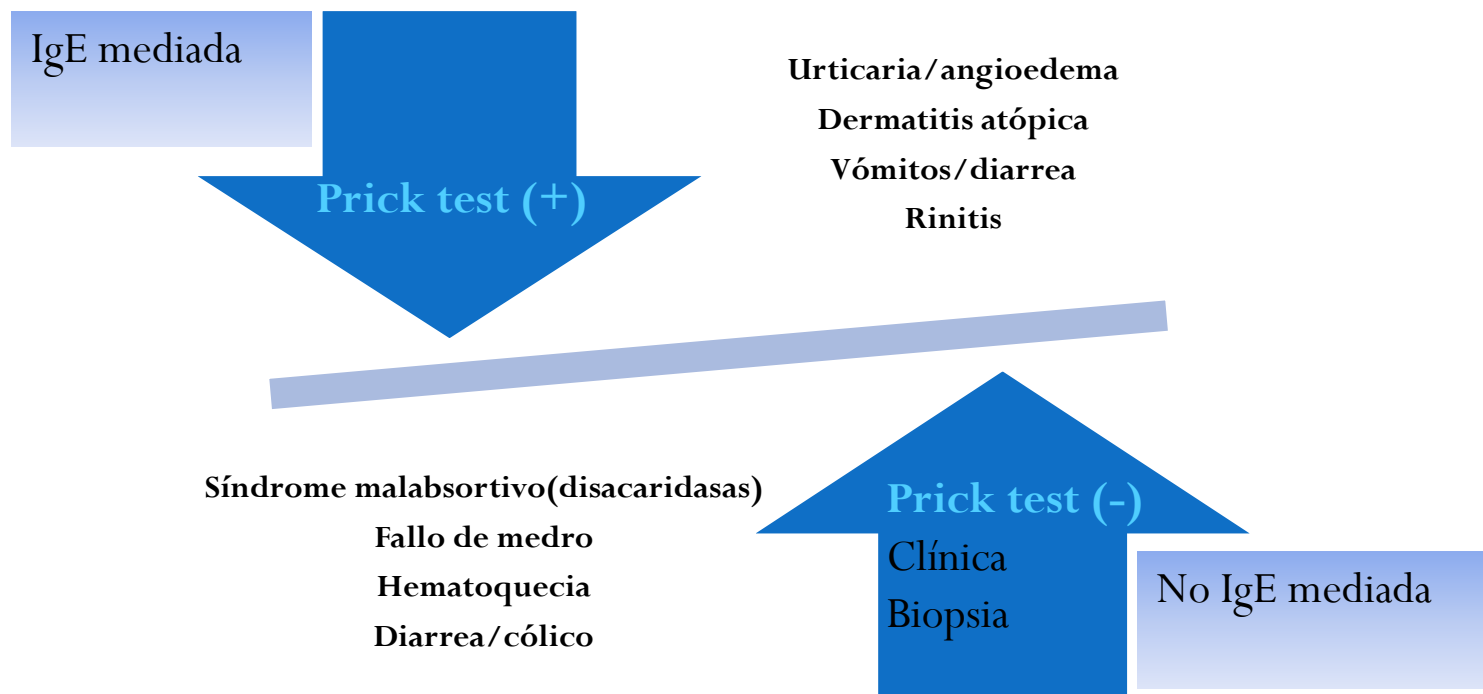
---

## Alergia: reacción inmunológica



# Colitis alérgica

- Tolerancia oral/fenómeno transitorio
  - 1er año de vida: APLV (0,3-7,5%)
  - 2-5años: huevo, soja y pescado



# Clasificación colitis alérgica

- **IgE mediada:**
  1. Hipersensibilidad gastrointestinal inmediata
  2. Síndrome de alergia oral
- **No IgE mediada**
  1. Enteropatía alérgica
  2. Enterocolitis inducida por proteínas alimentarias
  3. Proctocolitis alérgica
- **Mecanismo mixto**
  1. Colitis eosinofílica

# Tratamiento colitis alérgica

- **Retirada alérgeno**, fórmulas hidrolizadas, inmunoterapia oral
- Prueba de provocación
- ¿Edad de reintroducción alérgeno?
  - Anafilaxia: no antes de los 12 meses
  - Enteropatía pierde proteínas/diarrea crónica: 6-12m
  - Proctocolitis: 6 meses tras exclusión

<b>Shigella, Salmonella, Campylobacter</b>	<b>Diarrea líquida sanguinolenta, dolor abdominal, fiebre, leucocitos fecales</b>	
Mycobacterium	Afectación íleo-cecal ( <i>Crohn</i> )	Cultivo, biopsia
Yersinia enterocolítica	Diarrea persistente, pseudoapendicitis, sangre en heces	
Clostridium difficile	Diarrea sanguinolenta, pseudomembrana en sigmoidoscopia	Tras AB prolongada
E. Coli O157:H7	Colitis	SHU (IR, hemólisis)
Giardia lamblia	Dolor, diarrea líquida, pérdida peso	
Cryptosporidium	Diarrea crónica	Hallazgos mucosos dif EII
CMV	Ulceración colónica única, diarrea sanguinolenta	Inmunosupresores

# Colitis por CMV

## • ¿Etiopatogenia/ complicación CU?

Infección por citomegalovirus en pacientes con colitis ulcerosa tratados con colectomía

María José Alcalá, Francesc Casellas, Judith Pallarés<sup>a</sup>, Inés de Torres<sup>a</sup> y Juan-Ramón Malagelada

Servicio de Aparato Digestivo. <sup>a</sup>Departamento de Anatomía Patológica. Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona.



[March 2004 - Volume 28 - Issue 3 - pp 365-373](#)

Cytomegalovirus Infection in Steroid-refractory Ulcerative Colitis: A Case-Control Study

## Cytomegalovirus Colitis

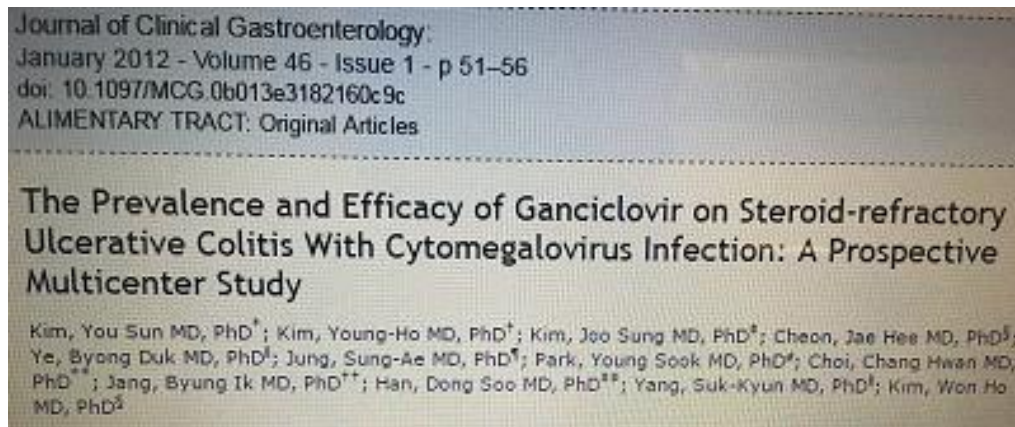
An Uncommon Mimicker of Common Colitides

Nick Baniak, MD; Rani Kanthan, MD, MEd

Grupo 1 (40)	Grupo 2 (40)	Grupo control (40)
CU refractaria a corticoides	CU con buena respuesta a corticoides	Pacientes colectomizados por razón diferente a CU
IHQ: 25% CMV	IHQ 2.5%	0%
70% no-respuesta AZT/6 MCT		

# Tratamiento de colitis infecciosa

- Tratamiento etiológico
  - Salmonella: tto enfermedad sistémica
  - Precaución AB prolongada y pacientes inmunodeprimidos
- Beneficio de uso de **ganciclovir** en colitis ulcerosa corticoresistente





# Colitis post-radiación

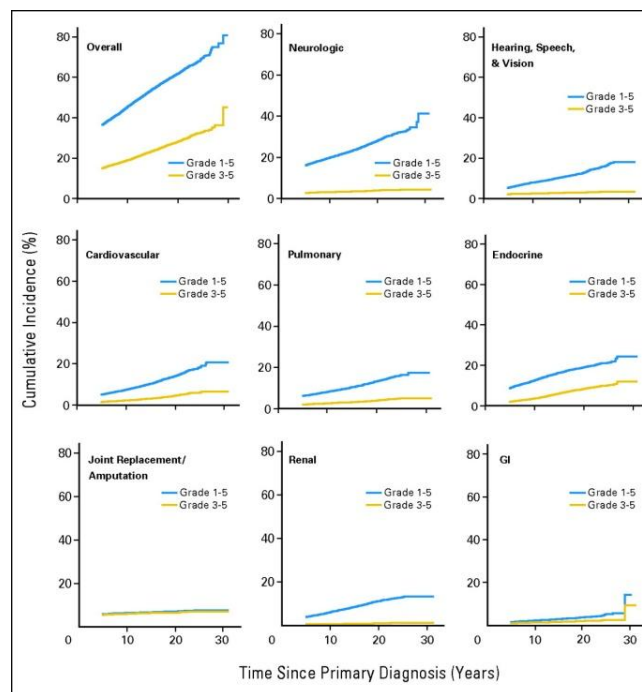
- Radioterapia abdominal: isquemia inducida en la mucosa intestinal
- **Incidencia:** 10-30% leve 2-3% grave (Qadeer and Vargo 2008)
- 1-6 semanas tras RT

## Tumor Wilms

Linfoma No Hodgkin

Neuroblastoma

Rabdomiosarcoma



Chronic disease in the Childhood Cancer Survivor Study Cohort

- QT--- Irinotecán

# Trastornos seudoinflamatorios

**Tabla 336-5** Trastornos intestinales seudoinflamatorios crónicos incluyendo enfermedades monogénicas

## INFECCIÓN (v. tabla 336-4)

### Asociados al SIDA

#### Toxinas

#### Inmunitarios-inflamatorios

Inmunodeficiencias combinadas graves

Agammaglobulinemia

Enfermedad granulomatosa crónica

Síndrome de Wiskott-Aldrich

Inmunodeficiencias variables comunes

Enfermedades por inmunodeficiencia adquirida

Enterocolitis por proteínas de la dieta

Síndrome poliendocrino autoinmunitario de tipo 1

Enfermedad de Behçet

Hiperplasia nodular linfoide

Gastroenteritis eosinofílica

Síndrome de Omenn

Enfermedad de injerto contra huésped

Síndromes IPEX (disfunción inmunitaria, poliendocrinopatía,

enteropatía, ligado al cromosoma X)

Defectos de la señalización de la interleucina 10

Enteropatía autoinmunitaria\*

Colitis microscópica

Síndrome de hiperinmunoglobulina M

Síndrome de hiperinmunoglobulina E

Déficit de mevalonato cinasa

Fiebre Mediterránea familiar

Defectos de fosfolipasa C $\gamma$ 2

Linfocitosis hemofagocítica familiar de tipo 5

Síndromes linfoproliferativos ligados al cromosoma X de tipo 1 y 2

Neutropenias congénitas

Déficit de adhesión leucocitaria de tipo 1

## TRASTORNOS VASCULARES-ISQUÉMICOS

Vasculitis sistémica (LES, dermatomiositis)

Púrpura de Henoch-Schönlein

Síndrome hemolítico-urémico

Granulomatosis con angitis

## OTROS

Glucogenosis de tipo 1b

Epidermólisis distrófica ampollosa

Displasia ectodérmica e inmunodeficiencia ligada al cromosoma X

Disqueratosis congénita

Déficit de ADAM-17

Colitis preestenótica

Colitis de derivación

Colitis por radiación

Enterocolitis necrosante neonatal

Tiflitis

Colitis de Hirschsprung

Linfoma intestinal

Abuso de laxantes

Endometriosis

Síndrome de Hermansky-Pudlak

Síndrome tricohepatoentérico

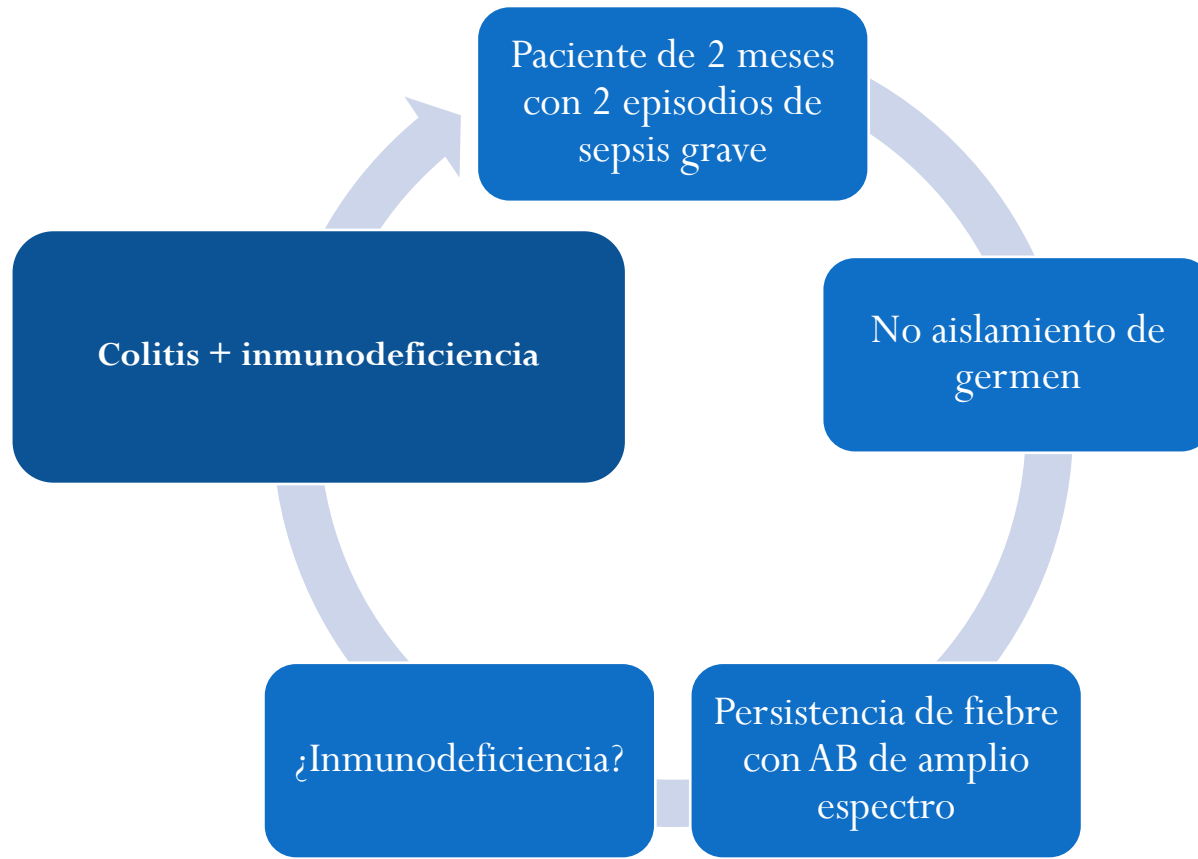
Síndrome hamartomatoso PTEN

LES, lupus eritematoso sistémico.

\*Puede ser similar al IPEX.

- Enfermedades multisistémicas
- Criterios diagnósticos: incluyen colitis
- MALT / inmunodeficiencia

# Caso clínico: resumen



# Inmunodeficiencias

## Debut durante la infancia

## Infecciones y manifestaciones clínicas características

**Tabla 336-5** Trastornos intestinales pseudoinflamatorios crónicos incluyendo enfermedades monogenéticas

**INFECCIÓN** (v. tabla 336-4)  
**Asociados al SIDA**  
**Toxinas**  
**Inmunitarios-inflamatorios**  
 Inmunodeficiencias combinadas graves  
 Agammaglobulinemia  
 Enfermedad granulomatosa crónica  
 Síndrome de Wiskott-Aldrich  
 Inmunodeficiencias variables comunes  
 Enfermedades por inmunodeficiencia adquirida  
 Enterocolitis por proteínas de la dieta  
 Síndrome poliendocrino autoinmunitario de tipo 1  
 Enfermedad de Behçet  
 Hiperplasia nodular linfóide  
 Gastroenteritis eosinofílica  
 Síndrome de Omenn  
 Enfermedad de injerto contra huésped  
 Síndromes IPEX (disfunción inmunitaria, poliendocrinopatía, enteropatía, ligado al cromosoma X)  
 Defectos de la señalización de la interleucina 10  
 Enteropatía autoinmunitaria\*  
 Colitis microscópica  
 Síndrome de hiperinmunoglobulina M  
 Síndrome de hiperinmunoglobulina E  
 Déficit de mevalonato cinasa  
 Fiebre Mediterránea familiar  
 Defectos de fosfolipasa C $\gamma$ 2  
 Linfocitosis hemofagocítica familiar de tipo 5  
 Síndromes linfoproliferativos ligados al cromosoma X de tipo 1 y 2  
 Neutropenias congénitas  
 Déficit de adhesión leucocitaria de tipo 1

**TRASTORNOS VASCULARES-ISQUÉMICOS**  
 Vasculitis sistémica (LES, dermatomiositis)  
 Púrpura de Henoch-Schönlein  
 Síndrome hemolítico-urémico  
 Granulomatosis con angitis

**OTROS**  
 Glucogenosis de tipo 1b  
 Epidermólisis distrófica ampollosa  
 Displasia ectodérmica e inmunodeficiencia ligada al cromosoma X  
 Disqueratosis congénita  
 Déficit de ADAM-17  
 Colitis preestenótica  
 Colitis de derivación  
 Colitis por radiación  
 Enterocolitis necrosante neonatal  
 Tiflitis  
 Colitis de Hirschsprung  
 Linfoma intestinal  
 Abuso de laxantes  
 Endometriosis  
 Síndrome de Hermansky-Pudlak  
 Síndrome tricohepatoentérico  
 Síndrome hamartomatoso PTEN

LES, lupus eritematoso sistémico.  
 \*Puede ser similar al IPEX.

**Tabla 1.** Orientación clínica de las inmunodeficiencias primarias

Tipo de Inmunodeficiencia	Edad de Inicio	Infecciones	Gérmenes
ID de anticuerpos	Desde los 5-6 meses	Respiratorias Digestivas	Bacterias Enterovirus
ID celular o combinada	Desde el nacimiento	Respiratorias Digestivas Sepsis	Bacterias Virus Oportunistas (hongos, micobacterias)
ID de fagocito	Cualquier edad	Respiratorias Cutáneas Abscesos	Bacterias Aspergillus Micobacterias
ID de complemento	Cualquier edad	Encapsulados Neisserias	Neisserias Encapsulados
ID de Inmunidad Innata	Desde el nacimiento Mejora con la edad	Neumococo Hib, estafilococo, herpes virus	Neumococo Hib, estafilococo Herpes virus

# Caso clínico: evolución

- Colonoscopia: Se explora recto y sigma objetivando 6 ulceraciones de fondo de fibrina y neovascularización en sus bordes. Resto de mucosa normal.
- Biopsia: Granuloma necrotizante



**Confirmación:** Estallido leucocitario



Tabla 336-5	Trastornos intestinales pseudoinflamatorios crónicos incluyendo enfermedades monogénicas
INFECCIÓN (v. tabla 336-4)	
Asociados al SIDA	
Toxinas	
Inmunitarios-inflamatorios	
Inmunodeficiencias combinadas graves	
Agammaglobulinemia	
Enfermedad granulomatosa crónica	
Síndrome de Wiskott-Aldrich	
Inmunodeficiencias variables comunes	
Enfermedades por inmunodeficiencia adquirida	
Enterocolitis por proteínas de la dieta	
Síndrome poliendocrino autoinmunitario de tipo 1	
Enfermedad de Behçet	
Hiperplasia nodular linfoide	
Gastroenteritis eosinofílica	
Síndrome de Omerni	
Enfermedad de injerto contra huésped	
Síndromes IPEX (disfunción inmunitaria, poliendocrinopatía, enteropatía, ligado al cromosoma X)	
Defectos de la señalización de la interleucina 10	
Enteropatía autoinmunitaria*	
Colitis microscópica	
Síndrome de hiperinmunoglobulina M	
Síndrome de hiperinmunoglobulina E	
Déficit de mevalonato cinasa	
Fiebre Mediterránea familiar	
Defectos de fosfolipasa C2	
Linfohistiocitosis hemofagocítica familiar de tipo 5	
Síndromes linfoproliferativos ligados al cromosoma X de tipo 1 y 2	
Neutropenias congénitas	
Déficit de adhesión leucocitaria de tipo 1	
TRASTORNOS VASCULARES-ISQUÉMICOS	
Vasculitis sistémica (LES, dermatomiositis)	
Púrpura de Henoch-Schönlein	
Síndrome hemolítico-urémico	
Granulomatosis con angitis	
OTROS	
Glucogenosis de tipo 1b	
Epidermolísis distalica ampollosa	
Displasia ectodérmica e inmunodeficiencia ligada al cromosoma X	
Disqueratosis congénita	
Déficit de ADAM-17	
Colitis preesténica	
Colitis de derivación	
Colitis por radiación	
Enterocolitis necrosante neonatal	
Tiflitis	
Colitis de Hirschsprung	
Linfoma intestinal	
Abuso de laxantes	
Endometriosis	
Síndrome de Hermansky-Pudlak	
Síndrome tricohepatointestinal	
Síndrome hamartomatoso PTEN	

LES, lupus eritematoso sistémico.  
\*Puede ser similar al IPEX.

# Conclusiones

- Aunque la incidencia de EII en Pediatría ha aumentado, debemos tener en cuenta la edad de presentación y cronicidad del proceso
- La presentación de colitis en el lactante requiere un diagnóstico diferencial complejo y la necesidad de pruebas complementarias
- Ante toda colitis en lactante debemos solicitar coprocultivo y prick test
- Múltiples enfermedades sistémicas presentan síntomas gastrointestinales en su debut

# Bibliografía

- Baniak N, Kanthan R. Cytomegalovirus Colitis An Uncommon Mimicker of Common Colitides. Arch Pathol Lab Med. 2016;140:854-858
- Orsi M, Fernandez A, Follet FR, Marchisone S. Cow's milk protein allergy Proposed guidelines for the management of children with cow's milk protein allergy. Arch Argent Pediatr. 2009;107:459-470
- Pavón Relinchón P, García Novo MD, Argüelles Martín F. Tratado de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica aplicada de la SEGHN. Madrid: Ergon; 2010
- Gomollón F, García-López S, Sicilia B, Gisbert JP et al. Guía clínica GETECCU del tratamiento de la colitis ulcerosa elaborada con la metodología GRADE. Barcelona: Elsevier; 2012
- Kliegman, RM. Nelson. Tratado de Pediatría. (20 ed.). Barcelona: Elsevier; 2016