

Lymphocytic colitis (Clinical case)

Colite linfocítica (Caso clínico)

Bruno Sousa^(1,2,3), Nelson Tavares^(1,2)

¹School of Sciences and Health Technologies, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal

²CBIOS – Research Center for Biosciences and Health Technologies

³Health Service of Autonomous Region of Madeira

e-mail: bruno.sousa@mail.com

Received / Recebido: 13/03/2018

Accepted / Aceite: 20/03/2018

Electronic Edition: www.alies.pt

A 67-year-old woman, retired, with several associated pathologies, presented at a Nutrition Consultation with complaints of diarrhea and abdominal cramps for approximately five months, medicated during this time by her General Practitioner with Racecadotril and Atyflor®. Awaits consultation of gastroenterology.

Mulher de 67 anos, reformada, com várias patologias associadas, apresenta-se na Consulta de Nutrição com queixas de diarreia e cólicas abdominais há cerca de cinco meses, entretanto medicada pela médica de família com Racecadotril e Atyflor®. Aguarda consulta de gastroenterologia.

Anthropometric evaluation

Weight: 97.6kg

Height: 164cm

BMI: 36.3kg / m²

Waist circumference: 117cm

Avaliação antropométrica

Peso: 97,6kg

Estatura: 164cm

IMC: 36,3kg/m²

Perímetro da cintura: 117cm

Assessment of body composition (TANITA TBF 300®)

Body fat: 44.6%

Fatty mass: 43.5 kg

Fat free mass: 54.1 kg

Total body water: 39.6 kg

Avaliação da composição corporal (TANITA TBF 300®)

Gordura corporal: 44,6%

Massa gorda: 43,5kg

Massa isenta de gordura: 54,1kg

Água corporal total: 39,6kg

Analytical Parameters:

Hematology

Leukocytes: 9.8 x 10³ / L (4.5 - 110)

Erythrocytes: 4.01 x 10⁶ / L (3.80 - 5.80)

Hemoglobin: 12.3 g / dL (11.5 - 16.0)

Hematocrit: 37.2% (37.0 - 47.0)

Sedimentation rate: 39mm (<30)

Parâmetros analíticos:

Hematologia

Leucócitos: 9,8 10³/μL (4,5 – 110)

Eritrócitos: 4,01 10⁶/μL (3,80 – 5,80)

Hemoglobina: 12,3g/dL (11,5 – 16,0)

Hematócrito: 37,2% (37,0 – 47,0)

Velocidade de sedimentação: 39mm (<30)

Glycated hemoglobin (A1C) - 5.9% (4.0 - 6.0)

Hemoglobina glicada (A1C) – 5,9% (4,0 – 6,0)

Biochemistry

Glucose: 119 mg / dL (82.0 - 115.0)

Urea: 35.1 mg / dL (8.0 - 50.0)

Creatinine: 1.12 mg / dL (0.70 - 1.20)

Uric acid 8.4mg / dL (2.6 - 8.0)

Total cholesterol: 196 mg / dL (<200.0)

HDL cholesterol: 71.0 mg / dL (40.0 - 60.0)

LDL cholesterol: 104.2 mg / dL (<175.0)

Triglycerides: 104.0 mg / dL (<150.0)

Bioquímica

Glicose: 119mg/dL (82,0 – 115,0)

Ureia: 35,1mg/dL (8,0 – 50,0)

Creatinina: 1,12mg/dL (0,70 – 1,20)

Ácido úrico 8,4mg/dL (2,6 – 8,0)

Colesterol total: 196mg/dL (<200,0)

Colesterol HDL: 71,0mg/dL (40,0 – 60,0)

Colesterol LDL: 104,2mg/dL (<175,0)

Alanine Aminotransferase: 26.4 U / L (14.0 - 54.0)
Aspartate Aminotransferase: 25.2 U / L (10.0 - 35.0)
Gamaglutamyltransferase: 41.0 U / L (7.0 - 50.0)

C-reactive protein: 17.14 mg / L (<6.10)

Hormonology

Free T4: 1.4 ng / dL (30.0 - 260)
TSH: 5.32 IU / mL (0.30 - 4.70)

Immunology

IgA (serum): 494.0 mg / dL (70.0 - 400.0)
Rheumatoid factor: <12.5 IU / ml (<16.0)

Anti-Nuclear Antibodies: negative

B.C. Anti-Cytoplasm Neutrophil, IgG: negative

B.C. Anti-CCP, IgG: 0.0 UA / mL (<5.0)

B.C. Tissue Anti-Transglutaminase, IgA: 2.2U / mL
(negative: <10)

Urine

Creatinine: 93.0 mg / dL (30.0 - 1.7)
Microalbuminuria: <0.7 mg / dL (<2.0)

Clinical evaluation:

Background:

- Obesity II
- Depressive Syndrome
- Arterial hypertension
- Cardiac valvular disease - mild sclerosis of aortic valve; mild left ventricular hypertrophy; mild mitral and tricuspid regurgitation
- Diabetes mellitus type 2
- Fibromioma of the uterus
- Fibromyalgia
- Obstructive Sleep Apnea Syndrome
- Moderate diffuse hepatic disease
- Multinodular goiter with thyroidectomy for approximately 6 years

Medication:

Sodium levothyroxine; Furosemide; Clopidogrel; Carvedilol; Trazodone; Esomeprazole; Diazepam; Metformin; Calcitriol.

Recent screening tests:

Colonoscopy: colonic diverticulitis + internal hemorrhoids grade II. Perform biopsy to check for microscopic colitis

Triglicéridos: 104,0mg/dL (<150,0)
Alanina Aminotransferase: 26,4U/L (14,0 – 54,0)
Aspartato Aminotransferase: 25,2U/L (10,0 – 35,0)
Gamaglutamiltransferase: 41,0U/L (7,0 – 50,0)

Proteína C reativa: 17,14mg/L (<6,10)

Hormonologia

T4 livre: 1,4ng/dL (30,0 – 260)
TSH: 5,32µUI/mL (0,30 – 4,70)

Imunologia

IgA (soro): 494,0mg/dL (70,0 – 400,0)
Factor reumatoide: <12,5UI/MI (<16,0)

Anticorpos Anti-Nucleares: negativo

Ac. Anti-Citoplasma Neutrófilo, IgG: negativo

Ac. Anti-CCP, IgG: 0,0UA/mL (<5,0)

Ac. Anti-Transglutaminase Tecidular, IgA: 2,2U/mL
(negativo: <10)

Urina

Creatinina: 93,0mg/dL (30,0 – 1,7)
Microalbuminúria: <0,7mg/dL (<2,0)

Avaliação clínica:

Antecedentes pessoais:

- Obesidade II
- Síndrome depressivo
- Hipertensão arterial
- Doença valvular cardíaca – esclerose ligeira da válvula aórtica; ligeira hipertrofia ventricular esquerda; discreta regurgitação mitral e tricúspide
- Diabetes mellitus tipo 2
- Fibromioma do útero
- Fibromialgia
- Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono
- Esteatose hepática difusa moderada
- Bócio multinodular com tiroidectomia há cerca de 6 anos.

Medicação:

Levotiroxina sódica; Furosemida; Clopidogrel; Carvedilol; Trazodona; Esomeprazol; Diazepam; Metformina; Calcitriol.

Exames complementares de diagnóstico recentes:

Colonoscopia: Diverticulite cólica + Hemorroidas internas grau II. Faz biopsia para despiste de colite microscópica

Histology: Changes compatible with lymphocytic colitis

Intestinal transit: 4 to 5 pasty periods per day, without blood or mucus.

Eating habits:

Wake up at 7 a.m.

Breakfast: 7:15 a.m.

3 white bread toasts + 1 cup of coffee with half-fat milk

Morning snack: 10:30 a.m.

1 natural yogurt + 1 banana + 1 water and salt wafer

Lunch: 1:30 p.m.

Dish: 2 tablespoons of white rice + meat or fish (100g) + vegetable (50g)

Dessert: 1 piece of fruit (assorted)

Afternoon snack: 17 p.m.

1 white bread with 1 slice of cheese + 1 cup of coffee with half-fat milk

Dinner: 8 p.m.

Chicken broth / meat

1 piece of fruit (varied)

Supper: 22 p.m.

1 natural yogurt + 2 water and salt biscuits

Lie down at 11:30 p.m.

Water / tea consumption: 5 cups per day

Environment, behavior and social

She lives with her 69-year-old husband, also retired.

Due to her clinical situation, and having episodes of diarrhea, she is afraid to leave home, having little social contact.

Has a sedentary activity.

Questions:

1. Lymphocytic colitis or microscopic colitis?
2. What is the main symptom?
3. Why colon biopsies are required to definitively distinguish lymphocytic colitis from the much more common irritable bowel syndrome?
4. What medical condition should have been excluded

Histologia: Alterações compatíveis com colite linfocítica

Trânsito intestinal: 4 a 5 dejeções pastosas por dia, sem sangue ou muco.

Hábitos alimentares:

Acorda às 7h

Pequeno-almoço: 7h15

3 torras de pão branco + 1 chávena de café com leite meio gordo

Lanche da manhã: 10h30

1 iogurte natural + 1 banana + 1 bolacha de água e sal

Almoço: 13h30

Prato: 2 colheres de sopa de arroz branco + carne ou peixe (100g) + verdura (50g)

Sobremesa: 1 peça de fruta (variada)

Lanche da tarde: 17h

1 pão branco com 1 fatia de queijo + 1 chávena de café com leite meio gordo

Jantar: 20h

Caldo de galinha/carne

1 peça de fruta (variada)

Ceia: 22h

1 iogurte natural + 2 bolachas de água e sal

Deita-se às 23h30

Consumo de água/chá: 5 chávenas por dia

Ambiente, comportamento e social:

Vive com o marido de 69 anos, também reformado.

Face à sua situação clínica, e pelo facto de estar com episódios de diarreia, tem receio de sair de casa, tendo pouco contacto social.

Apresenta uma atividade sedentária.

Questões:

1. Colite linfocítica ou colite microscópica?
2. Qual é o principal sintoma?
3. Porque são necessárias biópsias ao cólon para distinguir definitivamente a colite linfocítica da síndrome do intestino irritável, que é mais comum?
4. Qual é a patologia que deve ser excluída quando

when presented a patient with lymphocytic colitis and why?

5. No curative therapy currently exists for lymphocytic colitis. What should be the main goals treatment?

um paciente apresenta sintomas de colite linfocítica e porquê?

5. Atualmente não existe terapia curativa para a colite linfocítica. Qual deve ser o principal objetivo de tratamento?

<p>1. A colite microscópica é um termo genérico que inclui duas formas principais, a colite colagênica e a colite linfocítica e descreve uma forma de doença inflamatória intestinal crônica e recidivante.</p> <p>2. O principal sintoma é a diarreia sem sangue. Outros sintomas comuns incluem dor abdominal (50%-70%), e assim muitos pacientes com colite linfocítica cumprem os critérios de inclusão na síndrome do intestino irritável.</p> <p>3. A característica histológica da colite microscópica é a inflamação intra-epitelial. Além disso, a doença é caracterizada por infiltrado misto na lamina própria, predominantemente por células inflamatórias crônicas. Na colite linfocítica, um dos parâmetros essenciais para o diagnóstico é um aumento do número de linfócitos intrapiteliais.</p> <p>4. Até um terço dos pacientes com doença celíaca apresentam alterações histológicas no colon consistentes com colite microscópica. Num grande estudo, 4,3% dos pacientes com doença celíaca apresentavam colite microscópica, uma taxa 72 vezes maior que em pacientes sem doença celíaca. Portanto, a colite microscópica deve ser considerada em pacientes com doença celíaca com diarreia contínua ou recorrente, apesar de uma dieta rigorosa sem glúten.</p> <p>5. Os principais objetivos da terapia são alcançar e manter a remissão clínica e melhorar a qualidade de vida do paciente. A terapia nutricional deverá ser de suporte, com esforços para manter o peso e o estado nutricional, evitar a exacerbação dos sintomas e manter a hidratação.</p>	<p>1. Microscopic colitis is a generic term that includes 2 main forms, collagenous colitis and lymphocytic colitis, and describes a form of inflammatory bowel disease with a chronic and relapsing course.</p> <p>2. The main symptom is chronic non-bloodly watery diarrhea. Other common symptoms include abdominal pain (50%-70%), with the result that many patients with lymphocytic colitis meet criteria for irritable bowel syndrome.</p> <p>3. The hallmark histologic feature of microscopic colitis is intraepithelial lymphocytosis. In addition, the disease is characterized by mixed infiltrate in the lamina propria, predominantly by chronic inflammatory cells. In lymphocytic colitis the essential findings for diagnosis is an increase in intraepithelial lymphocytes.</p> <p>4. Up to a third of patients with celiac disease have histological changes in the colon consistent with microscopic colitis. In one large study, 4.3% of patients with celiac disease had microscopic colitis, a rate 72 times higher than in patients without celiac disease. Therefore, microscopic colitis should be considered in patients with celiac disease who have continued or recurrent diarrhea despite a strict gluten-free diet.</p> <p>5. The primary goals of therapy are to achieve and maintain clinical remission and to improve the patient's quality of life. Nutrition therapy is supportive in nature with efforts to maintain weight and nutrition status, avoid symptom exacerbation, and maintain hydration.</p>
Respostas:	Answers:

References/ Referências

1. Bouma G, Munch A. Microscopic colitis. *Dig Dis* 2015;33(2):208-14.
2. Chande N, Al Yatama N, Bhanji T, Nguyen TM, McDonald JW, MacDonald JK. Interventions for treating lymphocytic colitis. *Cochrane Database Syst rev* 2017 Jul 13;7:CD006096.
3. - Clara APMS, Magnago FD, Ferreira JN, Grillo TG. Microscopic colitis: A literature review. *Rev Assoc Med Bras* 2016;62(9):895-900.
4. Farrukh A, Mayberry JF. Microscopic colitis: a review. *Colorectal Dis* 2014 dec;16(12):957-64.
5. Jauregui-Amezaga A, Vermeire S, Geboes K. Contemporary methods for the diagnosis and treatment of microscopic colitis. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 2016;10(1):47-61.
6. Kamp EJ, Kane JS, Ford AC. Irritable Bowel Syndrome and Microscopic Colitis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2016 May;14(5):659-68.
7. Mullhaupt B, Guller U, Anabiarte M, Guller R, Fried M. Lymphocytic colitis: clinical presentation and long term course. *Gut* 1998;43:629-33.
8. Okamoto R, Negi M, Tomii S, Eishi Y, Watanabe M. Diagnosis and treatment of microscopic colitis. *Clin J Gastroenterol* 2016;9:169-74.
9. Pardi DS. Microscopic colitis. *Clin Geriatr Med* 2014 feb;30(1):55-65.