

IV. COLITIS ULCEROSA ASOCIADA A ENFERMEDAD DE MÉNÉTRIER A RAIZ DE UN CASO

Dr. A. Jorge
Dr. J. Lorenzo
Dr. M. Díaz
Dr. D. Sánchez
Dr. C. Milutín



RESUMEN

Se relata el caso de un paciente que presenta la excepcional asociación de colitis ulcerosa y enfermedad de Ménétrier. Ambas enfermedades han sido diagnosticadas por procedimientos radiológicos, endoscópicos, biopsicos y de laboratorio.

Se realizan algunas consideraciones sobre la etiopatogenia de ambas afecciones.

SUMMARY

The case of a patient who presented the rare association of ulcerative colitis and Ménétrier's disease is discussed.

Both diseases were diagnosed using radiologic, endoscopic and laboratory procedures as well as biopsy. The authors discuss the etiology of both diseases and their possible relationships.

INTRODUCCION

El motivo de esta comunicación es presentar un caso de colitis ulcerosa asociada a enfermedad de Ménétrier. Esta asociación es excepcional y la hemos encontrado publicada en la literatura en una sola ocasión.

Caso reportado

E. M., argentino, casado, médico, de 53 años de edad.

Antecedentes personales: operado de hernia inguinal derecha en 1966. No hay otros datos de interés.

Antecedentes de la enfermedad actual: en enero de 1976 el paciente consulta a un médico por presentar nervosismo, pujos, tenesmos y diarreas mucosanguinolentas. Relata además astenia y adinamia.

En esta ocasión se realizan estudios radiológicos de colon por enema: rectitis inespecífica, y

de estómago y duodeno: con resultado normal. Es tratado con corticosteroides y ACTH, no habiendo mejoría.

En marzo de 1976 hay agravación de los síntomas descritos y aparecen calambres de miembros inferiores, dolores articulares y anemia.

En abril de 1976 es visto por nosotros, encontrándonos ante un enfermo en regular estado general, ansioso, algo pálido y con intensas diarreas mucosanguinolentas.

El examen físico revela: palidez de piel y mucosas, dolorimiento en marco colónico y escaso edema frío y blando en ambos miembros inferiores.

Los análisis muestran anemia de 2.800.000 eritrocitos y una protidemia total de 4,98 g % con 2,11 g % de albúmina. La evolución posterior de sus análisis puede apreciarse en el cuadro siguiente:

Fecha	Hemáties	Leucocitos	Eritro 1ª hora mm	Prot. tot. g %	Albúminas g %	Globulina g %
1/4/76	2.860.000	5.800	17	4,98	2,11	2,87
27/5/76	3.700.000	7.000	60	5,40	2,42	2,98
27/7/76	4.080.000	8.000	17	4,50	2,67	1,83
24/8/76	4.070.000	10.900	34	5,70	2,37	3,33
5/4/77	3.800.000	9.300	10	6,80	3,37	3,43
5/5/77	3.870.000	11.500	12	5,60	2,20	3,40
11/5/77	3.700.000	6.900	8	5,60	2,29	3,31

El estudio de colon por enema no da datos de interés.

La rectosigmoideoscopia pone en evidencia el cuadro típico de una colitis ulcerosa (fig. 1).

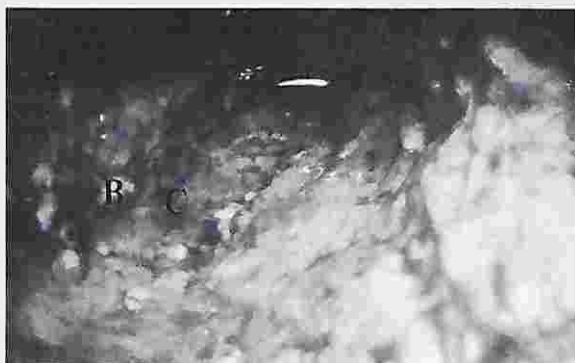


Figura 1. Rectosigmoideoscopia: a) luz colónica; b) pseudopólipos; c) ulceraciones de la mucosa colónica.

Con este diagnóstico se pone en marcha el tratamiento en base a prednisolona vía oral (32 mg diarios), dexametasona en enemas a retener (8 mg en 250 ml de agua), ACTH (50 U.I. cada 5 días), salicilazo-sulfapiridina (2 g diarios), decanoato de nandrolona (50 mg cada 10 días), polivitámicos y sedantes. Se aconseja dieta pobre en residuos y sin leche.

A partir de entonces progresivamente comienza a mejorar el estado general y a disminuir la frecuencia de la diarrea.

En junio de 1976 aparece dolor epigástrico que se va intensificando hasta hacerse continuo. Por esta razón se interna al paciente para su mejor estudio.

Al examen clínico: dolor intenso a la palpación en epigastrio sin irradiación e intensos edemas blandos y fríos en miembros inferiores.

Se efectúa radiografía de estómago (figs. 2 y 3), donde se aprecia acentuado engrosamiento de los pliegues de cuerpo y techo gástrico.



Figura 2. Radiografía de estómago. Gran engrosamiento de los pliegues del cuerpo gástrico.

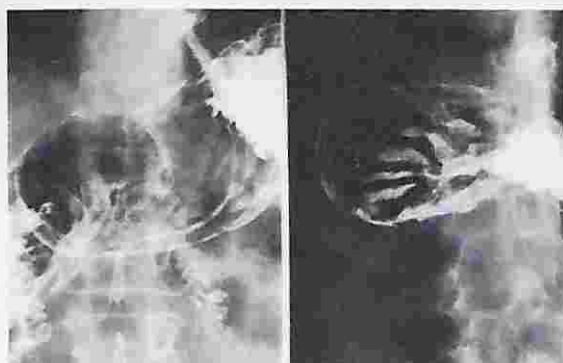


Figura 3. Radiología de estómago con doble contraste. Engrosamiento de los pliegues del techo gástrico.

Con la sospecha de encontrarnos ante una enfermedad de Ménétrier realizamos fibrogastro-duodenoscopia y biopsia gástricas.

Fibrogastroscopia: unión esófago-gástrica normal. Cuerpo gástrico: en ambas curvaturas y caras se observa una gran hipertrofia de los pliegues mucosos que toman aspecto cerebriiforme. Antro: con pliegues normales, rosados-amarillentos y con pequeñas exulceraciones no sangrantes. Se toman biopsias de cuerpo y antro.

Biopsia gástrica: criptas quísticas y con trayecto sinuoso (en sacacorchos).

Glándulas aumentadas de longitud y en algunas áreas penetrando hasta la *muscularis mucosae*. Inflamación intensa en la lámina propia (figs. 4 y 5).



Figura 4. Biopsia gástrica. Criptas quística y con trayecto sinuoso.

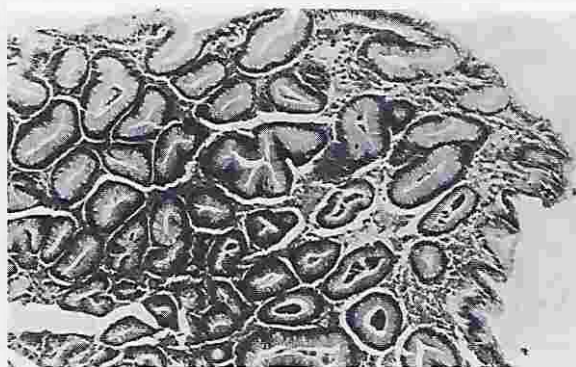


Figura 5. Biopsia gástrica. Glándulas aumentadas de longitud y penetrando hasta la *muscularis mucosae*. Inflamación de la lámina propia.

Asimismo se realiza estudio de la secreción gástrica mediante estimulación con histamina máxima:

Débito ácido-mEq/hora

a) Ayunas: 0,315

b) Basal: 0,144

c) Posestimulación histamínica máx.: 1,470

CONCLUSION

Marcada hipoacidez basal y posestimulación histamínica.

La determinación de los anticuerpos anticélulas parietales gástricas fue negativa.

Con todos los estudios mencionados se confirma el diagnóstico de enfermedad de Ménétrier y al tratamiento descrito en última instancia se agregan transfusiones periódicas de plasma humano (500 cm cada 10 días), diuréticos del tipo de la furosemina y espirolactona y antiácidos protectores de la mucosa gástrica.

En los meses siguientes hay mejoría, ha desaparecido el dolor epigástrico, los edemas son escasos y las deposiciones son espaciadas y sin sangre.

El último control efectuado el 20 de abril de 1977 muestra al paciente prácticamente sin diarreas ni dolores, con discretos edemas y persistencia de la hipoproteidemia.

Los controles radiológicos, recto y gastroscópico indican evidente mejoría morfológica de las dos afecciones.

DISCUSION

En este caso clínico podemos ver por una parte la presencia de colitis ulcerosa diagnosticada clínica y endoscópicamente. Esta afección es relativamente frecuente en los países occidentales.

Actualmente se aceptan como posibles causas etiológicas:

a) factores psicosomáticos, y

b) problemas de autoinmunidad con demostración de anticuerpos anticélulas epiteliales colónicas.⁽¹⁾

Se da importancia antigénica al lipopolisacárido de la *Escherichia coli* 014.^(2,3) También se ha demostrado la importancia de los linfocitos sensibilizados y su acción citolítica sobre el epitelio colónico.⁽⁴⁾

Por otro lado es dable observar cómo se injerta a la sintomatología primitiva del enfermo una nueva consistente en epigastralgias, edemas e hipoproteidemia.

Por todos los procedimientos descritos se llega al diagnóstico de enfermedad de Ménétrier.

Esta enfermedad es poco frecuente^(5,6,7,8) y se calculaban en el año 1971 unos 200 casos publicados.⁽⁹⁾

Su etiología es hasta el momento desconocida. El hecho fisiopatológico fundamental en esta afección es la pérdida de albúmina a través de la mucosa gástrica probada por la inyección de sustancias marcadas.^(10,11)

Esto trae como consecuencia hipoalbuminemia y edemas.⁽¹²⁾

Su tratamiento es puramente sintomático.

En nuestro paciente creemos que los edemas se deben además de la enfermedad de Ménétrier a la colitis ulcerosa, ya que en ésta hay discontinuidad del epitelio colónico con la consiguiente pérdida proteica.⁽¹³⁾

Presentamos este caso por considerar que la asociación de estas dos enfermedades es sumamente infrecuente, a tal punto que la hemos encontrado publicada una sola vez en la literatura a nuestro alcance.⁽¹⁴⁾

Agradecimiento:

Nuestro reconocimiento a la Dra. Estela Brusch Igarúa, quien efectuó la determinación de anticuerpos anticélulas parietales.

BIBLIOGRAFIA

1. Broberger, O., y Perlmann, P.: "Autoantibodies in human ulcerative colitis". *Journal of Exp. Med.*, 110, 657-674, 1959.
2. Perlmann, P.; Lagercrantz, R., y Gustafsson, B. E.: "Antigen from colon of germfree rats and antibodies in human ulcerative colitis". *Ann. New York Acad. Sci.*, 124, 377-394, 1965.
3. Perlmann, P.; Hammerstrom, S.; Lagercrantz, R., y Campbell, D.: "Autoantibodies to colon in rats and human ulcerative colitis; cross-reactivity with *Escherichia coli* 014 antigen". *Proc. Soc. Exp. Biology Medicine*, 125, 975-980, 1967.
4. Watson, D. W.; Quigley, A., y Bolt, R. J.: "Effect of lymphocytes from patients with ulcerative colitis on human adult colon epithelial cells". *Gastroenterology*, 51, 985-993, 1966.
5. Maimon, S. N.; Bartlett, J. P.; Humphreys, E. M., y Palmer, W. L.: "Giant hypertrophy gastritis". *Gastroenterology*, 18: 1947.
6. Forrester-Wood, W. R.: "Giant hypertrophy gastritis. *Brit. J. Surg.*, 37, 671, 1950.
7. Fieber, S. S.: "Hypertrophic gastritis. Report of two cases and analysis of fifty pathologically verified cases from the literature". *Gastroenterology*, 28, 39, 1955.
8. Schindler, R.; Benjamin, M., y Schlosberg, S. S.: "Death from cachectic chronic gastritis". *Gastroenterology*, 14, 130, 1950.
9. Meeroff, M.: "Gastroenterología". Ed. El Ateneo, pág. 150, 1971.
10. Hafter, E.: "Praktische Gastroenterologie". Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 1965, pág. 178.
11. Bockus, H. L.: "Gastroenterology", vol. I, 2ª Ed., W. B. Saunders Company, 1963, pág. 406.
12. Citrin, Y., y col.: "The mechanism of hypoproteinemia associated with giant hypertrophy of the gastric mucosa". *New England J. Med.*, 257, 906, 1957.
13. Meeroff, M.: "Gastroenteropatías perdedoras de albúmina II". *Tribuna Médica*, IV, nº 10, 269, 1969.
14. Dubarry, J. J.; Quinton, A.; Beylot, J.; Bernard, J. P.; Faivre, J.; Richir, C.; Dupré, N., y Beuzit, Y.: "Une curieuse association: Rectocolite hémorragique et maladie de Ménétrier". *Arch. Mal. App. Dig.*, 58, nº 3, pág. 197.