



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 329/50 - COLITIS ISQUÉMICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Bustamante Odriozola<sup>1</sup>; N. San Miguel Martín<sup>2</sup>; P. Bermúdez Martí<sup>3</sup>; B. Coll Bas<sup>4</sup>; M. Santos Gravalosa<sup>5</sup>; K. Baldeón Cuenca<sup>6</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Cantabria. <sup>4</sup>061. Cantabria.; <sup>5</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Medina Pomar. Burgos. <sup>6</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabeazón de la Sal. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 76 años que acude a Urgencias por dolor abdominal 2 horas de evolución seguido posteriormente de cuadro diarreico y rectorragia franca. Como antecedentes personales destaca un episodio previo de colitis isquémica hace 4 años, hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento con olmesartán/hidroclorotiazida desde hace 2 años (previamente con telmisartán/hidroclorotiazida) y simvastatina.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente, orientada. Hidratada y perfundida. Normal coloración cutánea y de mucosas. Eupneica. Colaboradora. Abdomen: blando, doloroso a la palpación especialmente en FID y en punto de Rovsing. Defensa a la palpación en FID. Blumberg negativo. RHA: aumentados. No masas ni visceromegalias. Tacto rectal negativo. Se objetiva hemorroide externa no dolorosa a la palpación. Analítica: urea aumentada y hemoglobina disminuida. Dado el origen indeterminado del cuadro se decidió dejar a la paciente en evolución bajando un punto la hemoglobina en nueva analítica por lo que se decide interconsulta a digestivo que citan para colonoscopia. Colonoscopia: áreas de mucosa parcheada eritematosas sin erosiones compatible con colitis isquémica en resolución. No presenta divertículos ni pólipos asociados.

**Juicio clínico:** Colitis isquémica.

**Diagnóstico diferencial:** Diverticulitis, colitis isquémica primaria o secundaria a olmesartán, cáncer, pólipo, enfermedad inflamatoria intestinal, apendicitis.

**Comentario final:** La colitis isquémica es una enfermedad causada por el déficit de aporte sanguíneo a una parte del colon bien sea por trombos, embolias, hipoperfusión no oclusiva o trombosis venosa. En el caso de nuestra paciente, ya había presentado un episodio previo de colitis isquémica y además presentaba factores de riesgo cardiovascular como la dislipemia en tratamiento con estatinas y la hipertensión arterial en tratamiento con antihipertensivos (pudiendo el olmesartán justificar el cuadro). La isquemia no oclusiva es el mecanismo predominante (95%) siendo su afectación más típica en ángulo esplénico de colon y unión rectosigmoidea. Dentro de las causas de dolor junto a rectorragia, el cáncer, los divertículos y los pólipos suelen ser causas más frecuentes que la colitis isquémica.

### Bibliografía

-Longstreth GF, Yao JF. Diseases and drugs that increase risk of acute large bowel ischemia. Clin Gastroenterol Hepatol. 2010;8(1):49-54.

-Gandhi SK, Hanson MM, Vernava AM, Kaminski DL, Longo WE. Ischemic colitis. Dis Colon Rectum. 1996;39(1):88-100.

-Tran TH, Li H. Olmesartan and Drug-Induced Enteropathy. PT. 2014;39(1):47-50.