

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

J. Bustamante Odriozola¹; N. San Miguel Martín²; P. Bermúdez Martí³; B. Coll Bas⁴; M. Santos Gravalosa⁵; K. Baldeón Cuenda⁶.

¹Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria.²Médico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Cantabria. ⁴061. Cantabria.; ⁵Médico de Familia. Centro de Salud Medina Pomar. Burgos. ⁶Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón 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, pólipos, 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.