

329/38 - DEBUT DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

M. Maamar El Asri¹; A. Gutiérrez Pérez de Lis²; A. Artíme Fernández³; I. Hernando García⁴; J. Bustamante Odriozola⁵; S. Pini⁶.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Interior. Cantabria. ²Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria. ³Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Interior. Cantabria. ⁴Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. ⁵Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. ⁶Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Interior. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 49 años con AP de exfumador hace 7 años, bebedor de >60 g alcohol diarios, hiperuricemia con 2 episodios de gota (última hace 1 mes tratada con ibuprofeno). Acude a consulta de su médico de AP por cuadro de diarrea progresiva de 2 meses de evolución, de hasta 14 deposiciones diarias. Asocia tenesmo y urgencia defecatoria diaria y nocturna que le interrumpe el sueño, con sangre roja con todas las deposiciones, pérdida de 8 kg en los últimos dos meses y fiebre de hasta 38,8°C. No dolor abdominal ni vómitos. Ante estos datos, se decide enviar al paciente a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: TA 137/87mmHg, FC 98 lpm, Temp 38,2°C. Consciente y orientado, bien hidratado y perfundido. Eupneico. ACP: rítmico sin soplos, MVC. Abdomen: globuloso, blando, no doloroso, sin defensa, ruidos hidroaéreos presentes y normales. No masas palpables. Extremidades: no edemas ni datos de TVP. Tacto rectal: hemorroides grandes, ampolla vacía, guante manchado con heces de color normal, no sangre. Analítica: creatinina, bilirrubina total, AST, ALT, GGT, fosfatasa alcalina, Na, K, normales. Glucosa 113 mg/dl, PCR 17,9 mg/dl, FG 79 ml/min/1,73m². Hemograma: hemoglobina 12,2 g/dl, hematocrito 34,1%, VPM 68 fL, cayados 14%. Radiografía abdominal: heces en marco cólico. Ecografía abdominal: colitis difusa indeterminada. Rectosigmoidoscopia: se explora hasta 25 cm de margen anal visualizándose afectación continua de toda la circunferencia con mucosa eritematosa con pérdida completa de la vasculatura y úlceras profundas difusas, máximo de 6mm en sacabocados. Heces: toxina Clostridium difficile y coprocultivo negativos. Serología virus hepatitis y VIH negativos. Interferón gamma para M. Tuberculosis negativo. Biopsia intestino grueso inflamación activa compatible con colitis ulcerosa.

Juicio clínico: Colitis ulcerosa.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Crohn. Colitis pseudomembranosa. Colitis isquémica. Colitis bacteriana. Tuberculosis intestinal.

Comentario final: La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a la mucosa del colon, se inicia en recto y evoluciona de forma continua. Cursa típicamente en brotes de actividad inflamatoria, donde se producen síntomas como diarrea, rectorragia, tenesmo y urgencia defecatoria. Puede asociar otros síntomas como fiebre y síndrome general. Estos períodos se intercalan con otros de remisión,

donde la enfermedad permanece inactiva. A veces existen manifestaciones extraintestinales, sobre todo de carácter autoinmune, como uveítis, artropatía, hepatitis, etc. Según la evolución de la enfermedad, distinguimos la fase de proctitis, colitis izquierda (hasta ángulo esplénico) y colitis extensa (afectando a colon trasverso hasta la pancolitis). El diagnóstico diferencial es fundamental para el correcto tratamiento de la enfermedad. El más importante debe hacerse con la enfermedad de Crohn, que aunque el tratamiento del brote activo es el mismo, resulta fundamental para establecer un pronóstico y tratamiento a medio-largo plazo. Las escalas Truelove modificado o de Witts distinguen entre una colitis leve, moderada o grave. Las dos primeras se pueden beneficiar de un tratamiento ambulatorio con mesalazina y/o corticoides tópicos/orales. El brote moderado corticorresistente y el grave requieren ingreso hospitalario para tratamiento intravenoso y vigilancia de las principales complicaciones, como el megacolon tóxico y el cáncer de colon. Resulta fundamental desde atención primaria la sospecha diagnóstica de la enfermedad inflamatoria intestinal para un correcto diagnóstico y tratamiento precoz, que disminuirá el riesgo de complicaciones y la evolución a brotes de colitis grave.

Bibliografía

Katsuyoshi M, Kobayashi T, Ueno F et al. Evidence-based clinical practice guidelines for inflammatory bowel disease. *J Gastroenterol*. 2018;53(3):305-53