

329/43 - LA ENFERMEDAD DE CROHN Y SUS COMPLICACIONES

C. Marinero Noval¹; O. Casanueva Soler²; P. López Alonso Abaitua³; R. Maye Soroa⁴; M. Cobo Rossell⁵; R. Correa Gutiérrez².

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Asturias.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Cantabria.⁴Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria.⁵Médico Residente de 1er año. Centro de Salud Saja. Hospital Sierrallana. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Motivo de consulta: Dolor abdominal. Antecedentes: no alergias a medicamentos. Tabaquismo de 2-3 cig/día. Jubilado. Trabajaba en la construcción. Enfermedades previas: No HTA ni DM. Dislipema. Antecedentes de enfermedad de Crohn ileal. Medicación previa: Infliximab 400 / 5 semanas (no lo toma). Historia actual: paciente que acude a consulta por clínica de dolor abdominal intenso de 48 horas de evolución. Refiere dolor en mesogastrio-hipogastrio de 48-72h de evolución junto con deposiciones líquidas sin sangre en los últimos días. Refiere fiebre de 38°C en el domicilio. Niega tos, expectoración ni disnea. No clínica genitourinaria. Se pauta tratamiento sintomático, volviendo a los dos días por persistencia de la clínica con tensiones bajas y fiebre que no cede, por lo que debido a sus antecedentes se decide remitir a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: paciente consciente y orientado en las tres esferas. Leve palidez mucocutánea. AC: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos. AP: MVC. Buena expansión torácica. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación profunda, sin signos de irritación peritoneal. Se palpa masa a nivel de mesogastrio-hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado. Resumen pruebas complementarias: Analítica con bioquímica anodina. Hemograma: 21.420 leucocitos/?l (18.150 neutrófilos/?l, 2.030 linfocitos/?l), Hb 10,5 g/dl. Coagulación normal. Rx tórax con índice cardiotorácico normal, ausencia de condensaciones y/o signos de derrame pleural. Rx abdominal: prominencia de asas de intestino delgado en hipocondrio izquierdo. Coprocultivo: Disbacteriosis. Cándida parapsilopsis. TC Abdominal: Enfermedad de Crohn. Extenso plastrón en FID y vacío derecho, con múltiples trayectos fistulosos complejos activos enterocólicos. Moderada cantidad de líquido libre.

Juicio clínico: Plastrón abdominal en paciente con enfermedad de Crohn.

Diagnóstico diferencial: Plastrón abdominal. Ileítis. Diverticulitis. Peritonitis. Neoplasia gástrica.

Comentario final: Paciente de 58 años con antecedente de enfermedad de Crohn que ingresa en el servicio de Digestivo por síndrome febril. Durante el ingreso, se inicia antibioterapia empírica con ciprofloxacino y metronidazol previa toma de hemocultivos, urocultivo y coprocultivo, resultando negativos. Se decide realizar TC abdominal, donde se ve que el paciente presenta un plastrón abdominal, así como líquido libre, por lo que se mantiene en dieta absoluta y se inicia nutrición parenteral total. Se inicia tratamiento corticoideo, con disminución progresiva de dosis hasta su suspensión dos semanas después. Posteriormente se realiza TC de control, con mejoría parcial, por lo que se presenta el caso en sesión multidisciplinar, decidiéndose tratamiento quirúrgico programado, por lo que se traslada al paciente a cargo de Cirugía

General. Se mantiene antibioterapia desde el ingreso con ciprofloxacino + metronidazol y en dieta absoluta con nutrición parenteral. La enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio crónico con afectación multisistémica que cursa con brotes intermitentes de inflamación y remisión. Puede afectar a todo el tracto gastrointestinal desde la boca hasta el ano y junto con la colitis ulcerosa pertenece al grupo de enfermedades inflamatorias intestinales. Con mayor frecuencia se localiza en ileon distal y colon, pero hasta en un 10-15% se asocian lesiones en el tracto digestivo superior. Su etiología es desconocida e intervienen factores genéticos y ambientales. El hallazgo histológico más típico, es la presencia de granulomas y a diferencia de la CU que afecta a la mucosa, la inflamación comprende todo el espesor de la pared del tubo digestivo. Las lesiones anatopatológicas de inflamación se inician con aftas que con el tiempo se ulceran, evolucionan a estenosis o fistulas y sobrepasan el tubo digestivo.

Bibliografía

-Costa C, Castiñeira C. Enfermedad de Crohn. Guía clínica Fisterra. [Actualizado 27 de noviembre de 2017 citado 2 de marzo de 2018]. Disponible en <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/enfermedad-crohn/>