

## 329/99 - PSEUDOCONCLUSIÓN EN ENFERMEDAD DE CROHN

J. Rodríguez Duque<sup>1</sup>; A. del Rey Rozas<sup>2</sup>; M. Gómez González<sup>3</sup>; M. Tobalina Segura<sup>4</sup>; J. Bustamante Odriozola<sup>5</sup>; I. Rivera Panizo<sup>6</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de Digestivo. Hospital Valdecilla. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochoico. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Cantabria. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Interior. Cantabria. <sup>5</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria.; <sup>6</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 43 años con AP de HTA, dislipemia y quistectomía por SOP que acude a Urgencias por dolor abdominal cólico de 1 mes de duración por el cual ha acudido 2 veces a urgencias sin objetivarse patología orgánica y que acude hoy de nuevo por falta de respuesta al tratamiento sintomático prescrito. Refiere deposición diarreica esa misma mañana, aunque dado que la EF es compatible con obstrucción intestinal es ingresada en cirugía general y se pauta dieta absoluta y SNG, consiguiendo mejoría clínica. Se realiza TAC abdominal para descartar obstrucción y se objetiva engrosamiento de íleon terminal, por lo que tras la resolución del cuadro es citada en consultas de Digestivo y se diagnostica de enfermedad de Crohn, iniciándose tratamiento con corticoides e inmunosupresores y consiguiendo rápida mejoría de la clínica.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente y orientada, bien hidratada, bien perfundida, normocoloreada. Eupneica y colaboradora. ACP: rítmica sin soplos, MVC. Abdomen: algo distendido, blando, doloroso a la palpación profunda en FID sin peritonismo, RHA presentes aunque disminuidos. EEII: no edemas ni signos de TVP, no lesiones cutáneas. Temp 36,5°C, TA 122/82 mmHg, FC 71 lpm, FR 15 rpm, SatO<sub>2</sub> 97%. Pruebas laboratorio. Bioquímica general: glucosa 101 mg/dl, urea 27 mg/dl, creatinina 0,68 mg/dl, Na 135 mEq/l, K 4,6 mEq/l, cloro 102 mEq/l, Proteína C Reactiva 1,3 mg/dl. Coagulación: TP (actividad de protrombina) 79 %. Hematometría: leucocitos 13.000/?L (segmentados 8.800), hemoglobina 13,2 g/dl, VCM 89 fL, plaquetas 348.000/?l. Rx abdomen: importante dilatación de asas intestinales, niveles hidroaéreos y ausencia de gas en la ampolla rectal, asas de intestino delgado, gas en ampolla rectal. TAC abdominal: importante engrosamiento de íleon terminal y preterminal. Ausencia de otros hallazgos patológicos.

**Juicio clínico:** Cuadro suboclusivo secundario a enfermedad de Crohn.

**Diagnóstico diferencial:** Obstrucción intestinal (bridas secundarias a la quistectomía), colitis infecciosa.

**Comentario final:** La enfermedad de Crohn puede causar obstrucción por pseudooclusión debido a la inflamación de la pared intestinal (lo más frecuente, en especial en íleon terminal) o por obstrucción “real” al formarse tejido fibrótico en las paredes tras episodios inflamatorios de repetición.

Mientras que en el segundo caso el tratamiento puede requerir cirugía, en el primero consiste en Corticoterapia.

## Bibliografía

Gomollón F, Santiago García-López, Sicilia B y cols. Guía clínica GETECCU del tratamiento de la colitis ulcerosa elaborada con la metodología GRADE. Gastroenterol Hepatol. 2012