

329/16 - UNA SIMPLE INTOLERANCIA A ANTIBIÓTICOS...

R. Correa Gutiérrez¹; M. Alonso Santiago¹; L. Rodríguez Vélez²; C. Marinero Noval³; R. Maye Soroa⁴; O. Casanueva Soler¹.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria.²Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Asturias.⁴Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 74 años que acude por tercera vez a consulta de atención primaria por diarrea de un mes y medio de evolución, que no ha mejorado a pesar del tratamiento pautado. El cuadro se inició a partir de tratamiento con amoxicilina-clavulánico y naproxeno por una infección dental. Refiere 7-10 deposiciones diarreicas al día, acuosas, sin productos patológicos, acompañadas de dolor abdominal, explosivas, sin fiebre acompañante. Secundariamente al proceso diarreico, comienza a presentar sangrado por hemorroides ya conocidas e intervenidas hace 4 años, además de importante proctalgia.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, palidez mucocutánea. AC y AP anodina. Abdomen blando, doloroso a la palpación profunda en flanco izquierdo y FII, sin defensa, sin masas ni megalías. En la exploración anal, hemorroide externa, con fisura amplia e hipertonia del esfínter que impide el tacto rectal. Analítica: Hb 10,40 g/dl, Hto 31,90%, leucos 13.100/ml, plaquetas 392.000/mm³, VSG 113 mm/h, proteínas 5,1 mg/l, albúmina 1,9 g/dl, K 3,3 mg/dl, resto normal. IST 11,11%, ferritina 395, PCR 218,5 mg/dl. TAC abdominal: afectación difusa del marco cólico, fundamentalmente más severa del descendente, una en visualizando edema difuso de la mucosa y de la pared y afectación pericolónica, con exudado inflamatorio e hipervascularización. Asas de intestino delgado de calibre normal. Parénquima hepático, bazo, en el páncreas y ambos riñones sin alteraciones significativas. No líquido libre intraabdominal. Globo vesical. Colonoscopia: a 40 cm de margen anal y hasta ciego, innumerables úlceras sobreexcavadas alternando con mucosa normal. Últimos 30 cm de íleon terminal normales. IHQ: CMV y otros microorganismos negativa. AP: EII crónica con marcada actividad aguda (segmentaria y transmural sin evidencia de granulomas), sugestiva de enfermedad de Crohn.

Juicio clínico: Enfermedad de Crohn colónica con afectación perianal.

Diagnóstico diferencial: Colitis medicamentosa. Colitis Infecciosa. Enfermedad inflamatoria intestinal.

Comentario final: La enfermedad de Crohn se caracteriza por afectación de cualquier tramo del intestino, aunque su localización más frecuente es el íleon. Se trata de una enfermedad transmural y sus síntomas fundamentales son diarrea y/o dolor abdominal. La incidencia de la enfermedad ronda los 15 y 30 años, pero cada vez se observan casos nuevos a cualquier edad, y llama la atención la incidencia en la infancia. El diagnóstico se basa en la toma de muestras obtenidas mediante colonoscopia completa e íleon, objetivando lesiones típicas de esta enfermedad. Ello permite confirmar el diagnóstico, pero no descartarlo, ya que en ocasiones la afectación se encuentra únicamente en el intestino delgado, siendo necesario ampliar el estudio.

El tratamiento se basa en glucocorticoides en los brotes agudos, e inmunosupresores como la azatioprina, la mercaptopurina o el metotrexato como mantenimiento. Las terapias biológicas, como el infliximab y el adalimumab, consiguen detener la inflamación de manera importante, aunque no son necesarias en todos los pacientes.

Bibliografía

- Sands BE, Siegel CA. Crohn's disease. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 115. 2.
- Sandborn WJ. Crohn's disease evaluation and treatment: clinical decision tool. *Gastroenterology*. 2014;147(3):702-5.