



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2547 - Diarrea de larga evolución con final de enfermedad de Crohn en Atención Primaria

S. Pérez Gómez, R.L. Vázquez Alarcón y M.F. García López

Médico de Familia. Centro de Salud Vera. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: mastopatía fibroquística, fumadora. Intervenciones quirúrgicas: sinus pilonidal, peritonitis, apendicetomía. Anamnesis: paciente de 48 años que acude por cuadro distensión y pesadez postprandial sin clara relación con la ingesta, dolor en mesogastrio, 3-4 deposiciones diarias, sin productos patológicos, vómitos ocasionales y pérdida ponderal de unos 5 kg. Había seguido varios tratamientos sin mejoría (loperamida, racecadotril, domperidona). En consulta se aprecia abdomen patológico, aconsejando valoración en urgencias, la paciente rechaza prefiriendo estudio por su médico. Es derivada a consulta de Digestivo con hallazgo de enfermedad inflamatoria intestinal (EII), tras estudio complementario. 48h después, acude por persistencia de dolor, vómitos y no emisión de heces, se sospecha cuadro suboclusivo, derivándose a urgencias para confirmación y tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: palidez cutánea. Abdomen: blando, distendido, timpánico a la percusión, ruidos intestinales aumentados con timbre metálico, no masas, no peritonismo. Tacto rectal: ampolla rectal vacía. Resto sin hallazgos. Pruebas complementarias: bioquímica: amilasa: 60, lipasa: 17, PCR: 5, perfil hepático, renal, iones, metabolismo del hierro, marcadores tumorales, inmunoglobulinas, TSH, AC anti-celiaquía y ANCA normales. Mantoux, parásitos y serologías negativos. Hemograma. Hb: 13, Hto: 40%, plaquetas: 459.000, leucocitos: 8400, PMN: 78%. Coagulación: fibrinógeno: 655, resto normal. Radiografía abdomen simple: dilatación de asas de intestino delgado. Gastroscoopia: hernia de hiato, esofagitis y gastritis reticular corporal. Colonoscopia: ciego desestructurado con válvula deformada, retraída y con lesiones granulomatosas, orificio fistuloso en colon transversal. Biopsia de ciego: distorsión arquitectural de mucosa colónica con erosión superficial, hemorragias, edema e infiltrado linfoplasmocitario disperso incluyendo numerosos eosinófilos, no se observan granulomas, criptitis ni atipia. Enteror-RNM: invaginación ileoyeyunal con ileítis terminal activa y estenosis. TC abdomino-pélvico: distensión íleo-yeyunal, hasta proximidad de válvula ileocecal donde se observa plastrón de asas intestinales con estenosis segmentaria. Trayectos fistulosos ileocólicos e ileoileales, líquido libre en región periesplénica e interasas, adenopatías mesentéricas.

Juicio clínico: EII tipo enfermedad de Crohn con afectación ileoyeyunal, abscesos y fistulización ileocólica. Cuadro suboclusivo por estenosis inflamatoria en íleon distal.

Diagnóstico diferencial: Infecciones, parásitos, trastornos funcionales digestivos, sobrecrecimiento bacteriano, enfermedad diverticular, intolerancia a lactosa, celiaquía, tumores, psicógeno.

Comentario final: Se pretende destacar la importancia de la historia clínica y exploración física como instrumento imprescindible para el médico de familia. En nuestro caso, la larga evolución del cuadro sin mejoría a pesar de tratamiento sintomático y el hallazgo de abdomen patológico fue clave para el diagnóstico. La paciente evolucionó favorablemente tras inicio de tratamiento corticoideo e inmunosupresor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Farfán G, Sánchez G, Tello R, Villanueva G. Clinical and ethiologic study of 90 cases of chronic diarrhea. *Rev Gastroenterol*. 1993;13(1):28-36.
2. Anglada Pintado JC, Michán Doña A, Silva Abaf A, Alcaraz García S, Riande González P, Menor Campos E. Síndrome de Sweet y enfermedad inflamatoria intestinal. *An Med Intern*. 2002;19(8).
3. Fragoso Arbelo T. Diarrea funcional como causa de diarrea crónica. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2010;26(4).
4. Álamo Martínez JM, Ibáñez Delgado F, Galindo Galindo G, Bernal Bellido C, Durán Ferreras I, Suárez Artacho G, Martínez Vieira A. Invaginación intestinal en el adulto. *Rev Enf Dig*. 2004;96:279-83.