Semergen. 2015;41 (Espec Congr):672

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2483 - DOCTORA, CREO QUE ME HA SENTADO MAL EL KEBAB

A. Tirados Pérez[a] y L. Tirados Pérez[b]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Lodosa. Navarra. [b]Médico Residente de 4º año. CAP Sant Cugat-Mútua de Terrassa. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 23 años que acude a la consulta de Atención Primaria por diarrea de 12 días de duración. Antecedente de fistula pilonidal diagnosticada hace 2 meses, pendiente de intervención quirúrgica. Refiere el inicio de la diarrea tras comidas (varios kebab, comida india, etc.) y bebidas fuera de casa, coincidiendo con las fiestas de su pueblo. La frecuencia deposicional es de 3 a 5 al día, no respetan el descanso nocturno. Además refiere dolor en hipogastrio que mejora tras la defecación y astenia progresiva. Inicialmente atribuyó la diarrea a la comida ingerida durante las fiestas, y tomó loperamida durante 5 días sin mejoría, por lo que consultó en el Servicio de Urgencias, donde le pautaron dieta astringente y racecadotrilo. Ante la persistencia de diarrea acude a nuestra consulta. Reinterrogando al paciente, reconoce haber visto sangre (gotas, sin coágulos) en las deposiciones los últimos 6-8 días. No refiere odinofagia ni disfagia o RGE. Tampoco nauseas o vómitos, ni artromialgias. Fiebre autolimitada los días 4º y 5º, que cedió con paracetamol. No ha tomado antibióticos recientemente. Ha tomado omeprazol por su cuenta. Presenta aftas orales desde hace aproximadamente un año. No úlceras en genitales. No tiene animales domésticos, no suele pasear por el campo y no recuerda picaduras de garrapata.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, buen estado de hidratación. Constantes estables, afebril. ACP rítmica, normoventilación, sin ruidos patológicos. Abdomen blando, depresible, no doloroso durante la exploración, sin signos de irritación peritoneal. Tacto rectal: fístula pilonidal con secreciones serosas; hemorroides externas no trombosadas, esfínter hipertónico, dedil manchado de heces, sin presencia de sangre o pus. Ante la imposibilidad de realizar analítica a corto plazo en su Centro de Salud, se envía al paciente al Servicio de Urgencias del hospital de referencia. En la analítica presenta elevación de reactantes de fase aguda, sin más datos destacables. Radiografía de torax y abdomen normales. EKG normal. Permaneció 2 días ingresado a cargo del Servicio de Medicina Interna, y se le realizó rectosigmoidoscopia con toma de biopsias, compatible con colitis ulcerosa en fase aguda. Coprocultivos negativos. Se le pautó prednisona en pauta descendente y mesalazina. Posteriormente, de forma ambulatoria se realizó gastro y colonoscopia. La anatomía patológica resultó compatible con colitis ulcerosa en fase aguda.

Juicio clínico: Colitis ulcerosa.

Diagnóstico diferencial: Principalmente con la enfermedad de Crohn. Otros: colitis parasitaria, sobrecrecimiento bacteriano, isquemia intestinal. La colitis ulcerosa presenta una afectación continua de la capa mucosa, que se inicia en recto y raramente alcanza íleon terminal. En cambio el

Crohn puede afectar a cualquier tramo del tracto gastrointestinal, y afecta todas las capas del intestino, incluida la muscular, por lo que presentan más frecuentemente fístulas y abscesos perianales.

Comentario final: Una diarrea de duración superior a 3 semanas nos debe hace sospechar una causa orgánica subyacente. Una amplia anamnesis y exploración física son cardinales a la hora de orientar el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fierdman S, Blumberg RS. Enfermedad inflamatoria intestinal. Harrison: Principios de Medicina Interna. 16 ed. Cap. 276, pp.9544-611.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.