



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2123 - Adherencia terapéutica en enfermedad intestinal crónica

J. Campos Mora^a, M.E. Espinosa Sansano^a, J. Riquelme Bernabéu^b, E.F. Nortes Cañizares^c, C. Gracia Díaz^d y M.I. Salinas Pérez^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Familia. Centro de Salud Almoradí. Alicante. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orihuela I. Alicante. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Álvarez de la Riva. Orihuela.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 57 años que acude a nuestro centro de salud refiriendo haber sido estudiado en su país por diarrea de larga evolución, siendo diagnosticado de enfermedad de Crohn hace 20 años. Sin tratamiento desde entonces, sintomático, con 4-5 episodios diarreicos al día asociado a dolor abdominal tipo cólico y pérdida de peso no cuantificada. Desde hace un año se añade cuadro de infecciones urinarias de repetición. Antecedentes: hipovitaminosis B12. No antecedentes familiares de interés. No tratamiento habitual. Exploración física anodina.

Exploración y pruebas complementarias: Hemograma, hemostasia bioquímica normal. Ferritina e IST normal. Hipovitaminosis B12. Coprocultivo y parásitos negativos. Calprotectina 1.148. Colonoscopia: se descartan lesiones groseras. Mucosa normal con patrón vascular conservado. Entero-RMN: segmentos de íleon terminal con marcado engrosamiento y captación circunferencial de la pared asociado a actividad inflamatoria. Trayecto fistuloso enterovesical y otro compatible con fistula enterorrectal. Interconsulta con Urología. Interconsulta con Medicina Preventiva (paciente candidato a tratamiento biológico).

Juicio clínico: Enfermedad de Crohn ileal. Fístulas enterovesical y enterorectal.

Diagnóstico diferencial: Diverticulitis abcesificada. Tuberculosis ileocecal.

Comentario final: Las fístulas enterovesicales ocurren hasta en un 5% de los pacientes con enfermedad de Crohn. El origen más común es el íleon y por lo general producen infecciones urinarias recurrentes. Su origen puede ser secundario a la actividad de la enfermedad o a complicaciones derivadas de su control o tratamiento. Por ello es muy importante un estricto seguimiento por parte del médico de familia que garantice que el paciente comprende la cronicidad de esta enfermedad y la importancia de una buena adherencia al tratamiento de mantenimiento aún cuando esté asintomático, además de un seguimiento de los marcadores de actividad que permitan detectar un aumento precoz de ésta. Con respecto al tratamiento de estas fístulas se preconiza la cirugía con resección del trayecto fistuloso, pero, en fístulas pequeñas o de reciente comienzo el tratamiento médico con antagonistas del TNF alfa (Infliximab) puede ser una buena alternativa.

Bibliografía

1. Harrison Principles of Internal Medicine, 18th ed.
2. Nielsen OH, Rosler G, Hahnloser D, Thomsen OO. Diagnosis and management of fistulizing Crohn's disease. Nature clinical practice. Gastroenterology and Hepatology. 2009;92-106.

Palabras clave: Crohn. Fístula. Tratamiento crónico.