



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/61 - DEBUT DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN ANCIANA

E. Pérez Razquin^a, M. Barbosa Cortés^b, H. González Sánchez^a, A. Hidalgo Berutich^c, E. Tinoco López^d y M. Carrillo Rufete^e

^aMédico EBAP. Consultorio Local Tharsis. Huelva. ^bMédico EBAP. Consultorio Local Alosno. Huelva. ^cMédico EBAP. Consultorio Local Villanueva de los Castillejos. Huelva. ^dEnfermera EBAP. Consultorio Local Tharsis. Huelva. ^eEnfermera EBAP. Consultorio Local Villanueva de los Castillejos. Huelva.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: mujer 73 años, no RAM, HTA, EPOC, ERGE, hernia hiato, trombocitosis seguida por Hematología. Tratamiento: aerosoles de budesonida y terbutalina, clortalidona, AAS, citalopram, pantoprazol, trazodona, alopurinol, hidroxycarbamida. Anamnesis: diarrea de un mes de evolución, de 5-6 deposiciones diarias, líquidas, sin productos patológicos, con molestia abdominal, anorexia y adelgazamiento no cuantificado, sin fiebre ni ambiente familiar. Toma previa de antibiótico por bronquitis aguda. Remitida a urgencias hospitalarias por deterioro general, y persistencia de cuadro pese a tratamientos sucesivos con dieta, sueroterapia oral e intravenosa, loperamida, racecadotril, metamizol y metoclopramida, quedando ingresada por empeoramiento y estudio por Digestivo.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: regular estado general, consciente, orientada, colaboradora, eupneica, ligera palidez y deshidratación mucocutánea, 121/84, SatO₂ 97%, T^a 35,7 °C, 82 lpm, Abdomen: ruidos hidroaéreos aumentados, tacto rectal: no masas, heces escasas. Resto aparatos normales. Hemograma: Hb 11,6, Hto, VCM y HCM, coagulación y orina normales. Bioquímica: creatinina 2,39, urea 117, Na 133, K 3,1, lipasa 65, PCR 89, resto normal. Coprocultivo: negativo para parásitos, toxina de Clostridium, o bacterias enteroinvasivas. Anticuerpos celiaquía negativos. Rx abd: imágenes compatibles con pseudobstrucción intestinal en colon descendente/sigma. TAC abdominal: no imágenes de cuadro oclusivo/suboclusivo, sí de colitis de probable origen inflamatorio/infeccioso, y colelitiasis. Colonoscopia: innumerables ulceraciones colónicas, que son compatibles con enfermedad intestinal inflamatoria (EII).

Juicio clínico: Diarrea crónica con anemia y síndrome constitucional, con hallazgos compatibles con EII. Insuficiencia renal probablemente prerrenal.

Diagnóstico diferencial: Enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplasias, celiaquía.

Comentario final: Mejoría clínica y analítica con corticoides y ciprofloxacino intravenoso. Los síndromes diarreicos superiores a 14 días de evolución deben estudiarse en atención especializada, por la escasez de medios diagnósticos al alcance en primaria, máxime ante persistencia clínica, deterioro estado general o de función renal.

Bibliografía

1. Camilleri M, Murray JA. Diarrea y Estreñimiento. En: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, et al, eds. Harrison principios de Medicina Interna. Vol 1, 19ª ed. México: McGraw-Hill; 2016. p 264-74.

2. Friedman S, Blumberg RS. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. En: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, et al, eds. Harrison principios de Medicina Interna. Vol 2, 19ª ed. México: McGraw-Hill; 2016. p 1947-65.

Palabras clave: Diarrea. Colitis Ulcerosa. Enfermedad de Crohn.