Semergen. 2018;44(Espec Congr 17): 727

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

347/1926 - ESTUDIO DIARREA CRÓNICA

G. Casas Güell[a], V. Pardo Amil[a], S. Sánchez Villacampa[b] y B. Raspall Corominas[a]

[a]Médico de Familia. ABS Progrés-Raval. Badalona. [b]Enfermera Comunitaria. ABS Progrés-Raval. Badalona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 40 años sin alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes patológicos de interés. Niega hábitos tóxicos y viajes a países tropicales. Trabaja en guardería con alta prevalencia de inmigración. Consulta en diciembre de 2017 por diarrea de 3 semanas de evolución, llegando hasta un máximo de 20 deposiciones líquidas y explosivas sin productos patológicos asociados, acompañado de dolor abdominal cólico, náuseas, rectorragia aislada (asociada a fisura anal), pérdida de unos 8kg de peso y febrícula autolimitada (2 días). Aporta 3 informes de urgencias donde se recomendó estudio por su médico de familia: analítica destaca anemia ferropénica con ligera elevación PCR. Coprocultivos y parásitos en fresco: Blastocystis hominis tratado con metronidazol y probióticos sin mejoría. Radiografía, ecografía abdominales anodinas. Derivada a digestivo para completar estudio con fibrocolonoscopia: desde margen anal hasta ciego afectación continua en forma de eritema, con presencia de varias erosiones. Anatomía patológica compatible con colitis ulcerosa. Dos meses después del inicio de los síntomas aparecen lesiones de aspecto foruncular, ulceradas y exudativas en región escapular izquierda de 2 cm, que se generalizan a extremidad inferior y tronco, tratadas con acido fusídico sin mejoría. Visitada en dermatología para biopsia la cual no fue concluyente, aunque por el aspecto clínico, asociado a colitis ulcerosa y la mejoría casi completa con corticoides orales se orienta como pioderma gangrenoso. Se inicia tratamiento con mesalazina y corticoides orales con remisión del cuadro abdominal y dermatológico en unas semanas.

Exploración y pruebas complementarias: Pérdida de 8,10 Kg de peso, peritaltismo abdominal aumentado. Analíticas generales. Coprocultivo y parásitos en heces. Radiografía y ecografía abdominales. Fibrocolonoscopia con sedación. Biopsia cutánea.

Orientación diagnóstica: Enfermedad inflamatoria intestinal, colitis ulcerosa asociado a pioderma gangrenoso.

Diagnóstico diferencial: Diarrea inflamatoria/infecciosa, osmótica, secretora, facticia o por alteración de la motilidad.

Comentario final: La importancia de la causa y estudio secuencial de la diarrea crónica en atención primaria, motivo habitual de consulta.

Bibliografía

1. Cano MS, Seco GA, Estévez BP. Diarrea crónica. Guías para la consulta de Atención Primaria, 3ª ed. Coruña: Casitérides; 2008. p. 394-8.

Palabras clave: Colitis ulcerosa. Pioderma gangrenoso.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.