

## 347/654 - ESTREÑIMIENTO COMO INICIO DE VASCULITIS

A. Miranda García, N. Pazos Bernal, D. Rivera Fenoy e I. Benítez Bohorquez

Médico de Familia. Centro de Salud Ronda Norte. Área Sanitaria Serranía. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 56 años con AP: ictus isquémico, disección carótida interna derecha, HTA, cardiopatía hipertensiva, talasemia minor, en tratamiento: losartan 100 mg/HCTZ 12,5 mg, doxazosina 8 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg, pitavastatina 2 mg, lorazepam 1 mg, omeprazol 20 mg. En estudio por Medicina Interna por cuadros de mareos inespecíficos de larga evolución con algún síncope asociado de escasa duración. Consulta por estreñimiento de una semana, leve rectorragia asociada ocasional, dolor anal, molestias abdominales. Se trata en primer lugar con medidas higiénico-dietéticas y enemas que no resuelven en su totalidad, por lo que vuelve a consultar y se deciden pruebas complementarias. Analítica y radiografía abdomen son anodinas, pero persiste el estreñimiento con aumento del dolor abdominal y pérdida de apetito y peso, por lo que se decide su derivación a urgencias. Allí se realiza analítica con resultado de anemia microcítica hipocrómica e insuficiencia renal aguda. Ingresa en Medicina Interna, ante la sospecha de neoplasia del aparato digestivo. Durante su ingreso progresó la insuficiencia renal, por la cual se traslada a Nefrología para su estudio y tratamiento.

**Exploración y pruebas complementarias:** Atención Primaria: Analítica: hemoglobina 12,2, hematocrito 40,4, creatinina 0,76. Radiografía simple abdomen: abundante gas e imagen colon ascendente (¿fecaloma?). Urgencias: Analítica sangre: hemoglobina 8,9, hematocrito 29, hierro 11, saturación transferrina 5,33%, creatinina 1,97, FGE 37, PCR 99,4. Ingreso hospitalario: Sangre oculta en heces: positiva. Colonoscopia: adenoma pediculado de sigma. Resto sin hallazgos. Esofagogastroduodenoscopia: píloro edematoso sin otros hallazgos. Analítica sangre: hemoglobina 9,8, hematocrito 30,2, creat 3,29, FGE 20, PCR 107, anticuerpos citoplasma neutrófilos (C-ANCA): positivo. Se descarta neoplasia del aparato digestivo y ante la progresión de la insuficiencia renal, se ingresa en Nefrología.

**Orientación diagnóstica:** Insuficiencia renal aguda. Vasculitis C-ANCA.

**Diagnóstico diferencial:** Procesos que cursan con síndrome constitucional: enfermedades inmunológicas, infecciosas y neoplásicas.

**Comentario final:** El seguimiento de los pacientes con vasculitis es importante en atención primaria, tanto por los posibles efectos tóxicos de la medicación, como por el aumento de susceptibilidad a padecer infecciones. Debe ser indefinido por el riesgo de recaídas.

### Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill; 2012.

**Palabras clave:** insuficiencia renal. Vasculitis. Anca.