



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/747 - COLITIS ULCEROSA Y CÁNCER COLORRECTAL. NEGARSE A CONTROLES NO ES UNA OPCIÓN

L. Gómez Grandoso¹, V. Vega Mateos¹, M. Ruíz Perona² y H. Fernández González²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen Concha. Zamora. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Nueva. Zamora.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 43 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedente de colitis ulcerosa de 27 años de evolución y neoplasia de mama izquierda en 2015 tratada con tumorectomía, radioterapia y quimioterapia, actualmente en remisión. Antecedentes de familiares de cáncer colorrectal de su abuelo materno. Acude a consulta de Atención Primaria por diarrea y rectorragia de 48 horas de evolución. No fiebre, ni vómitos. Dolor abdominal difuso. Astenia y pérdida de 10 kg de peso en los dos últimos meses. Última colonoscopia hace 5 años donde se observó una estenosis ulcerada en recto-sigma con biopsia negativa. Se ha negado a realizar más controles endoscópicos a pesar de la insistencia por parte de su médico de Digestivo.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 110/73 mmHg, FC: 101 lpm. SatO₂: 100%. T^a: 35,8 °C. Buen estado general. Palidez cutánea. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: blando y depresible, sin masas ni megalias, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal. Tacto rectal: restos de sangre roja, hemorroides externas. Pruebas complementarias: Hemoglobina: 11,2. VCM: 78,9. Fórmula leucocitaria, bioquímica y coagulación normal. Calprotectina fecal: 220. CEA: 9,1. Coprocultivo y toxina de *Clostridium difficile* en heces: negativo. Colonoscopia: mucosa rectal friable y nodular sin úlceras. A 15 cm, se observa estenosis ulcerada y pétreas que impide el paso de endoscopio. Biopsia: Adenocarcinoma infiltrante. Body-TAC: neoplasia en sigma y colon transversal. Se observan 6 lesiones hepáticas que sugieren metástasis (una en cada segmento).

Orientación diagnóstica: Brote de colitis ulcerosa y cáncer colorrectal metastásico.

Diagnóstico diferencial: Brote de colitis ulcerosa, sangrado por hemorroides, gastroenteritis aguda, neoplasia.

Comentario final: La colitis ulcerosa supone un mayor riesgo de desarrollar cáncer colorrectal que la población general (2-20% a los 20 años del diagnóstico); se recomienda colonoscopia de screening cada 2-3 años.

Bibliografía

1. Suárez D, Vargas JC, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica Hospital Universitario 12 de Octubre, 8ª ed. Madrid; 2016.
2. Farraye FA, Odze RD, et al. AGA medical position statement on the diagnosis and management of colorectal neoplasia in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. 2010;138(2):738-45.

Palabras clave: Colitis ulcerosa. Astenia y pérdida de peso. Estenosis ulcerada.