

424/2666 - DIARREA CRÓNICA: MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Gámiz Gámiz¹, M. Ibarra Rodríguez² y M. Alba Priego¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fuensanta. Córdoba. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucano. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 28 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a consulta de Atención Primaria por diarrea de un mes de evolución. Refiere 12 deposiciones diarias con sangre ocasional, sin moco, sin respetar el descanso nocturno. Afebril. Pérdida de 7 Kg de peso. Aftas orales recurrentes. Niega náuseas ni vómitos. No refiere otra clínica asociada.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientado y colaborador, eupneico en reposo. Palidez cutánea. Deshidratación. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos a buena frecuencia, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, con dolor difuso a la palpación, de predominio en hipogastrio. Sin signos de irritación peritoneal. Blumberg y Murphy negativos. No se palpan masas ni megalías. Ruidos hidroaéreos conservados. Miembros inferiores: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Tacto rectal: sin hallazgos valorables.

Orientación diagnóstica: Analítica: hemograma, urea, creatinina, electrolitos, TSH, PCR, ferritina, vitamina B12, folato, función hepática, proteínas, albúmina, IgA total, IgA antitransglutaminasa, serologías de VIH, VHC, VHB. El paciente presentaba niveles bajos de Hb, albúmina y proteínas. Elevación de ferritina y PCR. Normalidad en el resto de parámetros. Estudio de heces: coprocultivo, parásitos, toxina de *C. difficile*. Negatividad de estos estudios en el presente caso, excepto toxina de *C. difficile* positiva. Derivación a consulta de Aparato Digestivo: se completó estudio con colonoscopia, enterorM y Mantoux.

Diagnóstico diferencial: Hipertiroidismo, inmunodeficiencias e infecciones, enfermedad celiaca, síndrome de intestino irritable, aumento del tránsito intestinal, diarrea por ácidos biliares, colitis microscópica, enfermedad inflamatoria intestinal (e. Crohn y colitis ulcerosa), maldigestión, malabsorción de grasas, sobrecrecimiento bacteriano, alteraciones posquirúrgicas, diarrea posradiación, tumores neuroendocrinos, cáncer colorrectal, diarrea facticia.

Comentario final: Diagnóstico: hallazgos compatibles con enfermedad de Crohn ileal sin afectación perianal. Positividad para infección por *C. difficile*. Tratamiento: corticoterapia, azatioprina/metotrexate, fármacos biológicos y como última opción, cirugía para el tratamiento de la patología de base. Vancomicina para tratamiento de la sobreinfección por *C. difficile*. Analgesia. Evolución: disminución del número de deposiciones hasta 2 diarias de consistencia blanda sin productos patológicos una vez iniciada corticoterapia e infliximab.

Bibliografía

1. Lacy BE, Mearin F, Chang l, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology*. 2016;150:1393-407.
2. Fine KD, Seidel RH, Do K. The prevalence, anatomic distribution and diagnosis of colonic causes of chronic diarrhea. *Gastrointest Endosc*. 2000;51:318-26.

Palabras clave: Diarrea crónica. Enfermedad de Crohn. Enfermedad inflamatoria intestinal.