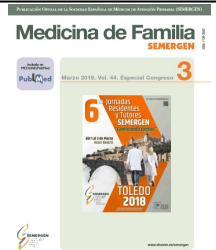




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

333/160 - AFTAS Y DOLOR ABDOMINAL

J. Juan Gaceo¹, P. Colina Azofra², M. de la Torre de Dios³, V. Cambero Cortés⁴.

¹Centro de Salud San Juan. Salamanca. ²Centro de Salud la Alamedilla. Salamanca. ³Médico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ⁴Médico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuevo Cáceres. Cáceres.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 24 años, fumadora de 1.5 paquetes/año. Padre celíaco. Acude a consulta por presentar pérdida progresiva de peso con dolor abdominal y diarrea de 2 semanas de evolución, que no cede con dieta blanda e hidratación. En la anamnesis destaca que la paciente refiere 4-5 deposiciones diarias, con moco en las mismas. Aftas orales frecuentes. No fiebre. No dolores articulares.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Se aprecian aftas dispersas en mucosa bucal. No adenopatías. ACP normal. Abdomen blando y depresible. Doloroso a la palpación de flanco y fosa ilíaca derecha. Sin signos de irritación peritoneal. Solicitamos analítica con hemograma, bioquímica, vit B12, ácido fólico, marcadores de celiaquía y calprotectina fecal. Coprocultivo y parásitos. Ante PCR y calprotectina fecal elevadas y vit B12 disminuída, con resto de parámetros analíticos normales, sospechamos una enfermedad inflamatoria intestinal. Por ello, se solicita colonoscopia y se deriva a Digestivo para estudio. A la semana, la paciente acude con lesiones eritematosas dolorosas en extremidades inferiores, compatibles con eritema nodoso. En Digestivo, se realizaron gastroscopia (normal) y colonoscopia en la que se objetivó íleon terminal con aftas, con anatomía patológica de agregados linfoides; por lo que solicitaron cápsula endoscópica en la que se visualizaron úlceras cubiertas de fibrina milimétrica, predominantes en íleon terminal. La mucosa circundante presentaba aspecto edematoso, compatible con enfermedad de Crohn. Se inicia tratamiento con vitamina B12, Azatioprina y Budesonida. Abandono hábito tabáquico.

Juicio clínico: Enfermedad de Crohn.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad celíaca, Colitis ulcerosa, Síndrome de intestino irritable y Colitis aguda infecciosa.

Comentario final: La enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio crónico del tracto intestinal que puede afectar a cualquier parte del tracto digestivo, pero más comúnmente afecta a íleon o a colon derecho. Predomina en jóvenes entre 16-40 años, siendo los antecedentes familiares de primer grado de dicha enfermedad, el factor de riesgo más importante para padecerla. Es importante realizar diagnóstico y tratamiento precoces, para intentar evitar el deterioro de la mucosa intestinal.

Bibliografía

American gastroenterological association medical position statement: perianal Crohn's disease. Gastroenterology. 2003;125:1503-7.

Bastida G, Merino O, Aguas M, Barreiro M, Zabana Y, Ginard,et al. The risk of severe crohn's disease: validation of a clinical pre-diction rule. Gastroenterology. 2009;136(5)Suppl1:A174-A174.

Palabras clave: Dolor abdominal, Diarrea, Eritema nodoso.