



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

452/172 - MÁS ALLÁ DE LA GASTROENTERITIS

J. Silva Pereira Mateus¹, M. Simón Serrano², L. Rodríguez Elena³, M. Sarvise Mata⁴, R. Moreno Márquez⁵, M. Torres Remírez⁵

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza, ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza, ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza, ⁴Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza, ⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 17 años que acude a Urgencias por persistencia de cuadro de dolor abdominal y diarreas líquidas desde hace 2 semanas. Refiere de 5 a 15 deposiciones diarias. Ya visto hace 4 días sin hallazgos de interés en la analítica. El cuadro se acompaña de fiebre. No ambiente epidémico en domicilio. No viajes recientes. Su padre relata episodios similares desde hace 2 años, cada 3-4 meses. Consultado siempre en diferentes servicios de Urgencias, siendo altado bajo impresión diagnóstica de gastroenteritis aguda. Pérdida de 10 Kg de peso en el último mes (ha tenido que renovar ropa). Se decide ingreso para estudio por sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes: TA: 125/62, FC: 81 p.m. Temp: 39,20 °C, SO₂: 97%. CORP. Ligera palidez cutánea, no mucosa. Normohidratado. Estado regular. Abdomen blando y depresible. RHA presentes. Doloroso de forma generalizada, aunque focaliza algo más en ambas fosas ilíacas, con defensa de aspecto voluntario. Blumberg (-), Rovsing (-), psoas (-). PPR negativa bilateralmente. Pulsos femorales presentes y simétricos.

Juicio clínico: Analítica urgencias: destaca PCR 17,03. Hemocultivos × 2: negativos. Coprocultivo + 3 tomas parásitos: negativos. Estudio durante ingreso. Colonoscopia: compatible con enfermedad de Crohn activa ileocólica con afectación grave. Toma de biopsias que confirmaron diagnóstico. Gastroscoopia: desde 25 cm de ADS hasta cardias a 40 cm mucosa algo edematosa de forma difusa con múltiples erosiones de pequeño tamaño recubiertas de fibrina. Entero-RMN: Engrosamiento parietal de íleon terminal, de aproximadamente un 10 cm de longitud y 8 mm de grosor máximo que presenta significativa estenosis, superior a 90%, con moderado dilatación de asas de íleon proximal de hasta 35 mm. En conjunto, los hallazgos sugieren patrón de enfermedad de Crohn fibroestenotante con moderado componente inflamatorio.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Crohn fibroestenotante con afectación grave. Diagnóstico diferencial GEA, parasitosis.

Comentario final: El paciente evoluciona favorablemente con corticoides intravenosos con buen paso a vía oral. Pendiente de decidir tratamiento a largo plazo. Cabe destacar que la enfermedad de Crohn puede afectar a todo el tracto gastrointestinal desde la boca hasta el ano, aunque con mayor frecuencia se localiza en íleon distal y colon. Sus síntomas predominantes son la diarrea crónica (mayor a 6 semanas) junto a dolor abdominal. Su prevalencia está aumentando en los últimos años. Un tercio se diagnostica antes de los 21 años. Su etiología es desconocida e intervienen factores genéticos y ambientales.

Bibliografía

Guía clínica de Enfermedad de Crohn [Internet]. Fisterra. 2017 [citado 6 noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/enfermedad-crohn/>

Palabras clave: Gastroenteritis. EII. Crohn. Abdominal.