

Varón de 29 años con síndrome constitucional y fiebre

I. Pérez Sánchez^a, M. Nicolás Blanco^b, J.J. Romero Perera^a y A. García Vellido^a

^aCentro de salud La Paz. Badajoz. España.

^bServicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Infanta Cristina. Badajoz. España.

La enfermedad de Crohn es un trastorno inflamatorio crónico y recurrente del tubo digestivo con afectación preferente del ileon terminal y el colon. De etiología desconocida y carácter sistémico, sigue un curso recurrente y remitente. Desde el punto de vista clínico, se caracteriza por un cuadro inespecífico y crónico de diarrea y dolor abdominal frecuentemente asociado a manifestaciones extraintestinales.

El diagnóstico se basa en la combinación de datos clínicos, radiológicos, endoscópicos y anatomo-patológicos.

Para seleccionar el tratamiento adecuado es necesario confirmar que se trata de un brote agudo, la intensidad del mismo y el grado de extensión. Teniendo especial importancia el manejo de las formas corticorresistentes y corticorefractarias.

Palabras clave: enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad de Crohn, diarrea.

Crohn's disease is a chronic and recurrent inflammatory disorder of the gastrointestinal tract mainly affecting the terminal ileum and colon. Its etiology is unknown and it has a systemic character, that follows a recurrent and remittent course. From the clinical point of view, it is characterized by a non-specific and chronic picture of diarrhea and abdominal pain that are frequently associated to extraintestinal manifestations.

Diagnosis is based on the combination of clinical, radiological, endoscopic and pathology data.

In order to choose the best treatment, the fact that it is an acute episode, its intensity and extension must be verified. Management of the corticoresistant and corticorefractory forms have special importance.

Key words: inflammatory bowel disease, Crohn's disease, diarrhea.

INTRODUCCIÓN

Presentamos un caso clínico infrecuente en la consulta de Atención Primaria. Se trata de una enfermedad de Crohn (EC) con afectación ileocólica, cuyo interés radica en su forma de presentación: predominio de manifestaciones generales (fiebre vespertina, pérdida ponderal, anorexia, astenia e impotencia funcional de miembros inferiores), frente a manifestaciones digestivas.

Sería interesante recordar que debemos incluir a la enfermedad inflamatoria intestinal en el diagnóstico diferencial de una fiebre de origen desconocido, especialmente en personas jóvenes (existe un pico de incidencia de la patología en la 2.^a y 3.^a década de la vida) independientemen-

te de que la clínica no sea del todo clara hacia el proceso digestivo.

Nuestra labor en la consulta de Atención Primaria deberá ser iniciar el estudio abierto a todos los posibles diagnósticos para poder derivar a la atención hospitalaria lo más precozmente posible y con buena orientación diagnóstica.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Se trata de un varón de 29 años, fumador de 20 cigarrillos/día sin otros antecedentes de interés. Consulta por presentar desde hace un mes fiebre vespertina diaria de hasta 38,5° que cede con antipirético, pérdida de 7 Kg, astenia y anorexia. Presenta, también desde hace un mes, impotencia funcional en miembro inferior derecho con coxalgia esporádica sin alteraciones en la sensibilidad. Refiere deposición diarreica diaria sin productos patológicos asociados ni dolor abdominal, de predominio diurno, aunque en el último mes ocasionalmente no le respetaba el descanso nocturno, que el paciente achacaba a sus alte-

Correspondencia: I. Pérez Sánchez.
C/ Hermanos Segura Covarsi N.º 1 4.^o D. 06011 Badajoz. España.
Correo electrónico: nachoperezs@terra.es

Recibido el 30-03-05; aceptado para su publicación el 29-07-05.

raciones del hábito intestinal de años de evolución atri-buidas a colon irritable.

En la exploración física sus constantes y su estado nutri-cional eran normales, coloración de piel y mucosa nor-mal, bien hidratado. No se palpan adenopatías laterocervi-cales ni supraclaviculares, ni hay evidencia de bocio. La auscultación cardiopulmonar no presentaba alteraciones. Abdomen blando, depresible, no doloroso, no se palpan masas ni visceromegalias, ruidos intestinales aumentados. Extremidades inferiores sin edemas, pulsos conservados y simétricos y exploración neurológica sin alteraciones sig-nificativas.

Tras la evaluación clínica inicial se inició en Atención Primaria el siguiente estudio analítico que incluyó: hemo-grama con velocidad de sedimentación globular (VSG), bioquímica incluyendo enzimas hepáticas, bilirrubina, lac-tato deshidrogenasa (LDH) y proteína C reactiva, hormo-nas tiroideas, estudio de coagulación, prueba de Mantoux, radiografía de tórax, coprocultivo, urocultivo, serología de *Brucella*, determinación de anticuerpos anti VIH y ecogra-fía abdominal.

Los resultados del hemograma fueron: hemoglobina 13,6 g/dl (velocidad corpuscular media 85fl, CHCM 33 g/dl), leucocitos 13.610 (N:81,3%, L:11,9%), plaquetas 358.000/ l y la velocidad de sedimentación globular (VSG) de 76 mm/l.^a hora. El resto del estudio analítico fue normal excepto la proteína C reactiva que era de 117,7 mg/l, el fibrinógeno de 641,10 mg/dl y el hierro que era de 13 l/dl. La radiografía de tórax y la ecografía abdominal fue normal. Mantoux, cultivos y serología ne-gativos.

Se deriva al paciente para continuar estudio hospitalario donde se solicita nuevo estudio analítico, frotis sanguíneo, proteinograma, inmunoglobulinas, anticuerpos antinucle-ares, hemocultivos seriados, serología de *C. burnetii*, lúes, *Salmonella*, citomegalovirus, virus de Epstein Barr, *Legio-nella*, ecocardiograma y tomografía axial computarizada toracoabdominal. Todos los resultados analíticos fueron normales excepto el aumento de reactantes de fase aguda (VSG 95 mm/l.^a hora, proteína C reactiva de 78,7 mg/l), los hemocultivos y serologías fueron negativas, el ecocar-diograma dentro de la normalidad. En la tomografía axial computarizada (fig. 1) apareció un engrosamiento circun-ferencial de las paredes del ciego, colon ascendente, tra-sverso y partes del descendente, con estenosis de la luz, es-tos hallazgos son muy sugestivos de enfermedad inflamatoria intestinal siendo menos probables otros diag-nósticos como linfoma intestinal, tuberculosis intestinal, enterocolitis infecciosas...

Se realizó colonoscopia, en colon izquierdo hasta ángulo esplénico se aprecian zonas edematosas salteadas, más continuas en descendente proximal. En algunas de ellas se aprecian pequeñas úlceras aftoides de 1 cm. Transverso distal poco afectado. Desde la mitad de trasverso hasta ángulo hepático se aprecia marcado edema de toda la muco-sa salpicado de úlceras aftoides y serpiginosas de hasta 2 cm; siendo el diagnóstico endoscópico compatible con enfermedad de Crohn, confirmándose con las muestras to-



Figura 1. Tomografía axial computarizada toracoabdominal.

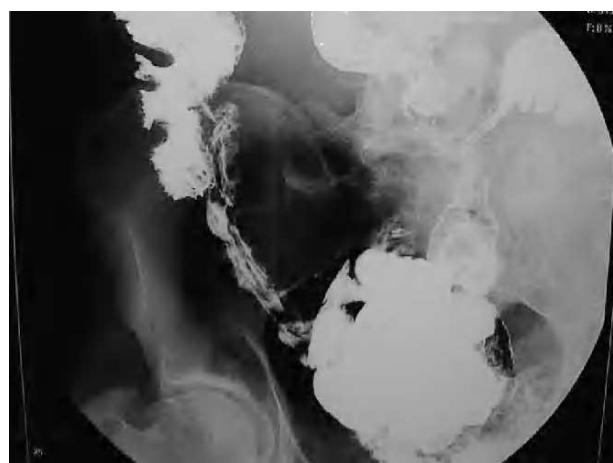


Figura 2. Tránsito intestinal.

madas para biopsia. Se solicita tránsito intestinal (fig. 2) donde aparece la afectación de ileón terminal.

Evolución. Se inicia tratamiento con corticoides y sopor-te nutricional. La respuesta al tratamiento fue satisfactoria desapareciendo la fiebre, habiendo ganancia ponderal y deposiciones normales; los reactantes de fase aguda dismi-nuyeron. Respecto a la afectación de miembro inferior de-recho se etiquetó como espondiloartropatía seronegativa asociada a EC habiendo también mejoría clínica.

Diagnóstico. Enfermedad de Crohn ileocólica con patrón inflamatorio.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Crohn es un trastorno inflamatorio cró-nico y recurrente del tubo digestivo con afectación prefe-rente del ileón terminal y el colon. La incidencia de la pa-tología que ha presentado nuestro paciente se sitúa en España en 5,5/100.000 habitantes y año, sin que se hayan encontrado diferencias significativas entre distintas zonas geográficas de nuestro país¹. La causa desencadenante es aún desconocida, aunque parece ser el resultado de com-

plejas interacciones entre factores ambientales, predisposición genética y alteración en la regulación de la respuesta inmunitaria².

Los síntomas³ de presentación más frecuente son la diarrea, que en el 25% de los pacientes con EC aparecerá asociada a rectorragia, y que en pacientes con afectación de la función motora del colon descendente o por la estenosis puede occasionar estreñimiento. El dolor abdominal depende de la localización de la enfermedad y de su patrón clínico, en pacientes con afectación ileal el dolor suele ser de intensidad leve o moderada, de carácter cólico y de localización en fossa ilíaca derecha; en la afectación gástrica o duodenal puede ser el dolor indistinguible del de la úlcera péptica; los pacientes con afectación del colon presentan dolor en hemiabdomen inferior. La fiebre suele ser inferior a 38,5º y constituye una manifestación del proceso inflamatorio. La pérdida de peso, que suele ser del 10% al 20% del peso corporal, se atribuye a los déficit nutricionales secundarios a la malabsorción y al aumento de la actividad catabólica. Es frecuente encontrar lesiones perianales, entre las que se encuentran fisuras, abscesos o fistulas perianales. Además de las manifestaciones clínicas relacionadas con la inflamación intestinal, la EC se caracteriza por la presencia de manifestaciones extraintestinales, cutáneo-mucosas, oculares, osteoarticulares, hepatobiliares, pancreáticas, hematológicas y circulatorias entre otras, que pueden preceder, acompañar o comportarse de forma independiente de la enfermedad intestinal subyacente⁴.

El diagnóstico de la EC se basa en datos clínicos, radiológicos, endoscópicos y anatomo-patológicos, ninguno de ellos patognomónicos, si bien la presencia de granulomas no caseificantes resulta de gran valor diagnóstico. Se deben descartar causas infecciosas, neoplasias y otros procesos que cursan con inflamación intestinal que pueden remediar hallazgos característicos de la EC⁵.

Respecto al tratamiento de la EC, hay que tener claro que se trata de una enfermedad que no podemos curar pero sí controlar, y en cuyo curso se alternan períodos de actividad clínica con otros de inactividad. Al aplicar el tratamiento puede ocurrir tres cosas: la primera es que tengamos éxito, permitiendo la retirada de los fármacos y quedando el paciente en remisión. La segunda es que reaparezca la actividad clínica cuando suspendamos el tratamiento, siendo preciso mantenerlo o reintroducirlo de forma precoz (cuando utilizamos corticoides estaremos hablando de corticodependencia)⁶. La tercera situación es que no consiga abolir la actividad, entonces hablamos de enfermedad corticorrefractaria. En estas dos situaciones requerirán un manejo terapéutico especial con utilización de inmunosupresores y, si fracasan éstos, con infliximab⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brulleta E, Bonfill X, Urrutia G, Ruiz Ochoa V, Cueto M, Clofent J, et al. Estudios epidemiológicos sobre la incidencia de enfermedad inflamatoria intestinal en cuatro áreas españolas. *Med Clin (Barc)*. 1998; 110:651-6.
2. García de Tena J, Manzano Espinosa L, Leal Berral JC, Álvarez-Mon Soto M. Etiopatogenia de la enfermedad inflamatoria del tubo digestivo. *Medicine*. 2004;9:331-40.
3. Panés Díaz J. Enfermedad inflamatoria intestinal. En: Farreras Valenti P, Rozman C, editores. *Medicina Interna*. 15 ed. Madrid: Elsevier, 2004. p. 211-33.
4. Levine JB. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. En: Kirsner editores. *Inflammatory Bowel Disease*. 5.^a ed. Nueva York: Raven, 2000. p. 397-409.
5. Lennard-Jones JE. Classification of inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol*. 1989;24 Suppl 170:2-6.
6. Hanauer SB, Meyers S. Management of Crohn's disease in adult. *Am J Gastroenterol*. 1997;92:559-65.
7. López San Román A. Tratamiento de la enfermedad de Crohn y de la colitis ulcerosa. *Medicine*. 2004;9:358-67.