



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 329/78 - DIARREA CRÓNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Parra Jordán<sup>1</sup>, S. Pini<sup>2</sup>, M. Prado Vizcardo<sup>3</sup>, A. Rey Alvarez<sup>3</sup>, A. Azagra Calero<sup>3</sup>; M. Maamar El Asri<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Cantabria.

<sup>2</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Interior. Cantabria.

<sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Sardinero. Cantabria. <sup>4</sup>Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Cantabria. <sup>5</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Interior. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 51 años. IQ: Apendicectomía. No alergias medicamentosas. Acude a consultas por diarrea de 7 meses de evolución. Hace un año, el paciente tuvo un cuadro similar, con coprocultivo positivo para Blastocystis Hominis tratado con metronidazol. Desde entonces, síntomas muy similares cada pocos meses con coprocultivos repetidamente negativos y ciclos empíricos de metronidazol. Los cuadros de diarrea mejoran o empeoran periódicamente, siendo de tipo explosivo con coloración normal y consistencia líquida-semilíquida, moco esporádicamente y sin sangre. Últimamente hace de 2 a 5 deposiciones. No dolor abdominal pero si molestia. Saciedad temprana. Astenia general. Pérdida de peso de 3 kg en los últimos meses. No fiebre

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 130/80 mmHg, FC 74 lpm. Consciente, afebril. BEG. Eupneico, bien perfundido. SatO<sub>2</sub> 98%. No ingurgitación yugular. Tórax: ACP normal. CV: RCR s/s. Abdomen: blando. No doloroso a la palpación. RHA: normal. No masas ni visceromegalias. Resto de examen físico: anodino. Bioquímica y Hemograma: normal. IgA: 196 mg/dl. Ac Anti transglutaminasa tisular IgA: <1.9. Coprocultivo x2: Flora bacteriana mixta intestinal. Colonoscopia: Hemorroides, pólipos colónicos. Anatomía Patológica: biopsia de intestino grueso (colon derecho) con colitis crónica con presencia de más de 30 eosinófilos por campo de gran aumento.

**Juicio clínico:** Colitis eosinofílica.

**Diagnóstico diferencial:** Parasitosis intestinal. Neoplasias: linfoma, cáncer gástrico, cáncer de colon. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Poliarteritis nodosa. Síndrome hipereosinofílico.

**Comentario final:** En consulta de atención primaria tras la anamnesis y la exploración física normal decidimos iniciar el estudio de diarrea crónica. Este consiste en solicitar analítica completa (Hg, BQ, Coagulación, Albúmina, TSH PFH, Perfil de Fe, PCR, Coprocultivo, Inmunoglobulinas, Ac Anti transglutaminasa, serología de hepatitis y VIH) y a su vez, modificar dieta del paciente eliminando 6 alimentos específicos: soja, trigo, huevo, leche, nueces y mariscos. Tras la normalidad de las pruebas y ver que con la dieta no mejora la clínica del paciente, solicitamos continuar estudio conjuntamente a través de las consultas de digestivo quienes deciden solicitar colonoscopia, calprotectina. Dando finalmente a través de la anatomía patológica el diagnóstico definitivo. Tras

ciclo de budesonida el paciente refiere mejoría franca de los síntomas. La colitis eosinofílica es una enfermedad poco frecuente. Forma parte de la gastroenteritis eosinofílica, entidad caracterizada por la infiltración eosinofílica de los tejidos, que puede afectar a cualquier segmento del tubo digestivo. Tiene una incidencia aproximada de 1/100.000 habitantes, siendo la afectación exclusiva del colon excepcional. Su localización más frecuente es la gástrica y duodenal. Puede aparecer a cualquier edad, pero parece ser más frecuente entre la 3ª y la 6ª década de vida. Para establecer su diagnóstico se requieren cuatro criterios: a) presencia de síntomas gastrointestinales; b) demostración de infiltración eosinofílica en colon mediante biopsias; c) ausencia de eosinofilia en órganos extraintestinales; y d) ausencia de infestación parasitaria. El tratamiento con corticoides se instaura según clínica evolutiva del paciente.

## **Bibliografía**

-Mueller S. Classification of the eosinophilic gastrointestinal diseases. Best Practice Res Clin Gastroenterology 2008; 22(3): 425-40.

-Shim LSE, Slick GD, Kalantar JS. Gastrointestinal: eosinophilic colitis. En: Sleisenger, Fordtran eds. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. 7ª ed. 2004; 2103-14.