



262/390 - DIARREA INFLAMATORIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA, CORRECTA DERIVACIÓN Y SEGUIMIENTO

A. García Pérez^a, A. de Dios Vicente^a, B. Montañez Gómez^b, L. Quijada Gutiérrez^c, P. Colina Azofra^a y M. del Río García^a

^aMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca. ^cMédico de Familia. SUAP La Alamedilla. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 53 años, exfumador de 35 paquetes/año, sin otros antecedentes de interés. Acude a consulta por diarrea de más de tres semanas de evolución con heces semilíquidas (tipo 6 en escala de Bristol) con sangre roja al final de la deposición, en número de 3-4 diarias, de predominio diurno, respetando el sueño, sin fiebre ni pérdida de peso. Se pauta dieta astringente y antidiarreicos. Una semana después acude refiriendo dolor abdominal difuso, 8 deposiciones diarias con sangre durante toda la deposición, sin respeto del sueño y pérdida de 5 kg de peso.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: Sequedad de mucosa oral, abdomen doloroso a la palpación de fosa ilíaca izquierda, con resistencia y área de empastamiento en dicha zona. Tacto rectal: restos hemáticos en canal anal, no se palpa masa. Analítica: anemia de trastorno crónico, PCR y VSG aumentadas; Ig A normal; Ac. Anti-transglutaminasa y ANA negativos. Coprocultivo y parasitocultivo negativos. Cumple criterios de diarrea inflamatoria por lo que contactamos con la Unidad Clínica de Diagnóstico Inmediato para realización de colonoscopia que resulta diagnóstica de colitis ulcerosa activa grave. Ingresa en Digestivo para tratamiento del brote.

Juicio clínico: Colitis ulcerosa.

Diagnóstico diferencial: Colitis infecciosa, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, colitis iatrogénica, úlcera rectal solitaria, colitis microscópica, colitis isquémica, enfermedad celíaca.

Comentario final: Inicialmente fue tratado con corticoterapia a dosis de 1 mg/kg/día y enemas de mesalazina. Presenta elevación de reactantes de fase aguda e imagen radiológica de megacolon tóxico que responde parcialmente a corticoides. Se comienza antibioterapia, infliximab 350 mg y azatioprina con buena tolerancia y evolución clínica. Es dado de alta con pauta descendente de corticoides, antibioterapia hasta su finalización, mesalazina, azatioprina e infliximab intravenoso semanal. Acude a nuestra consulta donde objetivamos hiperglucemia inducida por corticoides. Pautamos insulina que es retirada una vez finalizada la pauta de corticoides. Actualmente el paciente se ha incorporado a su vida laboral y social, dos meses después del inicio del estudio por su Médico de Atención Primaria.

Bibliografía

1. Casado Vicente V. Tratado de Medicina Familiar y Comunitaria, 2ª ed. Barcelona: Editorial Medica Panamericana, 2012.