



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

228/16 - PENSEMOS EN LA ENFERMEDAD DE CROHN EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Valentín Moya^a, C. Picó Castellanos^b, R. Sierra Luján^c, A. Ocaña Padilla^a, E. Nebot Molina^a, M. Domínguez Cabedo^d, F. Palacios Camacho^a, M. Viózquez Meya^a, Y. Maltas Hidalgo^b y J. Fariña Herrador^b

^aMetge de Família; ^bDUI. CS Ocata. El Masnou. Barcelona. ^cMetge de Família; ^dDUI. CS Teià. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 26 años, con antecedentes de cirugía por absceso y fístula anal, que tras viaje de París, presenta diarreas (3/día/durante 7 días), sin productos patológicos, abdominalgia y febrícula de 37,8 °C, consulta en su ambulatorio.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, sin signos de deshidratación cutaneomucosa, abdominalgia difusa con Blumberg negativo. Se pauta ciprofloxacino 500 mg/12 horas/5 días. A los 20 días consulta en urgencias del hospital, continúa con la misma clínica y reinterrogando refiere pérdida de 8 kg de peso y malestar general desde hace 1 mes. Analítica: 9.600 leucocitos (78%N, 13%L), hemoglobina 13,8 mg/dl, VCM 79, HCM 26, PCR 115 mg/L. Glucemia 100 mg/dl, creatinina 1 mg/dl, sodio 136 mmol/L, potasio 3,8 mmol/L, función tiroidal correcta. Radiografía de abdomen anodina. Estudio de parásitos en heces y toxina de *Clostridium difficile* negativo. Se le da alta y se cita a control consultas medicina interna. Unos días más tarde presenta rectorragias, vuelve a urgencias, se objetiva: deterioro del estado general y palidez cutáneo-mucosa. Analítica: hemoglobina 8,7 g/dl y hematocrito 26%, PCR 213, bilirrubina 0,35 mg/dl, creatinina 0,8 mg/dl, GOT 5 U/L. Albúmina 31,5 g/L. Se cursan hemocultivos. Se pauta ceftriaxona, metronidazol y feroterapia endovenosa. Ingresa en Digestivo. TAC abdominal: engrosamiento mural de colon con colitis inespecífica. Colonoscopia: múltiples úlceras desde margen anal a fondo de saco ciego, profundas, con estigmas de sangrado reciente y mucosa interlesional sana. Anatomía patológica: cambios histológicos compatibles con enfermedad de Crohn. Hemocultivos negativos. Con el diagnóstico de Crohn se inicia tratamiento corticoideo con mejoría clínica y analítica (PCR 5,61 mg/L, Hb 10 g/dL, hematocrito 30%) y se cita a consultas de Digestivo. Se solicita estudio prebiológico (serologías hepatitis B, C, VIH y CMV) que es negativo, por lo que se inicia tratamiento inmunosupresor, con respuesta favorable.

Juicio clínico: En pacientes jóvenes con diarreas y abdominalgias de larga duración y que además tengan antecedentes patología anal tenemos que sospechar la posibilidad de patología inflamatoria intestinal.

Diagnóstico diferencial: Diarreas infecciosas, fármacos, colon irritable, malabsorción biliar, pancreatitis crónica, colitis isquémica, colitis ulcerosa, diverticulitis, enfermedad celiaca y apendicitis aguda.

Comentario final: Desde primaria tenemos pensar en estas patologías para conseguir un

diagnostico temprano, mejorar el pronóstico y disminuir complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bhagya Rao B, Koutroubakis IE, Rivers CR, Regueiro M, Swoger J, Schwartz M, Baidoo L, Hashash J, Barrie A, Dunn MA, Binion DG. Correlation of anemia status with worsening bowel damage as measured by Lémann Index in patients with Crohn's disease. *Dig Liver Dis.* 2016.
2. García-Sanjuán S, Lillo-Crespo M, Sanjuán-Quiles Á, Richart-Martínez M. Crohn's disease: The experience of living with a chronic illness. *Salud Publica Mex.* 2016;58:49-55.
3. Onali S, Calabrese E, Petruzzello C, Lolli E, Ascolani M, Ruffa A, Sica G, Rossi A, Chiaramonte C, Pallone F, Biancone L. Post-operative recurrence of Crohn's disease: A prospective study at 5 years. *Dig Liver Dis.* 2016.