



## 160/1922 - Heces diarreicas de repetición

C. López Muñoz<sup>a</sup>, J.F. García Masegosa<sup>a</sup> y C. Muñoz Higuera<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. UGC Los Vélez. Almería. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año. Centro de Salud de Federico del Castillo. Jaén.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 31 años. NAMC. AP: fumadora medio paquete/día. Presenta heces diarreicas, dolor abdominal cólico, difuso, no irradiado, con borborigmos. No presenta fiebre. Ha presentado este cuadro de forma intermitente desde hace dos meses. Ha sido estudiada en consulta de digestivo por dispepsia, con diagnóstico de gastritis antral + *Helicobacter pylori* negativo, en tratamiento con lansoprazol 30 mg, sin mejoría. Refiere que en los últimos episodios de deshechos diarreicos algunas veces iban acompañados de moco y sangre. Pérdida de peso (5 kg en los últimos 3 meses).

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG. Afebril. Bien coloreada y perfundida. No signos de deshidratación. Abdomen: blando, depresible, no megalias, no masas. No puntos dolorosos. No signos de irritación peritoneal. Blumberg, Murphy y Rovsing negativos. RHA algo aumentados de timbre normal. Analítica (a destacar): Leucocitos 14.000 (neutrófilos 55%), VSG 14, PCR 16, hierro 83, ac antitransglutaminasa(-), ac anisaki(-), tirotropina 3.5, marcadores tumorales (-), sangre oculta en heces (-), coprocultivo (-). Endoscopia digestiva baja (a destacar): ciego y válvula ileocecal con úlceras milimétricas continuas que se extienden por todo colon derecho, transversal e izquierdo, con gran cantidad de fibrina. Biopsia mucosa colon: Mucosa de arquitectura en general conservada, con necrosis superficial, focal y coágulo fibrinoleucocitario, en lámina propia se observa infiltrado inflamatorio mixto con criptitis focal. Hallazgos compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal.

**Juicio clínico:** enfermedad inflamatoria Intestinal.

**Diagnóstico diferencial:** Neoplasias de colon. Diverticulosis de colon. Colitis aguda infecciosa. Úlcera rectal solitaria.

**Comentario final:** Se inició tratamiento con mesalazina 2 g (1-0-1), mesalazina enemas (0-0-1), prednisona 30 mg (1-0-0). La paciente evolucionó de forma favorable, cedieron las diarreas, recuperó peso, y no presentó nuevos episodios de diarreas ni dolor abdominal. Actualmente en seguimiento por digestivo. El término enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye dos trastornos de etiología desconocida: la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC), que se definen según criterios clínicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos. Ambas cursan de forma crónica con brotes de actividad inflamatoria. La CU afecta exclusivamente a la mucosa del colon en extensión variable, generalmente de predominio distal, de forma continua. La EC es un trastorno inflamatorio crónico transmural que puede afectar a cualquier segmento del tracto gastrointestinal

desde la boca hasta el ano, con carácter discontinuo. En los casos en que es imposible diferenciar entre CU y EC se habla de colitis indeterminada. La enfermedad se puede presentar en cualquier momento de la vida, aunque suele haber un pico entre la segunda y tercera década de la vida. El diagnóstico de EII, suele ser errático y dificultoso, debido a las molestias inespecíficas pueden presentar los pacientes antes de presentar heces sanguinolentas. Es importante conocer la sintomatología y los posibles síntomas, para poder realizar un buen diagnóstico diferencial y no retrasar el tratamiento.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Jasinski C, Tanzi MN, Lagomarsino G, López C, Iglesias C. Enfermedad inflamatoria intestinal. Arch Pediatr Urug. 2004;75(1):74-7.
2. Nos Mateu P, Aguas Peris M. Tratamiento médico de la colitis ulcerosa. Medicine. 2012;11(5):275-83.
3. Burger D, Travis S. Conventional medical management of inflammatory bowel disease. Gastroenterology. 2011;140(6):1827-37.