



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2160 - DIEZ DÍAS EN EL BAÑO

Y. Reverte Pagán^a, C.M. Cano Bernal^a, L. Blázquez González^a, M. Almansa Rosell^b, B. Sánchez García^c, J.I. Giménez^d, D. Fernández Camacho^b, M.C. Quesada Martínez^b, M. García Palacios^e y R. López Valcárcel^e

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Reina Sofía. Murcia. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Madrid. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Vistabella. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 25 años, sin antecedentes de interés, salvo hipoacusia de oído izquierdo. Acude a Urgencias por presentar fiebre de 38,7 °C y artralgias, precedido por un cuadro diarreico de diez días de evolución de hasta 8 deposiciones al día, sin productos patológicos hasta el sexto día, en el que comienza con sangre. También dolor abdominal difuso tipo retortijón que se aliviaba con las deposiciones. Las deposiciones habían ido disminuyendo y desde los dos días anteriores no presentaba ninguna. Ningún cuadro similar en su entorno. Refiere haber comido fuera en dos ocasiones previas al inicio del cuadro. Ante la duda de si estaba ante un cuadro infeccioso o un debut de enfermedad inflamatoria intestinal curso analítica, radiografía simple de abdomen y tres coprocultivos, colonoscopia, TAC de abdomen e ingreso para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: TA 98/67 y Tª 38,4 °C, resto de constantes normales. ACP normal. Abdomen: blando y depresible, ruidos normales, con leve dolor a la palpación en ambas fosas ilíacas y Mcburney positivo. Tacto rectal sin hemorroides, ampolla rectal sin heces, ni moco, dedil con sangre. Analítica de urgencias: leucocitos 11.920 (75,4% de neutrófilos), potasio 2,7, hemoglobina 13,9. Radiografía de abdomen: edema de pared en colon transversal y leve dilatación. Analítica en planta: hemoglobina 9,9, serologías negativas. Coprocultivos: negativos. TAC de abdomen: edema de tejido celular subcutáneo, engrosamiento difuso de la pared del colon y sigma compatible con colitis. Pequeña cantidad de ascitis. Colonoscopia: mucosa de colon desde ampolla rectal hasta ciego incluido con patrón eritematoso, con fibrina, algunas áreas confluyente de mayor gravedad en tramos medios y proximales. Válvula afectada e íleon proximal sin lesiones. Todo compatible con pancolitis ulcerosa, brote moderado-severo. Se toman biopsias.

Juicio clínico: Pancolitis ulcerosa.

Diagnóstico diferencial: Diarrea infecciosa inflamatoria, infección vírica ulcerosa (CMV, VHS), isquemia, neoplasia, colitis por radiación, enfermedad de Crohn.

Comentario final: La colitis ulcerosa (CU) se caracteriza por la afectación de la mucosa del colon y recto, con extensión proximal y continua. El intestino delgado no suele estar afecto salvo en casos

graves generando ileítis por reflujo. Según la extensión la clasificaríamos en proctitis, proctosigmoiditis, CU izquierda y pancolitis. Suele estar asociada a manifestaciones extraintestinales, como artritis, uveítis, eritema nodoso, pioderma gangrenoso y cuadros hepato-biliares. El debut de una CU no suele ser tan brusco como en el caso de la paciente, lo que hizo que se contemplara la posibilidad de un cuadro infeccioso. Respondió a tratamiento con corticoides de manera satisfactoria. La CU se asocia al aumento de riesgo de cáncer colorrectal en 0,5-1% anual tras 15 años de enfermedad, por ello se recomiendan colonoscopias cada tres años a partir de la segunda década de enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, et al. En: Manual de diagnóstico y terapéutica médica (Hospital Universitario 12 de Octubre). 7ª edición. Madrid. MSD, 2012. p. 723-61.