



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/1368 - NO ES SOLO DIARREA

E. Torresano Porras^a, F. Casas Galán^a y P. Ortiz Suárez^b

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias. Málaga. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 41 años exfumador sin otros antecedentes de interés que acude a consulta de Atención Primaria por presentar desde hace 4 meses diarrea de hasta 8 deposiciones diarias con moco y sangre que no respeta el descanso nocturno. Se acompaña de dolor abdominal que mejora tras las deposiciones. Refiere pérdida ponderal de 8 kg. La rectorragia es de características distales, niega presencia de coágulos y melenas. Niega fármacos ni transgresiones previas. Afebril, sin otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Auscultación cardiopulmonar: anodina. Abdomen: anodino. Analítica de sangre: parámetros normales incluida PCR salvo a AST 91. Coprocultivo: negativo, parásitos negativos. Juicio clínico: diarrea crónica. Ante la persistencia clínica se pauta tratamiento antidiarreico. Colonoscopia: pancolitis sugestiva de colitis ulcerosa con signos de actividad moderada. Anatomía patológica: colon derecho, transverso, izquierdo y recto con intensa linfoplasmocitosis en lámina propia con eosinófilos y neutrófilos, abscesos crípticos sugestivos de daño crónico.

Orientación diagnóstica: Ante los hallazgos se deriva a consulta de Digestivo. Se pauta mesalazina oral y en enemas. El paciente presenta periodos libres de enfermedad con brotes que requieren ingreso hospitalario para corticoterapia intravenosa.

Diagnóstico diferencial: Diarrea infecciosa. Fármacos. Alimentos. Tóxicos. Colitis isquémica.

Comentario final: Ante un paciente con diarrea crónica es imprescindible una buena historia clínica con exploración, analítica de sangre y coprocultivos. Como prueba complementaria es importante la colonoscopia ya que en algunos casos de enfermedad inflamatoria es la forma de llegar al diagnóstico cuando todo lo anterior es anodino. Debemos indagar por los antecedentes, pues suelen tener familiares afectados. El tratamiento del brote es con corticoides orales o intravenosos dependiendo de la gravedad. Para el mantenimiento la mesalazina es de elección para la colitis ulcerosa que tiene nuestro paciente, requiriendo en casos severos el empleo de biológicos o cirugía. Desde Atención Primaria debemos asegurarnos de la adherencia al tratamiento pues de ello dependerá parte del pronóstico de la enfermedad.

Bibliografía

1. Montoro M. Gastroenteritis infecciosas. En: Farreras Valentí P, Rozman C, eds. Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012; p. 222-30.
2. Guerrant RL, Van Gilder T, Steiner TS, et al. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. Clin Infect Dis. 2001;32:331-51.
3. Thielman, NM, Guerrant RL. Acute infectious Diarrhea. N Engl J Med. 2004;350:38-47.

Palabras clave: Diarrea. Enfermedad inflamatoria. Fiebre.