

CASO CLÍNICO



Dra. Ana Puente.
Dra. Katty López.

Caso 1



- ⌘ Hombre 54 años.
- ⌘ AP:
 - ⌘ Transtorno de Ansiedad
 - ⌘ Dependencia de tabaco.
- ⌘ Medicación actual:
 - ⌘ Paroxetina 20 mg día.

CASO 1



11/2012:

Malestar abdominal de 1 semana de evolución , con deposiciones líquidas desde hace 5 días, poca cantidad como rosadas, no estrías de sangre claras.

Hemodinamicamente estable.

Exploración: Abdomen anodino, peristaltismo aumentado.

DX: DIARREA AGUDA

Se explica normas y se solicita analítica por que no tiene desde hace años.

CASO 1



- ❧ Reconsulta 2 días después por diarrea y dolor abdominal , trae muestra de deposiciones con estrías de sangre, prueba del agua oxigenada positiva.
 - ❧ TA: 120/80mmgh FC:70 X', SatO2: 98%
- ❧ Abdomen: molestia en general.
- ❧ Tacto rectal normal sin restos de sangre.
- ❧ Digestivo (CDR)
- ❧ Se realiza analítica urgente:
 - ❧ Hemograma y bioquímica normal PCR 10.5.

CASO 1



☞ Dr. Toribio (CDR)

☞ 12/2012 rectosigmoidoscopia:

☞ Informe: En sigma, pequeñas microulceraciones con eritema y inflamación. Formación polipoide de aspecto inflamatorio(se biopsia). Hemorroides.

CASO 1



☞ Repasamos, 1 mes d'evolución , hematoquezia,
diarreas, dolor abdominal.

Podria tratarse de.....

CASO 2



- ∞ Hombre 42 años:
- ∞ AP: Ansiedad
 - ∞ Dependencia de tabaco.
 - ∞ Dislipemia.
 - ∞ Colon irritable 2008.
 - ∞ Psoriasis.
- ∞ Medicación Actual:
 - ∞ Alprazolam 0,25 mg c/dia.
 - ∞ Paroxetina 1,5mg c/dia.
 - ∞ Lorazepam 1 mg cada dia.
 - ∞ Omeprazol 20 mg cada dia.

CASO 2



- ❧ 05/2012: Desde hace 3 días deposiciones semilíquidas sin restos patológicos, con leve dolor en hipocondrio derecho, fiebre (39°), no vómitos.
 - ❧ Mucosa oral un poco seca. Constantes correctas.
 - ❧ Abdomen: blando depresible sin defensa, peristaltismo aumentado.
 - ❧ Afebril.
 - ❧ GEA VIRICA?

- ❧ Se le explica normas (SRO) y control según evolución.

CASO 2



- ❧ 07/2012: Ha perdido peso continua con periodos de diarrea algunas con sangre (comenta que esto le pasa desde hace 4 años) lo relaciona con la ansiedad, también epigastralgias que mejoran con almax.
- ❧ Se solicita analítica, se hizo pruebas de intolerancia alimentaria.
- ❧ Control del peso: 10 kg en 1 año.
 - Derivado al servició de Digestivo 02/2013:Dr Barniols (S. colon irritable) Programa colonoscopia.

CASO 2



- ∞ Diarreas con dolor abdominal importante (02/2013).
- ∞ Abdomen: distendido, doloroso a la palpación, defensa importante.
- ∞ Derivación al Cirugia.

CASO 2



- ⌘ Abdomen: con importante defensa.
- ⌘ Hemograma normal, 10.000leucos , bioquimica i coagulacion normal PCR 187.
- ⌘ Rx distension de intestino delgado.
- ⌘ Dx : OCLUSIÓN INTESTINAL.

CASO 2



☞ Pruebas complementarias:

- ☞ Endoscopia: esofagitis por reflujo, hernia de hiatus.
- ☞ Colonoscopia: estenosis en ileó terminal, con insuflación se aprecia pared ulcerada en forma de empedrado, con mucosa friable. OD: ileitis terminal.
- ☞ TAC: Oclusión mecánica de intestino delgado, con cambio de calibre a nivel pélvico, engrosamiento transmural con captación compatible con proceso inflamatorio.
- ☞ Biopsia:.....

CASO 2



- ☞ Consulta en CUAP por dolor abdominal tipo cólico y diarreas , en exploración física palidez mucocutanea, destaca dolor abdominal difuso, murphy - , blumberg +, analíticamente destaca leve anemia, con PCR 144. se pauta analgésia control medico de cabecera
- ☞ En 12/2013: ingreso en MI: Dolor abdominal +diarrea.

CASO 2



Hemodinamicamente estable.

Hemograma , bioquímica i coagulación normal, PCR 13.4

Abdomen con defensa importante.

OD: oclusión intestinal

CASO 3



- ☞ Hombre 46 años.
- ☞ AP:
 - ☞ Ansiedad.
 - ☞ Dependencia por tabaco.
- ☞ Medicación actual:
 - ☞ Lorazepam 1 mg dia.

CASO 3



- ❧ Refiere deposiciones diarreicas 2-3 al día.
- ❧ Exploración física: Hiperemia alrededor del ano, sin fisura.
 - ❧ Sangre oculta en heces (+)
 - ❧ Se programa rectosigmoidoscopia
 - ❧ En margen anal afectación de la mucosa por eritema, discreto edema y microulceraciones. Se toman biopsias.
 - ❧ Derivacion digestivo: Colitis ulcerosa, Afectación solo del sigmainicia tratamiento con mesalazina.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL



- ❧ Una amplia variedad de presentaciones y manifestaciones clínicas cuya principal característica es la inflamación crónica del tubo digestivo en diferentes localizaciones.
- ❧ Prevalencia entre 1,5 y 80 por 100.000 H.
- ❧ Se desconoce su etiología.
- ❧ La teoría etiopatogénica : Disregulación de la respuesta inmune del huesped frente a la flora bacteriana residente y a otros antígenos intraluminales en sujetos susceptibles genéticamente.

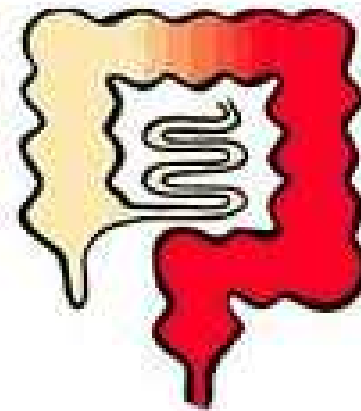
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL



Enfermedad de Crohn



Colitis Ulcerosa



ENFERMEDADA DE CROHN

- ❧ Afecta cualquier zona del tracto digestivo, desde la boca hasta el ano.
 - ❧ Íleon terminal y ciego, o afectar únicamente al recto o aisladamente en orofaringe.
 - ❧ El 60 % puede asociarse a fistula anal
- ❧ Inflamación segmentaria.
- ❧ Enfermedad transmural, Abscesos, fistulas, suboclusión.
- ❧ AP: Granulomas no caseificantes.

ENFERMEDAD DE CROHN

CLINICA:

- ❧ Ileal (30%):tercio distal del íleon con o sin afectación del ciego (se confunde con apendicitis).
- ❧ Cólica (20%):Entre recto y colon ascendente, diarrea mas abundante, se asocia a enfermedad perianal y manifestaciones extraintestinales.
- ❧ Ileocólica (40%): Afectación de íleon terminal con participación de cualquier otra área del colon (desde recto a colon ascendente)
- ❧ Gastrointestinal alta (5%): Cualquier localización proximal al íleon distal (yeyuno, duodeno, estomago esófago y orofaringe), dispepsia alta, hemorragia digestiva alta, síndrome de mala absorción, perdida de peso diarrea

ENFERMEDAD DE CROHN

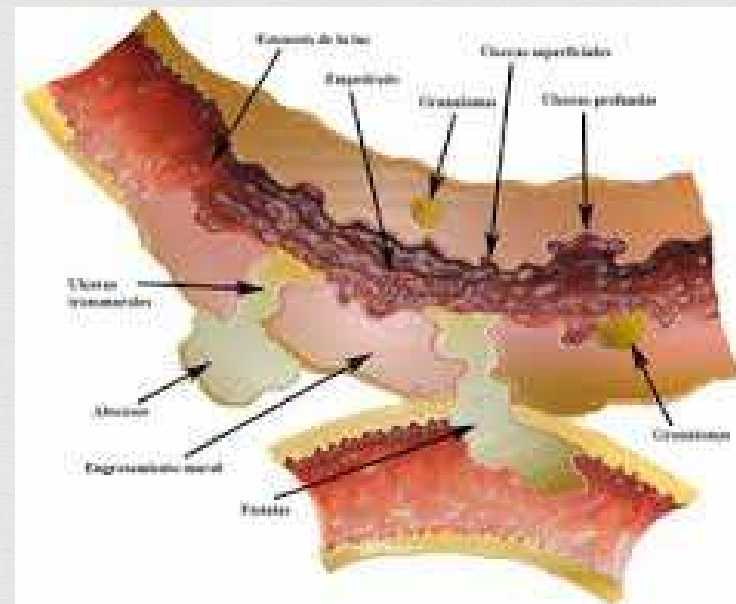
❧ DIAGNOSTICO:

- ❧ Diarrea+dolor abdominal+perdida de peso (fiebre).
- ❧ Analítica: Hemo, PCR,coprocultivo.
- ❧ Colonoscopia, gastroscopia, TAC, RMN, ecografía, RX.
- ❧ Histología.

❧ TRATAMIENTO:

- ❧ Mesalazina: Ph luminal, colon, ileon distal y yeyuno.
- ❧ Sulfasalazina: Hidrolisis bacteriana, colon
- ❧ Corticoides: Dacortin 60 mg , budesonida 9 mg.
- ❧ Antibióticos.

ENFERMEDAD DE CROHN



COLITIS ULCEROSA



- ∞ Afectación de forma difusa continua de la mucosa del colon, desde recto hasta válvula ileocecal.
- ∞ Clínica:
 - ∞ Rectorragia:
 - ∞ Diarrea: frecuente de escasa cantidad.
 - ∞ Tenesmo.
 - ∞ Urgencia: incontinencia fecal.
 - ∞ Dolor: tipo cólico, hipogástrico, y en fosa iliaca izquierda, que puede no ceder tras la defecación.
 - ∞ Fiebre, malestar general, pérdida de peso.

Colitis ulcerosa



Tabla 24-1 Actividad de los brotes según la clasificación de Montreal

Variable	Leve	Moderado	Grave
Número de deposiciones	≤ 4	5-6	> 6
Sangre en heces	+	++	+++
Hemoglobina (g/l)	> 10,5	> 10,5	< 10,5
Fiebre	Ausente	Ausente	> 37,5 °C
Frecuencia cardíaca	< 90	< 90	≥ 90
Velocidad de sedimentación globular	< 30	< 30	> 30

COLITIS ULCEROSA



- ❧ Exploración física:
 - ❧ Tacto rectal: heces semilíquidas con estrías de sangre y moco.
 - ❧ Palidez anemia, distensión abdominal, dolor abdominal difuso.
 - ❧ Analíticamente: elevación de los reactantes de fase aguda, Calprotectina en heces (proteína de neutrofilos), anemia, leucocitosis, trombocitosis, hipoalbuminemia
- ❧ **Rectosigmoidoscopia.**
- ❧ **Rx abdomen simple:** Dilatación de asas intestinales, aspecto granular de la superficie cólica.
- ❧ **Ecografía:** En CU: marcado engrosamiento e irregular de la capa mucosa del colon; en EC: borramiento de capas con engrosamiento de la misma.

COLITIS ULCEROSA



Criterios de Inclusión

- ❧ Afección difusa de la mucosa, sin granulomas (histología).
- ❧ Afección del recto (endoscopia).
- ❧ Afección en continuidad a partir del recto, de una porción del colon (endoscopia o enema opaco)

Criterios de exclusión

- ❧ Colitis infecciosa (microbiología)
- ❧ Colitis isquémica (histología).
- ❧ Proctitis/colitis actínica.
- ❧ Úlcera rectal solitaria.
- ❧ Enfermedad de Crohn.

COLITIS ULCEROSA



- ❧ TRATAMIENTO:
- ❧ DIETA: Normal , probióticos.
- ❧ MEDICACION:
 - ❧ Salicilatos.
 - ❧ Sulfasalazina.
 - ❧ Mesalazina.
 - ❧ Corticoides: brotes.
 - ❧ Inmunomoduladores: Azatioprina, mercaptoprina, ciclosporina, tacrolimus.
 - ❧ Antibióticos: metronidazol+cefotazima, ciprofloxacino+metronidazol, ect.

TABLA 31-1. DIFERENCIACIÓN ENTRE LA ENFERMEDAD DE CROHN Y LA COLITIS ULCEROSA

Enfermedad de Crohn	Colitis ulcerosa
En el 80% de los casos está afectado el intestino delgado	La enfermedad está confinada en el colon
El colon rectosigmoide suele estar respetado; la afectación del colon suele ocurrir en el lado derecho	El colon rectosigmoide está afectado siempre; la afectación del colon suele ser en el lado izquierdo
En el 15-25% de los casos está ausente la hemorragia rectal macroscópica	Siempre tiene lugar una hemorragia rectal visible
Es frecuente la presencia de fistulas, masas y abscesos	No existen fistulas
Las lesiones perianales son importantes en el 25-35% de los casos	Nunca aparecen lesiones perianales significativas
Radiográficamente, la pared intestinal está afectada asimétrica y segmentariamente, con «áreas respetadas» entre los segmentos enfermos	La pared intestinal está afectada simétrica e ininterrumpidamente desde el recto en sentido proximal.
El aspecto endoscópico es parcheado, con ulceraciones definidas separadas por segmentos de mucosa aparentemente normal	La inflamación es uniforme y difusa
La inflamación microscópica y las fisuras se extienden transmuralmente; son frecuentes lesiones de distribución marcadamente focal	La inflamación está confinada en la mucosa, salvo en los casos graves
En el 25-50% de los casos (patognomónicos) se detectan granulomas epitelioides (tipo sarcoides) en la pared intestinal o bien en los ganglios linfáticos	No aparecen los típicos granulomas epiteliales

DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES



ENFERMEDAD DE CROHN:

- ☞ Síndrome de intestino irritable.
- ☞ Procesos inflamatorios agudos: apendicitis, salpinguitis quiste ovarios...
- ☞ Ilitis, ileocolitis, y colitis infecciosa (ameba, shiguela, campylobacter, yersinia) anisakiasis (síndrome obstructivo).
Inmunodeprimidos, infecciones oportunistas, ITS (clamidia, neisseria gonorrhoeae y treponema pallidum)
- ☞ Linfoma.

COLITIS ULCEROSA

- ☞ Infecciosa: amebiana, tuberculosa, citomegalovirus.
- ☞ Hipoperfusión: isquémica secundaria a vasculitis. PAN.
- ☞ Secundaria a terapéutica: actínica, AINES, enfermedad del injerto contra huésped
- ☞ Asociada a otras entidades, infección por VIH, Síndrome hemolítico urémico, enfermedad de Behçet.
- ☞ Colitis linfocítica y colagena, eosinofilia, diverticulitis.

CONCLUSIÓN



❧ CASO 1:

- ❧ **Colitis Ulcerosa**
- ❧ Actualmente realiza tratamiento con claversal, tiene visita de control en febrero, esta mejor.

❧ CASO 2:

- ❧ **Enfermedad de Crohn**, desde el DX ha presentado 2 brotes ahora esta en la unidad de CROHN del HVE. En pauta decreciente cortis.

❧ CASO 3:

- ❧ **Colitis Ulcerosa**, presentó hepatitis medicamentosa ???
- ❧ Dejo el claversal, pero realiza Budesonida enema + lixacol 400 mg (5 aminosalicilic)



GRACIAS!!!!!!