



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica 5to año



UNIDAD TEMÁTICA 31: ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES. ANEMIAS 1° PARTE.

Autores: Dana Paula Cartas¹, Julieta Leone², Joaquín Montero³

¹Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

²Ayudante de Cátedra Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

³Cátedra de Gastroenterología y Hepatología

OBJETIVOS:

- Desarrollar aptitudes en el manejo clínico para identificar los síntomas asociados a las enfermedades inflamatorias intestinales, y diferenciarlos de otras causas de enterocolitis (infecciosas, eosinofílica, etc).
- Reconocer los principales métodos diagnósticos para las enfermedades inflamatorias intestinales.
- Diferenciar las características clínicas, endoscópicas e histológicas de la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU).
- Introducción a anemias. Manifestaciones clínicas. Evaluación inicial. Clasificaciones morfológicas y cinéticas.
- Focalizar en anemia ferropénica y de enfermedades crónicas.
- Analizar el síndrome anémico asociado a la enfermedad inflamatoria intestinal, diagnóstico diferencial y abordaje inicial.
- Adquirir nociones básicas del abordaje terapéutico de las enfermedades inflamatorias intestinales.

CASO CLÍNICO

Recordatorio: María del Pilar (56 años), luego de dos años retorna a la consulta, había presentado diagnóstico de hipotiroidismo por tiroiditis de Hashimoto, en tratamiento sustitutivo con levotiroxina, nódulo tiroideo con PAAF compatible con benignidad, síntomas de gastritis, reflujo gastroesofágico y síndrome de intestino irritable, medicada con inhibidores de bomba de protones, y esporádicamente con trimebutina y simeticona. No había accedido a la realización de endoscopías digestivas. Fumadora de 5 cigarrillos por día. Osteopenia. Síndrome del nevo con atipia.

Consulta actual:

Refiere un empeoramiento de sus síntomas habituales de dolores abdominales difusos tipo cólicos, atribuidos previamente a síndrome de intestino irritable, pero advierte un cambio en sus características. Refiere mayor intensidad, que la despiertan durante la noche impidiendo el descanso nocturno y más localizados en hemiabdomen inferior, siendo progresivo en los últimos 5 meses aproximadamente. Nos cuenta que inicialmente lo relacionó a que está “muy tensa y angustiada con problemas familiares, especialmente por la enfermedad de su hija Milagros”, refiere que los dolores abdominales son más continuos, y que ya no le calma con trimebutina o antiespasmódicos como le ocurría con anterioridad. Realizó una consulta con especialista en gastroenterología, quien le solicitó estudios complementarios. Ma. del Pilar realizó dichos estudios, pero no acudió a la consulta posterior. En los últimos 3 meses agrega diarrea, 3 o 4 episodios diarios, algunos de ocurrencia nocturna, con presencia de sangre, asociada a sensación de evacuación incompleta (tenesmo rectal), sin pus, y dudosa presencia de mucus en la materia fecal. En los últimos días agrega sensación febril, y aumento en el número de deposiciones sanguinolentas.

Al interrogatorio dirigido por aparatos, se recaban los siguientes datos:

- Astenia progresiva, palpitations y fatiga a esfuerzos moderados.
- Pérdida de 5 kg de peso en los últimos 3 meses, sin mediar grandes modificaciones en su patrón alimentario en el último año.
- Niega viajes recientes, consumo de AINES.
- Niega lesiones cutáneas, dolor articular.

Otros datos de interés:

- Hace 1 año decide llevar a cabo una alimentación vegetariana, debido a que su hija con quien convive, tiene posicionamiento ético vegano, y decide acompañarla en la planificación de sus comidas, si bien nota que le cuesta mucho abandonar hábitos y fundamentalmente el consumo de leche y huevo. Al comienzo tuvo asesoramiento nutricional, e inició suplementación con vitamina B12, pero la abandonó en los últimos 6 meses, porque presentaba reacciones acneiformes moderadas.

PREGUNTAS GUÍA (Anamnesis y orientación sindrómica)

- ✓ ¿Qué síndromes clínicos se identifican en esta paciente?
- ✓ ¿Qué características del dolor abdominal orientan a patología orgánica versus funcional?
- ✓ Identificar banderas rojas en dolor abdominal.
- ✓ ¿Cuál es el valor semiológico de la diarrea nocturna y sanguinolenta?
- ✓ ¿Qué diagnósticos diferenciales iniciales se deben considerar ante este cuadro? ¿Cuáles son los datos a favor y en contra de cada hipótesis diagnóstica?
- ✓ ¿Qué datos de la anamnesis faltan recabar y por qué serían relevantes?

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PREVIOS

(4 meses antes de la consulta, solicitado por Gastroenterología)

Laboratorio:

Hemoglobina (g/dL)	11,2
Hematocrito (%)	35
VCM (fl)	88,4
HCM (pg)	33
Glóbulos blancos (/mm ³)	7563
Neutrófilos (%)	70
Eosinófilos (%)	3
Basófilos (%)	4
Linfocitos (%)	17
Monocitos (%)	6
Plaquetas (/mm ³)	311.000
Glicemia (mg/dl)	97
TSH (μU/dL)	2,1
T4 (μg/dL)	10
T3 (ng/dL)	115
Bilirrubina total (mg/dL)	2
TGO (UI/L):	40
TGP (UI/L)	22
FAL (UI/L):	51
GGT (UI/L):	16
B12 (ph/mL)	289
Ferremia (μg/dL)	71
TIBC (μg/dL)	364
Sat. de transferrina (%)	30
Ferritina (ng/dL)	30
IgA (mg/dl)	148
Ac antitransglutaminasa IgA (U/ml)	1,2

Coprocultivo: negativo.

Leucocitos en materia fecal: positivo +.

Parasitológico seriado de materia fecal: negativo.

Ecografía abdominal: Hígado con forma y ecoestructura conservada. Tamaño normal. Sin lesiones netas. Vesícula de paredes finas, contenido líquido homogéneo. Alitiásica. Vía biliar de calibre conservado. Páncreas forma, tamaño, contornos y ecoestructura conservados. No se visualiza dilatación del conducto de Wirsung. Bazo no se observa esplenomegalia. Riñones situación, morfología y tamaño normal. Vía excretora de calibre conservado. Ecoestructura conservada. Parénquima homogéneo. Espesor cortico-medular conservado. No se observan imágenes de urolitiasis.

Examen físico:

- **Impresión general:** impresiona moderadamente enferma, muy decaída, adelgazada, palidez cutánea mucosa, orientado en tiempo y espacio.
- **Signos vitales:** PA 130/80 mmHg. FC 110 lpm. FR 16 rpm. T° 37,6 °C. SatO2 98% (0.21). Peso: 56 kg (registro de consulta dos años previos 62 kg). Talla: 1.65 m. IMC: 20.5 kg/m2
- **Piel:** sin alteraciones pigmentarias, sin cicatrices, nevos atípicos sin cambios.
- **Cabeza:** Ojos: conjuntivas pálidas, escleras blancas. Movimientos oculares no dolorosos. Fosas nasales: permeables sin secreciones ni epistaxis. Puntos sinusales negativos. Cavidad bucal: mucosas húmedas. Lengua central sin lesiones.
- **Cuello:** cilíndrico, simétrico, no se palpan adenopatías. Se palpa nódulo tiroideo de 2 cm en lóbulo derecho (sin cambios). Sin ingurgitación yugular. Pulsos carotídeos simétricos, sin soplos.
- **Tronco:** diámetro anteroposterior normal, sin cicatrices. Mamas: sin nódulos ni depresiones, ni secreción por pezón. Columna: sonora, indolora. Puño-percusión: negativa bilateral.
- **Aparato Respiratorio:** respiración costo abdominal, sin utilización de músculos accesorios, reclutamiento abdominal, tiraje intercostal/supraclavicular, ni aleteo nasal. Expansión de bases y vértices conservada. Excursión de bases conservadas. Sonoridad conservada. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos agregados.
- **Aparato Cardiovascular:** ritmo cardíaco regular, taquicardia, ruidos cardíacos normofonéticos, sin soplos, R3 ni R4.
- **Abdomen:** abdomen plano, sin estigmas de circulación colateral. Cicatriz de McBurney. Blando, depresible y doloroso a la palpación superficial en fosa ilíaca y flanco izquierdo e hipogastrio. Sin defensa ni dolor a la descompresión. Puño percusión bilateral negativa. Sin visceromegalias. Timpanismo conservado. Traube libre. Ruidos hidroaéreos aumentados.
- **Neurológico:** vigil, orientada. Comprende: comandos y órdenes complejas. Pupilas: isocóricas reactivas y simétricas. Movimientos oculares externos: completos. Pares craneales: conservados. Reflejos osteotendinosos: conservados. Sensibilidad: táctil superficial conservada. Coordinación: sin alteraciones. Respuesta plantar: indiferente bilateral. Hoffman: negativo bilateral. Marcha: conservada. Sin signos meníngeos.
- **Extremidades:** tono, trofismo y movilidad conservados. Pulsos conservados.
- **Región Perineal y genital:** sin lesiones.
- **Tacto rectal:** se niega.

PREGUNTAS GUÍA (Examen físico)

- ✓ ¿Qué hallazgos apoyan la presencia de un síndrome anémico?
- ✓ ¿De qué factores depende la sintomatología de la anemia? ¿Puede ser asintomática? ¿Por qué?
- ✓ ¿Qué manifestaciones clínicas se explican por los mecanismos de compensación del organismo frente a la anemia?
- ✓ Teniendo en cuenta que la anemia no es una entidad diagnóstica en sí, ¿qué otros síntomas o signos podemos encontrar propios de enfermedades que causan anemia?
- ✓ Sobre las anemias carenciales, ¿qué manifestaciones orientan a déficit de B12 y cuáles a ferropenia?
- ✓ ¿Cómo se interpreta el examen físico abdominal? ¿Qué hallazgos pueden orientar hacia algunas de las causas?
- ✓ ¿Qué hallazgos perianales y a nivel del tacto rectal serían clave buscar y por qué?

Hernán decide la internación de Ma. del Pilar. A su ingreso por no poder descartar componente infeccioso, se decide toma de cultivos (hemocultivos, coprocultivo y toxina para *Clostridium difficile*) y se instaura tratamiento empírico con ciprofloxacina y metronidazol endovenoso (EV). Es evaluada por Gastroenterología para realización de endoscopia y se solicita TC abdomen y pelvis con contraste EV y los siguientes exámenes complementarios:

Hemoglobina (g/dL)	7.5
Hematocrito (%)	25
VCM (fl)	64.8
HCM (pg)	19.5
Glóbulos blancos (/mm ³)	12490
Neutrófilos (%)	86
Eosinófilos (%)	0
Basófilos (%)	0
Linfocitos (%)	7
Monocitos (%)	6
Plaquetas (/mm ³)	511.000

Glicemia (mg/dl)	91
Urea (mg/dl)	17
Creatinina (mg/dl)	0.88
Sodio (mEq/l)	136
Potasio (mEq/l)	3.46
Cloro (mEq/l)	99
VES (mm/1° hora)	67
PCR (mg/L)	32.2
TP (seg)	14.8
KPTT (seg)	29
Orina completa	s/p

- Electrocardiograma 12 derivaciones: ritmo regular, sinusal FC 110 lpm.
- Radiografía directa abdomen de pie: sin niveles hidroaéreos patológicos.
- Radiografía de tórax: índice cardiotorácico conservado. No impresionan radio-opacidades. Senos costofrénicos libres.
- Serologías: HIV, VDRL, VHC, VHB negativas
- Perfil ferrocínético: Ferremia 25 ug/dl (VN 59-195) , TIBC 404 ug/dl (VN 228-429), Sat de transferrina 9 % (VN 20-55) , Ferritina 25 ng/ml (VN 30-140).
- Dosaje de vitamina B12: 271 pg/ml.
- Toxinas clostridium difficile: Toxina A, B y GDH no detectables por inmunocromatografía.
- Coprocultivo: >25 leucocitos por campo. Flora con predominio de cocos Gram positivos. No se aísla *Salmonella sp.*, *Shigella sp.*, *Aeromonas sp.*, *Yersinia sp.*, *E. coli* enteropatógena, *E. coli* enteroinvasiva ni *E. coli* enterohemorrágica O157:H7. No se obtuvo desarrollo de enterobacterias productoras de carbapenemasa, *Enterococo* vancomicina resistente ni cepa productora de betalactamasa de espectro extendido.
- Calprotectina en materia fecal: > 1000 ug/g

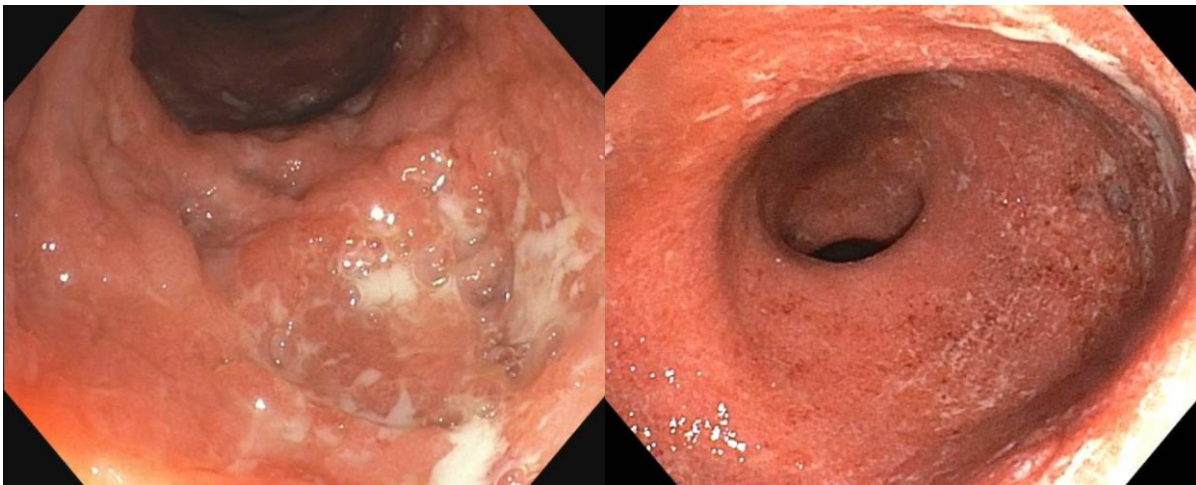
PREGUNTAS GUÍA (Abordaje de la anemia)

- ✓ ¿Cómo se define la anemia? ¿Cuáles son los valores normales de hemoglobina y hematocrito según sexo y edad?
- ✓ ¿Qué datos clínicos y de laboratorio permiten reconocer un síndrome anémico en esta situación?
- ✓ ¿Qué tipo de anemia presenta la paciente?
- ✓ ¿Qué criterios se utilizan para la clasificación de la anemia (morfológicos y fisiopatológicos)?
- ✓ ¿Cuáles son los mecanismos fisiopatológicos principales que pueden causar anemia?
¿Cuáles podrían estar involucrados en este caso?
- ✓ ¿Es posible que coexistan varios mecanismos? Ejemplifique.
- ✓ ¿Qué diagnósticos diferenciales deben considerarse ante una anemia microcítica?
¿Cuál es la causa más frecuente y por qué?
- ✓ ¿Cómo diferenciar a la anemia ferropénica de la de enfermedades crónicas?
- ✓ ¿Qué determinaciones de laboratorio son esenciales para clasificar la anemia y orientar su etiología?
- ✓ ¿Qué información aporta el recuento de reticulocitos y cómo permite clasificar la anemia desde el punto de vista funcional?
- ✓ ¿Qué significa el ancho de distribución eritrocitaria (ADE/RDW) y qué utilidad tiene en este contexto?
- ✓ ¿Cuál es la diferencia entre macrocitosis y megaloblastosis?
- ✓ ¿Cómo se define la severidad de la anemia según los valores de hemoglobina? ¿Existe criterio transfusional en este caso? ¿Por qué?
- ✓ ¿Qué factores de riesgo identifica para el déficit de vitamina B12 en esta paciente?
¿Cuáles son los puntos de corte para definirlo? ¿Cómo se indicaría la reposición en caso de confirmarse el déficit?
- ✓ ¿Qué otros estudios solicitaría en esta instancia y con qué objetivo?

TOMOGRAFIA ABDOMEN Y PELVIS CON CONTRASTE EV:

Se observa engrosamiento parietal circunferencial regular predominantemente submucoso de todo el marco colónico y recto, de mayor jerarquía en colon izquierdo y sigma, que se acompaña de ingurgitación vascular en dichos territorios. Se visualiza además discreta reticulación de la grasa adyacente a asas colónicas y presencia de líquido libre en fondo de saco de Douglas. Las asas delgadas se encuentran respetadas. No se observan signos de neumoperitoneo. Múltiples estructuras ganglionares intraperitoneales mesentéricas, alcanzando la mayor de ellas rango megálico a nivel ileocólico con 10 mm en su eje corto. El hígado es de forma, tamaño y situación habituales. Su superficie es lisa, y sus bordes son agudos. Sin alteraciones densitométricas ni lesiones focales. La vía biliar intra y extrahepática es de calibre conservado. La vesícula biliar es de forma, tamaño y situación normales, sin imágenes que sugieran la presencia de litiasis. El bazo es de forma, tamaño y situación normales. El eje esplenoportal es de calibre y trayecto conservado, permeable. El páncreas es de características normales. El conducto de Wirsung es de calibre conservado, sin efectos de masa. Las glándulas adrenales son normales. Ambos riñones son de forma, tamaño y situación habituales. Concentran normalmente la sustancia de contraste, sin evidencia de alteraciones calico-piélicas ni ureterales. La aorta abdominal así como también las arterias ilíacas primitivas, internas, externas y femorales, son de calibre y trayecto conservados. La vena cava inferior así como también las venas ilíacas primitivas, internas, externas y femorales, son de calibre y trayecto conservados. La vejiga se encuentra escasamente replecionada sin poder evaluar adecuadamente sus paredes. Útero en RVF. Se visualiza a nivel anexial izquierdo una imagen redondeada hipodensa de aspecto funcional que mide 20 mm. Correlacionar con estudio ecográfico. No se observan alteraciones a nivel de los tejidos blandos que componen la pared abdomino-pelviana.

Videocolonoscopia: se avanza hasta ciego. Se intuba íleon distal normal. Mucosa colónica con afectación continua desde margen anal hasta colon transversal, se observa una clara delimitación entre la mucosa afectada y la normal. Los segmentos comprometidos presentan pérdida del patrón vascular, eritema, edema y friabilidad. Se observan úlceras profundas, algunas mayores de 2 cm. Colon derecho respetado. Hemorroides internas. Se toma biopsia para anatomía patológica y cultivo. Conclusión: mucosa colónica compatible con enfermedad inflamatoria intestinal extensa con actividad severa.



Videoendoscopia digestiva alta: Esófago: mucosa normal. Estómago: mucosa normal en antro, cuerpo y fundus. Duodeno: bulbo y 2da porción normal. Se toma biopsia. Conclusión: estudio normal.

PREGUNTAS GUÍA (*Diagnóstico diferencial*)

- ✓ ¿Qué hallazgos clínicos, endoscópicos e histopatológicos diferencian a la colitis ulcerosa de la enfermedad de Crohn? ¿Qué marcadores de laboratorio podrían ser de utilidad para discriminar entre estas entidades? ¿Cuáles utilizamos para evaluar actividad?
- ✓ ¿Cómo evaluar la severidad del brote de EC/CU según escalas/índices y qué parámetros incluyen? Ejemplos.
- ✓ ¿Para qué se utiliza la clasificación endoscópica de Mayo?
- ✓ ¿Qué es la calprotectina? ¿Cómo se interpreta esta determinación?
- ✓ ¿Cómo se relaciona la extensión endoscópica de la enfermedad con las manifestaciones clínicas? ¿Cuáles son las complicaciones que pueden presentar pacientes con EC y CU?
- ✓ ¿Qué diagnósticos diferenciales histológicos deben descartarse?
- ✓ Investigue diferencias y significado de colitis indeterminada, colitis microscópica y colitis eosinofílica.
- ✓ ¿Con cuáles otras enfermedades y manifestaciones extraintestinales pueden asociarse las enfermedades inflamatorias intestinales?

CONDUCTA Y TRATAMIENTO

Se interpreta al cuadro como colitis ulcerosa severa activa. Por presentar en la videocolonoscopia úlceras profundas en el colon (Mayo III), se realiza corticoterapia EV a altas dosis.

Indicaciones:

- Mesalazina 4 g/día vía oral.
- Omeprazol 20 mg/día vía oral.
- Hidrocortisona 100 mg cada 8 horas endovenoso por 7 días.
- Hierro por vía endovenosa (dos ampollas de 10 ml, que contiene 500 mg de hierro, como carboximaltosa férrica 1800 mg la ampolla)

PREGUNTAS GUÍA (*Tratamiento y complicaciones*)

- ✓ ¿Cuáles son los objetivos terapéuticos en esta paciente?
- ✓ ¿Qué tratamiento farmacológico inicial indicaría? ¿Cuáles son las opciones terapéuticas disponibles para CU/EC? Repasar: aminosalicilatos, corticoides, inmunosupresores, tratamientos biológicos disponibles.
- ✓ ¿Cómo abordaría la anemia en este contexto?
- ✓ ¿Qué criterios de gravedad y de derivación reconocería? ¿Cuáles son las complicaciones intestinales que se pueden presentar en las enfermedades inflamatorias intestinales?
- ✓ ¿Qué recomiendan las guías sobre la vigilancia oncológica en pacientes con CU? ¿Cuál es la frecuencia endoscópica para el screening de cáncer colorrectal según el riesgo? Criterios de ECCO.