

## CASO CLÍNICO

Paciente varón de 27 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos, que consulta por dolor y distensión abdominal.

### Antecedentes patológicos (médico – quirúrgicos):

- **Fibrosis quística** diagnosticada a los 9 meses de edad. Prueba del sudor: 108 mEq Cl.  
Estudio genético: F508del / F508del.  
Complicaciones digestivas asociadas:
  - Insuficiencia pancreática exocrina en tratamiento con KREON.  
Complicaciones neumológicas asociadas:
  - Bronquiectasias difusas bilaterales, colonizadas crónicamente por *Aspergillus sp* y *S. aureus* y ocasionalmente por *Pseudomonas aeruginosa* en 1997 y 2004. Última PFR (31.10.2012): FVC 4,05 (84%); FEV1 2,42 (64%); M25-75 1,20 (30%). Ha presentado varios ingresos hospitalarios por infecciones respiratorias, sin necesidad de soporte ventilatorio ni ingreso a UCI.
  
- **Enfermedad de Crohn** diagnosticado en 2009.

Al paciente se le había realizado un TAC abdominal de control de su FQ en febrero de 2009. El TAC informaba de la presencia una marcada dilatación de asas ileales con distorsión difusa y engrosamiento de pliegues mucosos, dilatación y engrosamiento de pliegues de colon ascendente, y marcado contenido fecaloideo en el interior de las asas de íleon y del colon en todo su trayecto. En el momento de realizarse el TAC se encontraba clínicamente asintomático desde el punto de vista digestivo.

Tres meses más tarde, en mayo de 2009, el paciente ingresa en el servicio de Cirugía general por clínica de dolor abdominal y fiebre de dos días de evolución. En la analítica sólo destacaba leucocitosis de 18 000 con 80% de neutrófilos. El resto del hemograma y bioquímica completa eran normales. Se realizó TAC abdominal que informaba de “colitis derecha importante con discreta extensión a íleon terminal – pre terminal y extensión a apéndice vermiforme (apendicitis infecciosa secundaria). El extremo del apéndice está en contacto con la pared abdominal anterior que muestra cambios inflamatorios extensos. Presencia de colección paracólica derecha. Contexto ganglionar asociado de aspecto reactivo”. Se orientó el cuadro como de posible origen infeccioso por que se inició tratamiento antibiótico con amoxicilina/clavulánico 1gr c/8hr. La evolución clínica fue satisfactoria. Un TAC abdominal previa al alta, mostró estabilidad de los hallazgos radiológicos. El paciente fue dado de alta con el mismo tratamiento antibiótico vía oral.

El 03 de Junio de 2009 acude de nuevo a urgencias de Cirugía por molestias abdominales en FID y febrícula. La exploración abdominal y analítica urgente es anodina por lo que es dado de alta con tratamiento en Hospital de Día con Ertapenem 1gr/24hr. El paciente acudía cada día al Hospital para recibir tratamiento IV, luego del cual retornaba a su domicilio.

Por persistencia del dolor abdominal y fiebre, ingresa de nuevo el 08 de Junio de 2009 en el servicio de Cirugía general. Un nuevo TAC abdominal informó: “Hallazgos similares a los de la exploración previa, persistiendo los signos inflamatorios peri-apendiculares en contacto con la pared abdominal anterior de FID, así como estabilidad de la colección paracólica derecha. Persistencia de abundantes adenopatías iliocecológicas, así como engrosamiento mural de colon ascendente y ángulo hepático”.

Se indicó una colonoscopia que objetivó a nivel de colon derecho úlceras recubiertas de fibrina, pseudopólipos y puentes mucosos, hallazgos sugestivos de enfermedad inflamatoria intestinal. No se realizó ileoscopia. El estudio histopatológico de las biopsias obtenidas fue más consistente con una colitis aguda de origen infeccioso. Los hemocultivos, coprocultivos y toxina para *Clostridium*

*difficile* fueron negativos. El paciente recibió tratamiento con piperacilina / tazobactam sin evidenciarse mejoría clínica (persistencia de dolor abdominal y fiebre), por lo que 01 de Julio del 2009 fue intervenido quirúrgicamente. Se realizó hemicolectomía derecha + anastomosis ileocólica termino lateral. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica informó: *“Se recibe pieza de hemicolectomía derecha que consta de segmento de colon de 30 cm de longitud x 5 cm de diámetro e íleon de 9 cm de longitud x 3cm de diámetro. Colitis criptodestructiva en la que se alternan zonas muy patológicas con zonas de aspecto normal. En las zonas lesionadas se observa una afectación de toda la pared intestinal con presencia de abundantes agregados linfoides. Los cambios descritos son compatibles con el diagnóstico de enfermedad de Crohn”*. La inmunohistoquímica para CMV fue negativa.

El paciente fue dado de alta y remitido a las CCEE Digestivo donde se inició tratamiento con azatioprina 150 mg día. La evolución clínica posterior a la IQ fue satisfactoria, no presentando más brotes ni ingresos hospitalarios, y estando asintomático desde el punto de vista digestivo, excepto por clínica de estreñimiento que controlaba con laxantes.

Ambulatoriamente estaba pendiente de realizarse una fibrocolonoscopia de control. En julio de 2012 se realizó un entero RMN que informaba de engrosamiento de características atípicas de los últimos 7 cm de íleon, sin prácticamente realces significativos, condicionando una estenosis larga pero sin dilatación retrógrada. No se aprecian abscesos o cambios inflamatorios en la grasa mesentérica adyacente. Resto de intestino delgado parcialmente replecionado por contraste oral sin evidencia de dilatación o engrosamientos murales.

- Otros antecedentes patológicos: Osteoporosis secundaria a corticoterapia, hiperglucemia en el contexto de toma de corticoides, Síndrome depresivo.

#### **Tratamiento habitual:**

AuxinA+E 1 comp /día, Kreon 25000 6 comp/día, Omeprazol 20mg 1 comp/día, Symbicort 2 inh/12h, Flumil forte 1/12h, Azatioprina 50mg 3 comp/día, Osbic 2 comp/día, Escitalopram 10mg 1 comp/día, Ceftazidima 1gr/12h nebulizada.

#### **Enfermedad actual:**

El paciente ingresa en el servicio de Digestivo en Noviembre de 2012 por clínica de tres meses de evolución de dolor y distensión abdominal de predominio en cuadrante inferior derecho acompañado de un empeoramiento del estreñimiento que padecía. Explicaba pérdida de unos 3 kilos en los últimos 3 meses. Sin fiebre, náuseas, vómitos u otros síntomas asociados.

#### **Exploración física:**

TA: 110/70 mmHg, FC: 70 lpm, Tº 36.8 °C, SatO2 96 % al aire ambiente.

Paciente vigil y orientado, normohidratado y normoperfundido. Aparato respiratorio: Eupneico. MV conservado, crepitantes secos bibasales. Aparato cardiovascular: TCR sin soplos, no IY ni RHY, no edemas de extremidades inferiores. Abdomen: levemente distendido, blando, depresible, leve dolor a la palpación profunda en FID, no signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado.

#### **Pruebas complementarias:**

**Analítica:** Hb 13.8, hematocrito 40.5%, VCM 91.5, HCM 31.1, CHCM 34, leucocitos 13900 (N 85% L 8.7%), plaquetas 317300, T Quick 97%, TTPA 29.3seg, fibrinógeno 3.8, VSG 88, glucosa 88, urea 25, creatinina 0.73, proteína 7.5, bilirrubina total 0.28, PCR 2.32, sodio 140, potasio 4.23, cloruro 103, calcio 9.3, AST 16, ALT 10.

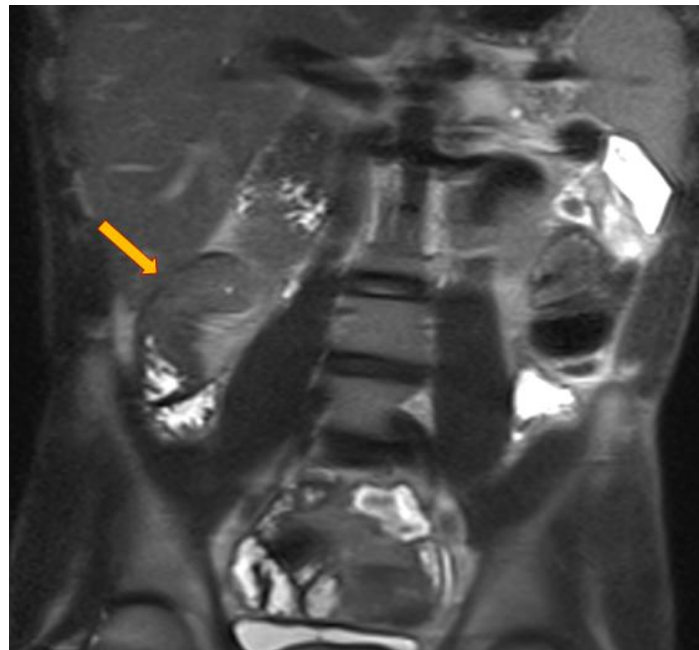
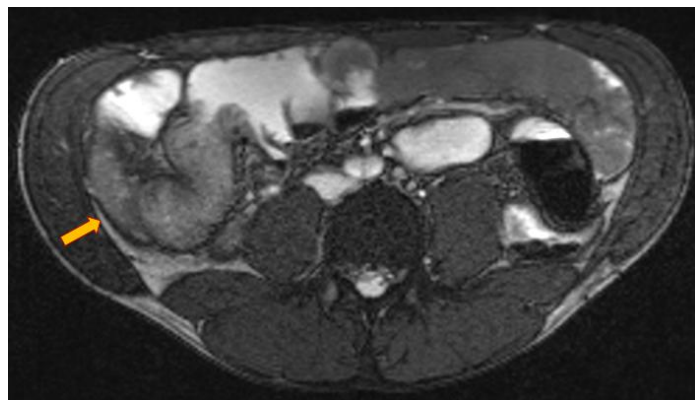
**TAC abdominal:** Cambios post hemicolectomía derecha subtotal y anastomosis ileocólica observando el segmento ileal de la anastomosisestenótica con engrosamiento concéntrico ya conocida por Entero RMN previa que condiciona dilatación retrógrada de asas delgadas de hasta 6.5 cm de diámetro máximo. Presencia de pequeña cantidad de líquido entre asas y mesenterio. No colecciones ni aire extraluminal.

**Colonoscopia + ileoscopia:** Se explora la totalidad del colon hasta anastomosis íleo-colónica terminal dentro de la normalidad, anastomosis normal y últimos centímetros de íleon distal dentro de la normalidad.

No se realizaron más pruebas diagnósticas.

Imágenes de Entero RMN y TAC abdominal, donde las flechas señalan los hallazgos más relevantes descritos en los informes.

### IMÁGENES DE ENTERO RENOSANCIA



**IMÁGENES DE TAC ABDOMINAL**

