

CASO PRÁCTICO 1

Mujer de 52 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales, osteoporosis, amigdalectomía, colecistectomía y diagnosticada por su médico de atención primaria de síndrome de intestino irritable. Entre sus antecedentes familiares destaca padre epiléptico y madre con hipertransaminasemia idiopática.

Remitida a consulta porque desde hace 4 meses presenta aumento de número de deposiciones (6-7 deposiciones al día), sin productos patológicos, líquidas, abundantes y precedidas de dolor abdominal cólico difuso que cede con la deposición. En alguna ocasión las deposiciones son nocturnas. No asocia tenesmo ni proctalgia. No refiere rectorragias ni melenas. No ha respondido a medidas dietéticas habituales.

A la exploración física presenta un buen estado general, delgadez, normocoloración y normohidratación. La auscultación cardiopulmonar es normal y el abdomen es blando, depresible, sin masas ni visceromegalias y sin puntos dolorosos. No se palpan adenopatías periféricas. La exploración neurológica basal es normal. Tacto rectal: ampolla vacía y heces de características normales. No hay edemas en miembros inferiores.

Aporta las siguientes exploraciones complementarias:

- Analítica: PCR 82 mg/L [0-5], GOT 60 U/l [0-31], GPT 75 U/l [0-33], hemoglobina 10, 5g/dL [12-15.3], hierro 12 mg/dl [30-160]. Resto de parámetros bioquímicos renales, hepáticos, iones, coagulación, vitamina B12, cobre, ceruloplasmina, ácido fólico normales, plaquetas, leucocitos y fórmula, y hormonas tiroideas normales. Serología hepatitis viral VHC, VHA y VHB negativas. Autoinmunidad: anticuerpos antinucleares, anti LKM1 y antimitocondriales normales. Anticuerpos antitransglutaminasa IgG 17 U/ml [0-10].
- Coprocultivos y parásitos en heces: negativos
- Ecografía: normal.

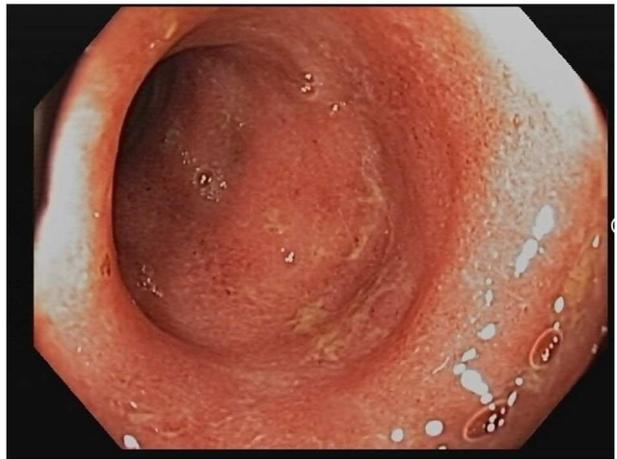
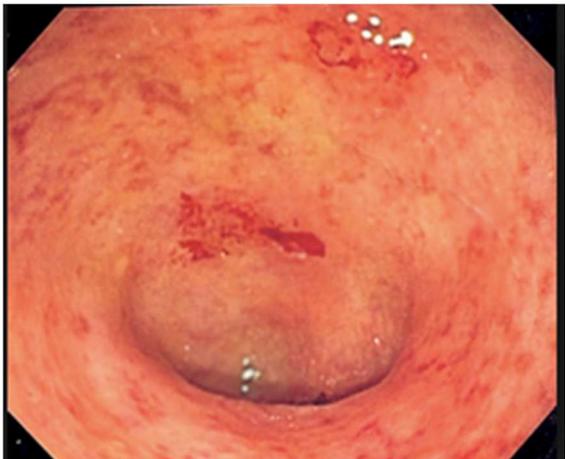
1. ¿Cuál sería el diagnóstico sindrómico y el diagnóstico más probable ante estos hallazgos?
2. En la consulta solicitamos una gastroscopia con los siguientes hallazgos: mucosa de segunda porción duodenal pálida y de aspecto geográfico que se biopsia. Resto de exploración normal. Anatomía patológica: atrofia vellositaria e infiltrado linfocitario intraepitelial. Infiltrado linfoplasmocitario con eosinófilos en lámina propia. ¿Cuál sería su recomendación terapéutica para la paciente? ¿Continuaría el estudio con alguna otra exploración? ¿Haría alguna recomendación familiar a la paciente?
3. Una vez iniciado el tratamiento la paciente mejora de forma evidente con ganancia ponderal y clara mejoría de la diarrea. Se normalizan las enzimas hepáticas. A los 8 meses de seguimiento refiere discreto empeoramiento de la diarrea con 5-6 deposiciones al día, líquidas y de escasa cuantía, alguna de ellas nocturna. ¿Qué diagnósticos diferenciales se plantearía en este momento?
4. Se realizan las siguientes exploraciones que resultan normales: coprocultivos y parásitos en heces, analítica que incluye anticuerpos antitransglutaminasa y beta 2 microglobulina, tránsito baritado, ileocolonoscopia con biopsias seriadas y TAC abdominal. La anatomía patológica de las biopsias se informa como: banda colágena subepitelial de 15 microm, con infiltrado inflamatorio crónico linfoplasmocitario en lámina propia. ¿Cuál es el diagnóstico en este momento? Comente brevemente, esquema de tratamiento y pronóstico para este nuevo diagnóstico.

CASO PRÁCTICO 2

Sergio, 27 años, ingresa en un hospital por un cuadro de 3 meses de evolución de deposiciones diarreicas (10 al día), con sangre, asociado a pujo y tenesmo rectal, dolor abdominal leve; poliartralgias asimétricas en grandes articulaciones (codo y rodilla)

TA: 90/60 FC: 106/m, FR: 22/m, T^a: 37,5. Regular estado general. IMC: 19,3, conjuntivas pálidas, mucosas secas. Abdomen: Dolor a palpación FII leve

Analítica: Hb 9 gr/dL. Leucocitos 14000. PCR 134. Se realiza colonoscopia:



1. ¿Cuál es su diagnóstico de sospecha? Diagnóstico diferencial ¿Qué manejo plantearía tras el ingreso?
2. Al 10° día de tratamiento durante la hospitalización el paciente ha mejorado discretamente, pero persisten 8 deposiciones diarias con escasa disminución del sangrado, y se realiza control de PCR 52 y Albumina 2,6. Se recibe resultado de quantiferon que es negativo, así como toxina A y B para Clostridium difficile negativas. ¿Cuál sería su actitud con el paciente en esta situación?
3. ¿Se plantearía en algún momento tratamiento quirúrgico a este paciente?

CASO PRÁCTICO 3

Paciente de 58 años con antecedentes de fumador de 30 paquetes cigarrillos/año, bebedor de unos 80 gr. Etanol al día. Diagnosticado de Diabetes Mellitus no insulino dependiente en 2015 en tratamiento con Metformina. No alergias conocidas. Ingresó procedente del servicio de urgencias por un cuadro de aumento del perímetro abdominal, no acompañado de dolor ni de náuseas ni vómitos. Aumento de peso progresivo en el último mes.

A la exploración destacan telangiectasias malares, hipertrofia parotídea y circulación colateral en abdomen. Distensión abdominal con percusión positiva en ambos flancos sin signos de irritación peritoneal. Edemas en EEII hasta rodilla. Desde el punto de vista analítico se observa trombopenia y leucopenia y alteración de las pruebas hepáticas con GOT 145 GPT 87 GGT 259 BRT 1.9 mg/dL y coagulación con INR 1.8, urea 40mg/dL creatinina 0.9mg/dL

1. ¿Cuál es el síndrome por el que ingresa el paciente? ¿Qué exploraciones considera necesarias para realizar un diagnóstico adecuado?
2. ¿Qué tratamiento iniciaría para el cuadro que presenta el paciente?
3. Tras una semana de tratamiento el paciente no presenta edemas, ni ascitis y su analítica muestra GOT 58 GPT 47 GGT 112 BRT 1.8 mg/dL y coagulación con INR 1.7, urea 87 mg/dL creatinina 1.4 mg/dL. ¿Qué actitud adoptaría?