

CASO PRÁCTICO 1

Ricardo, 58 años, diagnosticado de Enfermedad de Crohn a los 18 años, con 2 ingresos por brotes agudos de diarrea en 1995 y 2001 de más de 15 deposiciones al día y fiebre, con afectación de íleon terminal y ciego, con buena respuesta a corticoides y posteriormente tratamiento de mantenimiento con 5-ASA. Desde entonces ritmo intestinal de 1-2 deposiciones al día, perdiendo el seguimiento en consulta de digestivo en el año 2010. El paciente ingresa en un hospital por un cuadro de dolor abdominal tipo cólico, acompañado de distensión abdominal, estreñimiento y náuseas, que se inició unas semanas antes del ingreso y que le obligó a acudir a urgencias debido al aumento en la intensidad del dolor.

Exploración TA: 120/60 FC: 106/m, FR: 22/m, Tª: 36,8. Buen estado general. IMC: 24 Abdomen: Dolor a palpación en FID, sin datos de irritación peritoneal, meteorismo difuso, peristaltismo presente.

Analítica: Hb 11.8 gr/dL. Leucocitos 14000. VSG 98 PCR 135.

Se realiza una Radiografía simple de abdomen



1.- Qué exploraciones solicitaría? ¿Cuál es su diagnóstico de sospecha? ¿Cuál sería su actitud terapéutica?

2.- Una enteroRMN mostró estenosis a nivel de íleon terminal de unos 3 cm de longitud, con mucosa edematosa y friable. Al 3er día de tratamiento durante la hospitalización el paciente ha mejorado sensiblemente, iniciándose dieta oral y desapareciendo el dolor abdominal y la distensión abdominal. Se da de alta al paciente y es valorado en consulta tres semanas después. La evolución es buena, con PCR 5 y Albumina 3.4, VSG 10. Se inicia tratamiento con Infliximab y se programa una revisión en 3 meses. En esta consulta el paciente refiere la reaparición de dolor en FID, de menor intensidad y distensión abdominal con estreñimiento. La VSG es 4, PCR 6, Calprotectina fecal 25 ¿Cuál sería su actitud con el paciente en esta situación?

3.- Se plantearía en algún momento tratamiento quirúrgico a este paciente?

CASO PRÁCTICO 2

Paciente mujer, 65 años, sin antecedentes de interés

Pesaba en 2019, 74,5 kg y medía 159 cm IMC 29,44

En 2020 inicia cuadro de diarrea crónica y pérdida de peso progresivo con colonoscopia y gastroscopia normal y analítica (Hemograma, función renal, hepática y coagulación normales)

En mayo 2021 persiste la clínica de diarrea y ha perdido 22 Kg de peso (52 Kg, IMC 20,5). Acude a otro centro hospitalario y en ECO abdominal se observa lesión ocupante de espacio de unos 9 cm de diámetro. El TAC confirma comportamiento hipervascular, afectación perihiliar y adenopatías pequeñas en hilio de aspecto inflamatoria.

La analítica hepática es normal. El estudio de hepatopatía es negativo salvo ANA + 1/120.

Gastroscopia sin varices esofágicas

La exploración física, salvo delgadez moderada, no tiene alteraciones llamativas: no ascitis, no edemas, no hepatomegalia



TAC Abdominal Julio 2021 fase arterial y venosa.

1.- ¿Cuál es su impresión diagnóstica?

2.- Una vez descartada la cirugía, ¿cuál sería su actitud terapéutica?

3.- La evolución de la paciente fue muy buena, con buena tolerancia al tratamiento salvo episodios de diarrea ocasionales y tolerables, reduciéndose el tamaño tumoral hasta 6.5X4.5 cm de diámetro. Sin embargo, en mayo 2023 se observa falta de respuesta al tratamiento, con aumento del tamaño tumoral y de las adenopatías del hilio hepático. La PAAF de las adenopatías es positiva para infiltración tumoral, la función hepática es normal con bilirrubina y coagulación normal. La paciente hace vida normal. ¿Cuál sería la actitud a seguir?



TAC Julio2023

CASO PRÁCTICO 3

Varón de 64 años de edad que ingresa por dolor abdominal.

Entre sus antecedentes personales destacan dislipemia, neumonía LII en 2009, gonartrosis derecha. Es fumador de 1 paquete de cigarrillos al día y consume alcohol los fines de semana. Realiza tratamiento habitual con amlodipino/ramipril 5mg/10mg una cápsula cada 24 horas y esomeprazol 40mg, un comprimido al día.

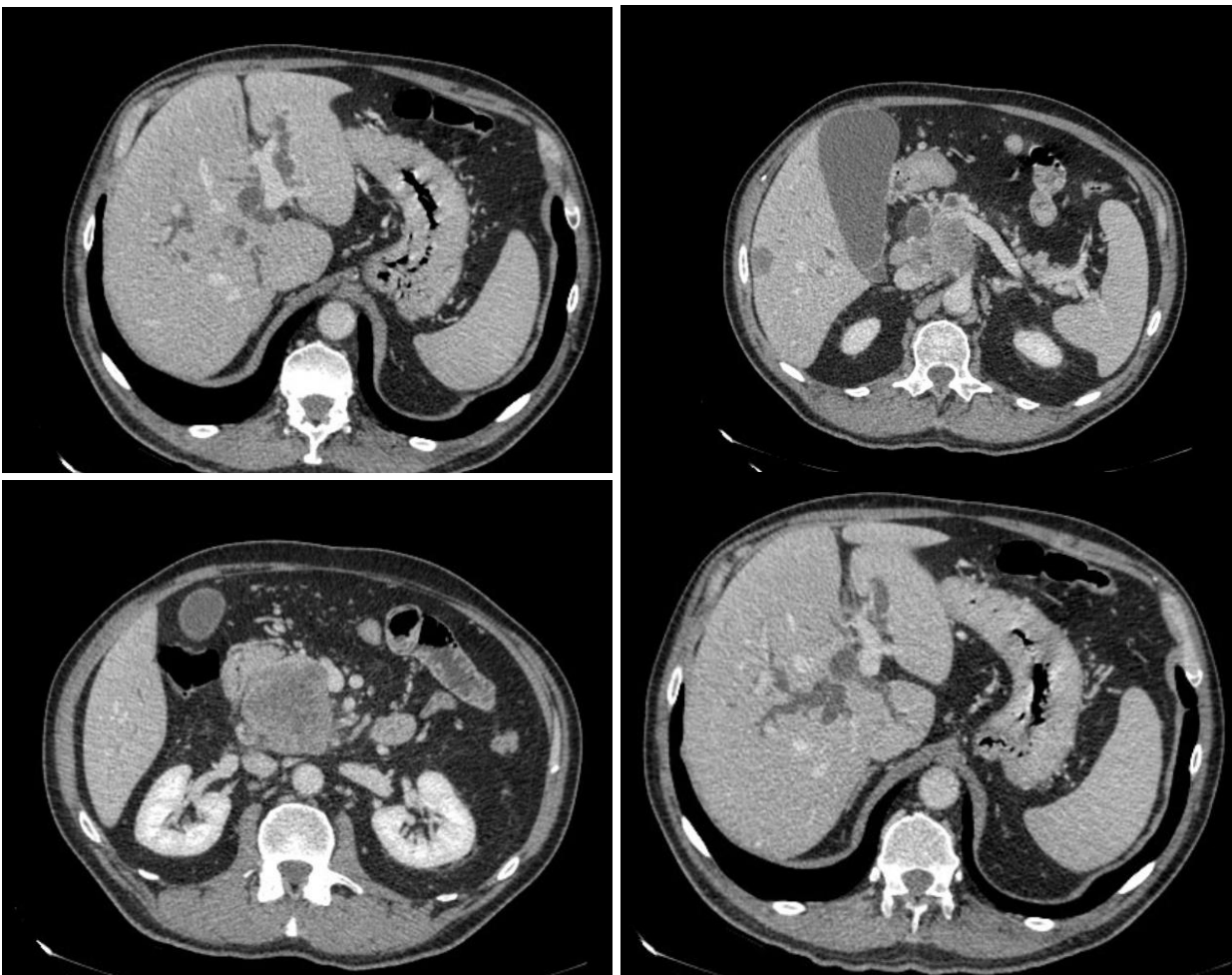
Refiere que hace un mes comienza con sensación de plenitud gástrica, molestias abdominales inespecíficas, sin vómitos ni diarrea asociada. Este cuadro se acompaña de coluria, acolia y pérdida de peso de unos 6kg.

La exploración física es anodina, con constantes vitales normales y auscultación cardiopulmonar normal. La exploración del abdomen es normal. Únicamente llama la atención un tinto cutáneo mucoso claramente ictérico.

Se realizan las siguientes exploraciones complementarias con los hallazgos que se describen:

- Analítica: glucosa 157, función renal normal, GOT 563, GPT 1367, GGT 833, PA 820, BT 9, BD 7.8, lipasa 199, LDH 490, amilasa, iones normales. Hemograma y coagulación normales. CEA 6.8, Ca 19.9 126

- TAC Tóraco-abdomino-pélvico:



1. ¿Cuál es su diagnóstico de sospecha? ¿Qué exploraciones solicitaría a continuación?

2. Tras la obtención de material de la lesión objetivada en el TAC se obtiene este informe de anatomía patológica: adenocarcinoma de alto grado. ¿Cuáles serían las opciones terapéuticas que plantearía en esta patología y en este caso específico?

3. Al rehistoriar al paciente refiere que su padre y el hermano de este, tuvieron la misma enfermedad. El paciente tiene dos hijos de 42 (diabético) y 50 años de edad. ¿Haría alguna recomendación de cribado en los familiares del paciente? En caso afirmativo, ¿a quién y qué recomendaría?