

Javier Balaguer R3 M. Interna

Dra Susana Escudero LE M.Interna

Caso clínico

6/11/19

Presentación del caso

- Mujer de 74 años
- **Antecedentes personales:**
 - NAMC
 - IAVD, vive con su marido
 - Sin hábitos tóxicos.
 - FRCV: HTA
 - Síndrome ansioso-depresivo
 - Colelitiasis y diverticulosis

Presentación del caso

- Tratamiento actual:
 - Ixia plus
 - Orfidal 1 mg
 - Escitalopram 10 mg
 - Tardyferon 80 mg

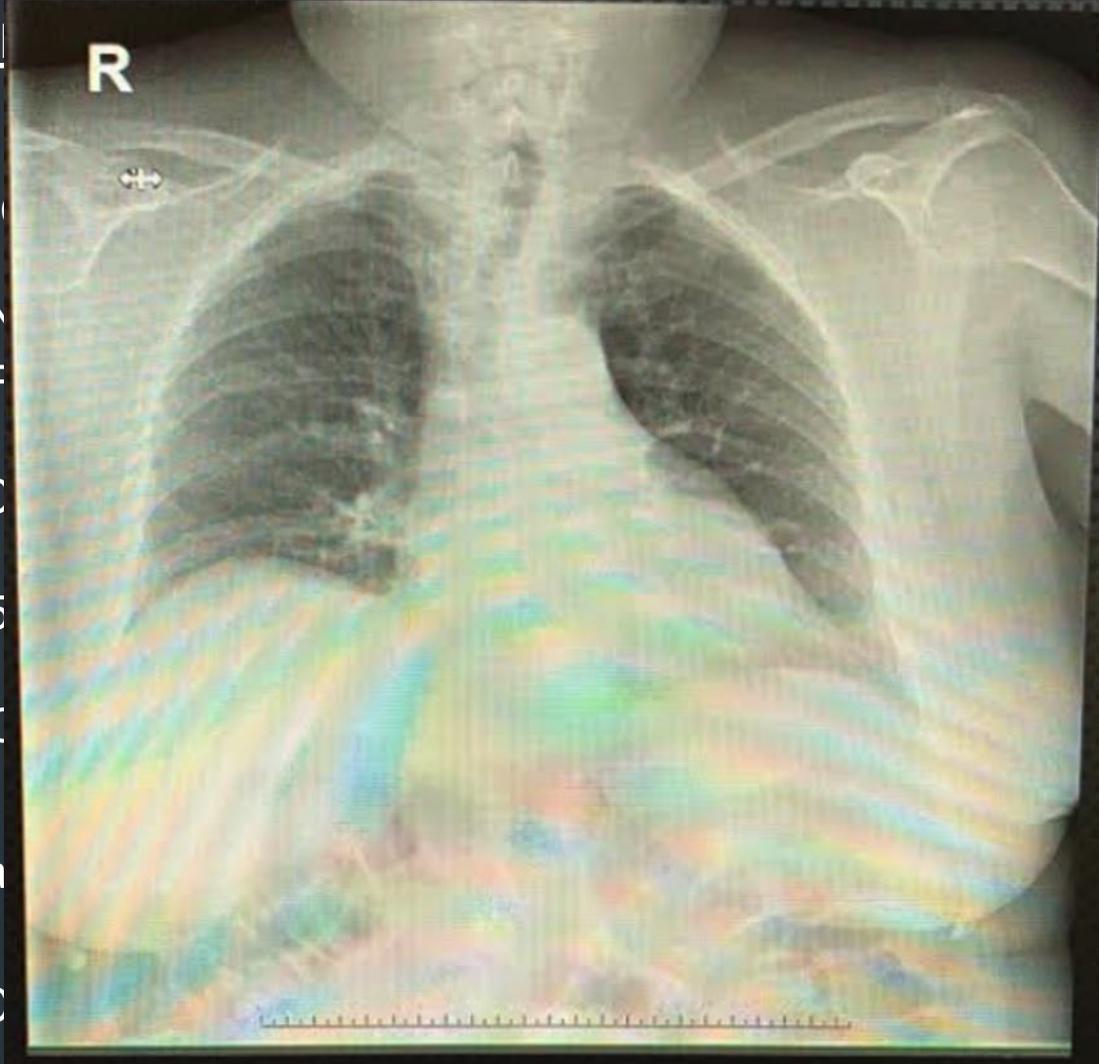
Presentación del caso

- **Enfermedad actual**
- Dolor abdominal de años de evolución, que ha empeorado en los últimos dos meses, hasta llegar a hacerse casi continuo durante todo el día.
 - Tipo cólico
 - Localización difusa, a veces mas intenso sobre FII.
 - No lo relaciona claramente con la ingesta aunque a veces mejora con el ayuno cuando es muy intenso.
- Alteración del ritmo intestinal con diarrea ocasional
- Dx por MAP como posible colon irritable.
- Pérdida de 10 kg de peso en los últimos dos meses en relación a dieta.

Presentación del caso

- **Exploración física**
- General:
 - COC. BEG. Afebril. TA 150/85. PVY normal. Sat 98% basal. Eupneica.
- Exploración neurológica:
 - Signos meníngeos negativos. Exploración sin focalidad.
- AC:
 - Rítmica.
- AP:
 - MVC.
- Exploración Abdominal:
 - Blando, depresible, globulosos, RHA +, doloroso a la palpación profunda en FII sin defensa peritoneal. Murphy negativo.

Presentación del caso



COAGULACION:

PT 77%.

INR 1.20

HEMOGRAMA:

Hb 11.8.

Hct 34.2

WBC 8.400. FN

Platelets 252.000.

ESR 35 mm

al

B

M

PF

C

Ferritina 5

HbA1C

ECG: ritmo sinusal a

RX TORAX: C

Presentación del caso



Diagnóstico diferencial

RUQ
Biliary
Biliary colic
Acute cholecystitis
Acute cholangitis
Sphincter of Oddi dysfunction
Hepatic
Acute hepatitis
Perihepatitis (Fitz-Hugh-Curtis syndrome)
Liver abscess
Budd-Chiari syndrome
Portal vein thrombosis

Epigastric
Acute myocardial infarction
Acute pancreatitis
Chronic pancreatitis
Peptic ulcer disease
Gastroesophageal reflux disease
Gastritis/gastropathy
Functional dyspepsia
Gastroparesis

Lower abdomen
Appendicitis
Diverticulitis
Nephrolithiasis
Pyelonephritis
Acute urinary retention
Cystitis
Infectious colitis

LUQ
Splenomegaly
Splenic infarct
Splenic abscess
Splenic rupture

Diagnóstico diferencial

- Intestino irritable

Intestino irritable

- Tipo I: estreñimiento
- Tipo II: diarrea
- Tipo III: alternante
- Tipo IV: indiferente

Roma IV:

-Dolor/molestia abdominal recidivante (≥ 1 día/ semana en los últimos 3 meses)

*Con dos o más de lo siguientes criterios

- Mejoría con la defecación
- Se asocia con cambio en la frecuencia deposicional
- Se asocia con cambio en la consistencia deposicional

Intestino irritable

A favor



- Clínica compatible
- Cumple criterios Roma IV
- Epidemiología

En contra



- Ausencia de desencadenante
- Diagnóstico de exclusión
- Ausencia de síntomas extraintestinales
- Presencia signos de alarma como elevación VSG.

Diagnóstico diferencial

■ Síndrome de malabsorción

- La malabsorción se refiere a la absorción dañada de nutrientes.
- Puede deberse a defectos congénitos en los sistemas de transporte de membrana del epitelio del intestino delgado o a defectos adquiridos en la superficie de absorción epitelial.
 - Otro factor que puede interferir con la absorción de nutrientes es la mala digestión, que se debe al deterioro de la digestión de los nutrientes dentro de la luz intestinal o en el sitio digestivo terminal de la membrana del borde en cepillo de las células epiteliales de la mucosa.
- La mala absorción puede resultar de defectos en cada una de estas tres fases. Además, uno o más mecanismos pueden existir al mismo tiempo:
 - • Procesamiento luminal
 - • Absorción en la mucosa intestinal.
 - • Transporte a la circulación.
- Por lo tanto, si bien las secuelas clínicas pueden ser similares para dos causas de malabsorción, la fisiopatología y el tratamiento subyacentes pueden ser muy diferentes.
- Ejemplos,
 - Enfermedad celíaca
 - Pancreatitis crónica
 - Deficiencia de lactasa
 - Deficit de A-1 antitripsina.

Síndrome de malabsorción

A favor



- Alteración del tránsito intestinal
- Presencia de anemia ferropenia

En contra



- Ausencia de desencadenante
- Ausencia de test específicos.
- Ausencia de antecedentes familiares.
- Sin antecedentes de autoinmunidad.

Diagnóstico diferencial.

■ Linfoma intestinal

- El tracto gastrointestinal (GI) es el sitio predominante de compromiso del linfoma extranodal. Los linfomas primarios del tracto gastrointestinal son raros, mientras que la afectación gastrointestinal secundaria es relativamente común. A pesar de su rareza, los linfomas primarios del tracto gastrointestinal son importantes ya que su evaluación, diagnóstico, manejo y pronóstico son distintos de los del linfoma en otros sitios y otros cánceres del tracto gastrointestinal.
- La definición de linfoma gastrointestinal primario difiere entre los autores, pero generalmente se refiere a un linfoma que involucra predominantemente cualquier sección del tracto gastrointestinal desde la orofaringe hasta el recto. Si bien la enfermedad generalmente involucra un solo sitio primario, pueden estar involucrados múltiples sitios dentro del tracto GI, al igual que los ganglios linfáticos locales y distantes. La gran mayoría son linfomas no Hodgkin (LNH), aunque se ha informado de linfoma de Hodgkin .
- Los linfomas gastrointestinales generalmente se presentan con signos y síntomas inespecíficos atribuibles al sitio de afectación. Esta revisión del tema discutirá las características clínicas más destacadas y la evaluación diagnóstica de los linfomas gastrointestinales.

Linfoma intestinal

FACTORES DE RIESGO

- Helicobacter pylori
- Enfermedades autoinmunes
- Inmunosupresión o inmunodeficiencia
- Enfermedad celiaca
- Enfermedad Inflamatoria intestinal
- Hiperplasia linfoide nodular

LOCALIZACIÓN

- ❖ Estómago: 68 a 75 %
- ❖ Intestino delgado (incluido el duodeno): 9 %
- ❖ Región íleocecal: 7 %
- ❖ ID: 6 a 13%
- ❖ Recto - 2 %
- ❖ Participación difusa del colon: 1 %

Linfoma intestinal

A favor



- Dolor Abdominal
- Alteración del hábito intestinal

En contra



- No evidente síndrome general
- No presenta factores de riesgo
- Epidemiología
- Evolución tórpida

Diagnóstico diferencial

- **Enfermedad inflamatoria Enf Crohn vs C. ulcerosa**
 - La enfermedad de Crohn (EC) es un trastorno de etiología incierta que se caracteriza por la inflamación transmural del tracto gastrointestinal.
 - La EC puede afectar todo el tracto gastrointestinal desde la boca hasta el área perianal.
 - Las manifestaciones clínicas de la enfermedad de Crohn (EC) son más variables que las de la colitis ulcerosa. Los pacientes pueden tener síntomas durante muchos años antes del diagnóstico.
 - La fatiga
 - La diarrea prolongada con dolor abdominal con o sin sangrado abundante
 - La pérdida de peso
 - Fiebre

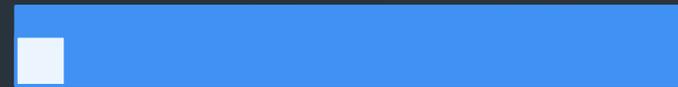
Enfermedad inflamatoria intestinal

A favor



- Dolor abdominal difuso
- Evolución tórpida
- Alteración del tránsito intestinal

En contra



- Ausencia de endoscopia
- Edad de la paciente
- Ausencia de biopsia.
- Ausencia de clínica extraintestinal.
- No se observa imágenes compatibles en TAC.

Features that help distinguish between Crohn disease and intestinal tuberculosis

	Crohn disease	Intestinal tuberculosis
Clinical manifestations	<ul style="list-style-type: none"> Perianal disease 	<ul style="list-style-type: none"> High-swinging fever (>38.5°C) in absence of intraabdominal abscess Evidence of pulmonary TB on chest radiograph
Radiographic findings (CT/MRI)	<ul style="list-style-type: none"> Symmetrical bowel wall thickening Mesenteric fibrofatty proliferation (creeping fat) Mesenteric vascular engorgement (comb sign) Small homogenous pericecal lymph nodes 	<ul style="list-style-type: none"> Asymmetrical bowel wall thickening Inflammatory mass centered around the cecum and enveloping the terminal ileum Large mesenteric nodes with necrotic centers Ascites
Endoscopic findings	<ul style="list-style-type: none"> Longitudinal ulcers Aphthous ulcers Cobblestoned mucosa Preservation of ileocecal valve Multiple skip lesions Anorectal lesions 	<ul style="list-style-type: none"> Transverse ulcers Hypertrophic mucosa Scars/fibrous bands/inflammatory polyps Gaping/destruction of ileocecal valve Hyperemic nodules
Histopathologic findings	<ul style="list-style-type: none"> Single granulomas Architectural distortion distant from granulomatous inflammation 	<ul style="list-style-type: none"> Caseating granulomas or positive acid-fast bacilli staining* Confluent (≥5/biopsy) and large (diameter >200 micrometers) granulomas; submucosal granulomas Ulcers lined by epithelioid histiocytes Disproportionate submucosal inflammation

Diagnóstico diferencial

■ Tuberculosis intestinal

Factores de riesgo

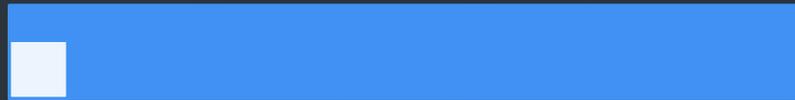
- Cirrosis
- Infección por VIH
- Diabetes mellitus
- Neoplasia maligna
- Tratamiento con AntiTNF
- Diálisis peritoneal

Localización

- Peritoneo
- Intestino
- Hígado
- Esófago
- Estómago
- Tracto intestinal
- Árbol hepatobiliar
- Páncreas
- Área perianal
- Ganglios linfáticos.

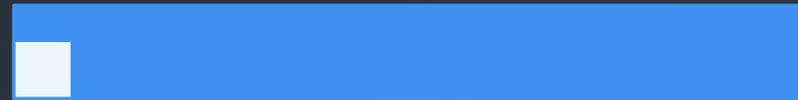
Tuberculosis intestinal

A favor



- Alteración del tránsito intestinal asociado a dolor abdominal
- Evolución tórpida

En contra



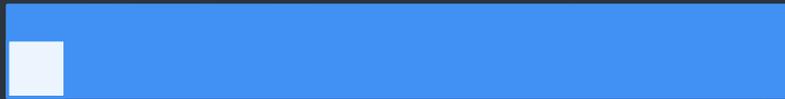
- Ausencia de factores de riesgo
- Ausencia de alteraciones de en entero TAC.
- Ausencia de síntomas constitucionales.

Diagnóstico diferencial

- **Isquemia intestinal**
- La isquemia mesentérica es causada por una reducción en el flujo sanguíneo intestinal y se clasifica como aguda (aparición repentina de hipoperfusión intestinal) o crónica según el curso temporal de los síntomas.
- La isquemia mesentérica crónica, también llamada angina intestinal, se refiere a la hipoperfusión episódica o constante del intestino delgado que puede ocurrir, generalmente en pacientes con estenosis u oclusión mesentérica multivaso.

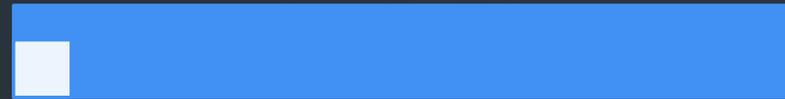
Angina intestinal

A favor



- Dolor abdominal difuso
- Evolución tórpida
- Asociado con la ingesta

En contra



- Ausencia FRCV (únicamente HTA)
- Ausencia de vasculopatía periférica.
- No disponemos de angio TAC.
- Existencia de alteración del tránsito intestinal.

Diagnóstico diferencial

- Diverticulitis aguda

A favor



- Presencia de divertículos en TAC
- Dolor abdominal de predominio en FII
- Alteración del tránsito intestinal

En contra

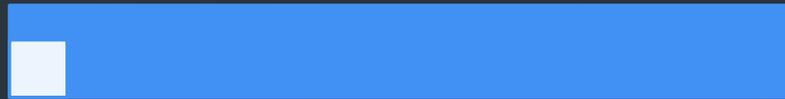


- Ausencia de productos patológicos en las deposiciones
- Ausencia de fiebre.
- Mínima elevación de RFA.

Diagnóstico diferencial

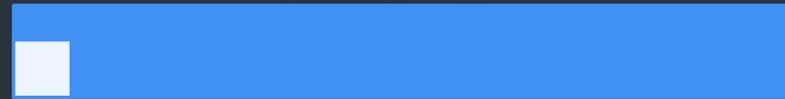
- Cólico renal

A favor



- Dolor abdominal de predominio en FII

En contra



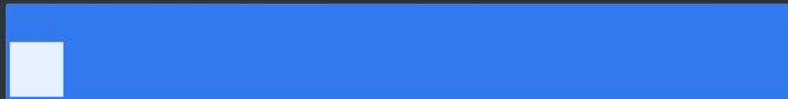
- Ausencia de clínica miccional
- Ausencia de alteración macroscópica en la orina.
- Ausencia de dilatación de la vía excretora.
- No se observa imagen lítica en TAC.

Diagnóstico diferencial.

- **Zollinger Ellison**

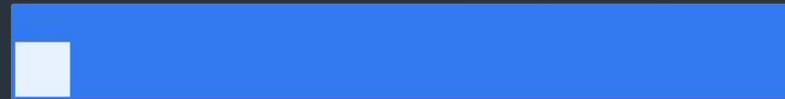
- El síndrome de Zollinger-Ellison (ZES) se caracteriza por hipersecreción de ácido gástrico que resulta en enfermedad péptica severa relacionada con el ácido y diarrea

A favor



- Dolor abdominal difuso
- Evolución tórpida
- Presencia de alteración del tránsito intestinal
- Anemia ferropénica

En contra



- Ausencia de clínica sangrados macroscopicos
- Ausencia de alteraciones en Entero TAC

¿Con qué nos quedamos?

LINFOMA INTESTINAL

SÍNDROME
MALABSORTIVO



TBC

Pruebas complementarias

- Laboratorio
 - A/S
 - Calprotectina fecal
 - Inmunidad
 - Mantoux vs Inf G
 - Coprocultivo
 - Estudio de las heces
- Pruebas de imagen
 - TAC (angio)
- Endoscopias
 - Colonoscopia con toma de biopsia

GRACIAS

