



GRUPO ESPAÑOL DE TRABAJO
EN ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA

Enfermedad Inflamatoria Intestinal al Día

www.elsevier.es/eii



CASO CLÍNICO

Ileocolitis de Crohn refractaria secundaria a colitis amebiana: un caso clínico



M.D. Martín Arranz^{a,*} y L. Guerra Pastrian^b

^a Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Recibido el 1 de diciembre de 2015; aceptado el 18 de enero de 2016

Disponible en Internet el 3 de marzo de 2016

PALABRAS CLAVE

Crohn;
Refractario;
Ameba;
Epidemiológico

Resumen Hasta un 30% de los pacientes con enfermedad de Crohn son refractarios a corticoides, precisando la introducción de tratamientos inmunosupresores o biológicos o cirugía. Debemos realizar un adecuado diagnóstico diferencial conociendo que múltiples infecciones pueden mimetizar la clínica de la enfermedad inflamatoria intestinal y su diagnóstico no siempre es sencillo. Se presenta un caso de un paciente con una enfermedad de Crohn ileocólica, sin factores de riesgo epidemiológico, refractario a tratamiento corticoideo por una sobreinfección por *Entamoeba histolytica*.

© 2016 Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Crohn;
Refractory;
Amoeba;
Epidemiology

Refractory Crohn's ileocolitis secondary to amoebic colitis: A case report

Abstract Up to 30% of patients with Crohn's disease are refractory to corticosteroids. Currently, these patients are treated with immunosuppressive or biologic therapies or surgery. A proper differential diagnosis must be established knowing that many infections can mimic inflammatory bowel disease, and the diagnosis is not always easy. A case of an ileocolonic Crohn's disease refractory to corticosteroid because an *Entamoeba histolytica* infection in a patient without epidemiologic risk factors is presented.

© 2016 Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La enfermedad de Crohn es una enfermedad crónica que se caracteriza por la afectación transmural de la pared intestinal. Su diagnóstico no siempre es sencillo y se basa en

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: mmartinarranz@gmail.com,
mmartinarranz@salud.madrid.org (M.D. Martín Arranz).

la combinación de datos clínicos, analíticos, endoscópicos, radiológicos e histológicos¹. Los corticoides han sido, tradicionalmente, la piedra angular del tratamiento en fase aguda. Sin embargo, hasta un 30% de pacientes son refractarios a los mismos, debiendo plantearnos otras opciones terapéuticas. Además, debido a sus efectos adversos, debemos minimizar su utilización a largo plazo, prefiriendo iniciar terapias inmunosupresoras². Ante la ausencia de respuesta a tratamientos para la inducción de la remisión del brote debemos pensar no solo en la refractariedad a los mismos, sino también en otras opciones diagnósticas.

La amebiasis es una enfermedad parasitaria causada por la *Entamoeba histolytica* (*E. histolytica*). Su prevalencia es particularmente elevada en India, África, México y parte de América del Sur y Central³. Su clínica es muy variada, pero la mayor parte de los casos son asintomáticos y sus características endoscópicas pueden mimetizar una EII, siendo uno de los cuadros a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial⁴. Se ha descrito una mayor frecuencia de aparición de ameba en pacientes con EII⁵, más significativa en el caso de la colitis ulcerosa. Sin embargo, hay pocos casos descritos en la literatura de amebiasis complicando una enfermedad de Crohn⁶. Aun así puede llevar a complicaciones importantes debido a la inmunosupresión a la que sometemos frecuentemente a estos pacientes^{6,7}.

Caso clínico

Varón de 39 años, sin hábitos tóxicos ni enfermedades conocidas. Dos neumonías (ingreso en marzo del 2008 y diciembre del 2009) sin identificación de germen causal. No tiene antecedentes epidemiológicos de interés (tiene 2 hijos sanos de 2 y 5 años), no viajes recientes. Acude por cuadro compatible con gastroenteritis aguda a urgencias, donde permanece durante 48 h para rehidratación por vía intravenosa y es tratado de forma empírica con antibióticos: quinolonas. A los 20 días comienza de nuevo con diarrea, con 4-5 deposiciones/día con escasa sangre, dolor cólico que cede con la deposición, urgencia y tenesmo, por lo que es derivado a consulta. Se realizan coprocultivos, que son negativos, y se solicita colonoscopia, con el hallazgo de una ileocolitis con erosiones en íleon, ciego y colon ascendente compatible con EII (fig. 1). La histología muestra datos compatibles con enfermedad de Crohn, con moderados signos de actividad. Se inicia tratamiento con budesonida (9 mg/día) con buena respuesta clínica.

Seis meses después, el paciente vuelve a consultar por reaparición de diarrea sanguinolenta con dolor abdominal asociado, por lo que inicia ciclo de budesonida por vía oral (9 mg) sin respuesta, con aumento de hasta 20 deposiciones diarias con sangre y dolor en el flanco derecho, así como empeoramiento del estado general. En la analítica solo destaca una leucocitosis de $11.800/\text{mm}^3$ (fórmula normal), con resto de hemograma normal y marcadores de inflamación negativos. Se realizan nuevos coprocultivos y parásitos en heces que son negativos. Se suspende dicho tratamiento y se inicia prednisona por vía oral a dosis de 1 mg/kg/día. A la semana, refiere mejoría clínica, con disminución del número de deposiciones hasta 10 deposiciones/día, de escasa cantidad, con mínimos restos de sangre. No presenta pérdida de peso ni dolor abdominal. Se inicia azatioprina, tolerando

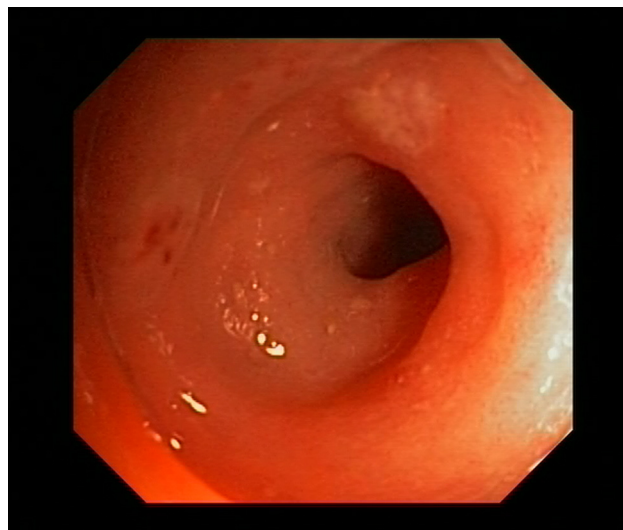


Figura 1 Erosiones y aftas en íleon.



Figura 2 Úlceras en colon ascendente con marcada friabilidad.

solo dosis de 2 mg/kg por producirse intolerancia digestiva. Se realizan otras exploraciones complementarias: Mantoux y Booster negativos; radiografía de tórax: normal; serologías: virus de las hepatitis B y C, y virus de la inmunodeficiencia humana, negativas, y tomografía computarizada abdominal: sin hallazgos patológicos.

Al finalizar el ciclo de prednisona persiste hasta con 8 deposiciones/día líquidas, sin sangre, sin dolor abdominal ni otras manifestaciones asociadas. Ante la persistencia de diarrea sin claros marcadores inflamatorios y con estudios microbiológicos negativos con refractariedad parcial a los tratamientos corticoideos, se decide realizar nueva colonoscopia en la que ese identifican úlceras aisladas en colon ascendente, que se vuelven extensas, profundas y confluentes en el polo cecal con consistencia fibrosa en la toma de biopsias y que impide el acceso a íleon (fig. 2). En la histología se observa importante distorsión de la arquitectura normal, con infiltrado lipoplasmocitario parcheado y plasmocitosis basal focal. Se observan estructuras parasitarias

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3287595>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3287595>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)