





Universidad del Sureste Escuela de Medicina

Casos clínicos: Unidad III

MEDICINA INTERNA

Albores Ocampo Dayan Graciela
Séptimo semestre, grupo "B"

Docente: Dr. Cancino Gordillo Gerardo

Viernes 19 Noviembre, 2021
Comitán de Domínguez, Chiapas.

sobrecrecimiento bacteriano

Se trata de **paciente** masculino de 36 años de edad, con **antecedente** de padre diabético en tratamiento y madre hipertensa también en tratamiento, antecedente personal gastritis aguda no complicada con consumo frecuente de antiácidos e IBPs, sin otros antecedentes relevantes. Inicia **padecimiento** actual aproximadamente 3 meses con presencia de distensión abdominal, diarrea intermitente y pérdida de peso gradual de aproximadamente 2.5 kg en el período mencionado, afebril, niega dolor abdominal motivo por el cual acude a valoración médica. Al extender el interrogatorio menciona que ha notado frecuentemente la presencia de un residuo "aceitoso" en la taza del baño al evacuar (esteatorrea), refiere además sentirse muy débil (astenia) y con frecuentes dolores de cabeza (cefalea), en un par de ocasiones ha percibido la sensación de que su corazón está ligeramente agitado (taquicardia). Comenta que acudió a valoración médica anteriormente y que fue manejada como parasitosis intestinal, con mejoría parcial y recaída a los pocos días, al momento de la consulta sin tratamiento. A la **exploración física** se encuentran los siguientes hallazgos relevantes: en la inspección, sin datos de ictericia, con abdomen notoriamente globoso, a la auscultación con Peristalsis hiperactiva, la palpación con discreto dolor a la presión media generalizada y la percusión con franco tono timpánico generalizado.

Se solicitaron **estudios auxiliares** los cuales arrojan los siguientes datos:

Citometría hemática: Anemia macrocítica hipocrómica **Coproparasitoscópico:** Negativo

Perfil coprológico: Bacterias abundantes, presencia de residuos grasos y fibras no digeridas, leucocitos normales.

Radiografía AP de abdomen: Presenta patrón radiolúcido heterogéneo con presencia de abundante gas en todo el marco cólico. Resto sin alteraciones.

Impresión diagnóstica

Anemia megalobástica

Síndrome de mala-absorción intestinal

Descartar sobrecrecimiento bacteriano

Manejo

1. Se inicia antibioticoterapia con Amoxicilina/Ácido clavulánico 875mg/125mg 1 tableta vía oral cada 12 horas por 7 días.
2. Manejo de la anemia, se agrega cianocobalamina (Vitamina B12)
3. Suspender IBPs y antiácidos hasta nueva indicación médica
4. Cita de control en 2 meses con citometría hemática y perfil coprológico de control.

Pronóstico

Se espera bueno para la vida y la función

sx intestino corto

Se trata de **paciente** femenino de 31 años de edad, con **antecedentes** personales patológicos: alergia a sulfas, antecedente quirúrgico hace 8 años de resección de intestino delgado por tumoración intestinal benigna, etiología no especificada, hernioplastia hace 4 años, sin otros antecedentes relevantes. AGO: FUM 28 Octubre 2022, eumenorrea, G1, A0, C1.

Inicia **padecimiento actual** hace aproximadamente 5 días con presencia de distensión abdominal, diarrea aguda, dolor abdominal, náuseas, vómito asociado únicamente un episodio. Al extender el interrogatorio menciona que ha notado el vómito verdoso-amarillento (contenido gastrobiliario), piloerección, diarrea negada, fiebre no cuantificada, el dolor abdominal es referido como difuso de tipo cólico y notoria pérdida de peso, resto sin relevantes para padecimiento actual. A la exploración física se encuentran los siguientes hallazgos relevantes: en la inspección, sin datos de ictericia, con abdomen globoso, a la auscultación con Peristalsis ausente, la palpación con discreto dolor a la presión media generalizada. Taquicardia 122 lpm, taquipnea 33 rpm, TA 110/70.

Se solicitaron **estudios auxiliares** los cuales arrojan los siguientes datos:

Citometría hemática: Anemia macrocítica hipocrómica **Coproparasitoscópico:** Negativo

Perfil coprológico: Bacterias abundantes, presencia de residuos grasos y fibras no digeridas, leucocitos normales.

USG de abdomen: Presenta abdomen con dilatación de asas, resto sin alteraciones.

Rx AP Abdomen: obstrucción intestinal, asas dilatadas, restó sin alteraciones.

Impresión diagnóstica

Anemia megalobástica secundario a mala absorción de vitamina B12, hierro y folatos.

Descartar síndrome de intestino corto

Manejo

1. Terapia nutricional médica
2. Manejo de pérdidas hídricas: racecadotril
3. Inicio de IBP para disminuir la hipersecreción gástrica
4. Se inicia antibioticoterapia con Amoxicilina/Ácido clavulánico 875mg/125mg 1 tableta vía oral cada 12 horas por 7 días. Para tratar sobrecrecimiento bacteriano
5. Cita de control en 2 meses

Pronóstico

Se espera bueno para la vida y la función.

Deficiencia de disaradidasa

Paciente masculino de 26 años de edad, con **antecedente** de padre diabético en tratamiento y madre hipertensa también en tratamiento, antecedente personal patológico: refiere consumo de alcohol cada fin de semana, sin especificar cantidad, consumidor de tabaco (tres cigarrillos por día), sus hábitos alimentarios se ven alterados por limitación al consumo de derivados de lácteos, antecedente quirúrgico de apendicectomía, cuadro de gastroenteritis hace 2 meses de tipo intermitente en manejo por facultativo, sin otros antecedentes relevantes. Inicia **padecimiento actual** aproximadamente 5 meses de evolución, con presencia de distensión abdominal, diarrea recurrente, sensación de "pesadez estomacal" referida. Al extender el interrogatorio menciona que ha notado diarrea acuosa, dolor abdominal tipo cólico asociado, la diarrea se presenta justo a la ingesta de lácteos, actualmente sintomático. A la **exploración física** se encuentran los siguientes hallazgos relevantes: en la inspección, sin datos de ictericia, piel y mucosas normohidratadas, con abdomen notoriamente globoso, a la auscultación con peristalsis hiperactiva, meteorismo, a la percusión con franco tono timpánico generalizado.

Se solicitaron **estudios auxiliares** los cuales arrojan los siguientes datos:

Perfil coprológico: microorganismos patógenos ausentes, fibras no digeridas, leucocitos normales.

Prueba del aliento de hidrógeno tras la administración de lactosa por vía oral: no absorción

Impresión diagnóstica:

Síndrome de mala-absorción intestinal

Descartar sobrecrecimiento bacteriano

Manejo

1. Reducción de la ingesta de lactosa: consumo de productos deslactosados.
2. Cita de control en 2 meses para revaloración

Pronóstico

Se espera bueno para la vida y la función

Enfermedad celiaca

1. eiente femenino de 39 años de edad, con **antecedente** de madre diabética en tratamiento, padre cardiópata, antecedente personal patológico: hipertensión arterial en tratamiento por facultativo. Inicia **padecimiento actual** aproximadamente de 3 meses de evolución, con pérdida de peso de 2 kg por mes asociado a diarrea recurrente, con presencia de distensión abdominal, fiebre no cuantificada, artralgias, astenia y adinámica asociada a enfermedad, piloerección al momento previo de deposiciones y a la asociada a fiebre. Al extender el interrogatorio menciona que ha notado heces con consistencia grasosa, dolor abdominal, artralgia migratoria, sin deformidades, fiebre intermitente y no muy elevada, tos recurrente. Resto sin relevantes para padecimiento actual.

A la **exploración física** se encuentran los siguientes hallazgos relevantes: en la inspección, sin datos de ictericia, miorritmia oculomasticatoria, palidez mucotegumentaria, con abdomen notoriamente globoso, a la auscultación con peristalsis hiperactiva, a la percusión con franco tono timpánico generalizado,

Se solicitaron **estudios auxiliares** los cuales arrojan los siguientes datos:

Biopsia de duodeno distal: infiltrado difuso de la lámina propia por macrófagos, con técnica de **PAS-positivos** en su interior

PCR

Impresión diagnóstica:

Descartar enfermedad celiaca

Manejo

1. Penicilina G 1,2 MU/día, estreptomicina 1 g/día durante 10-14 días, parenteral.
2. Cita de control en 15 días para revaloración

Pronóstico

Se espera bueno para la vida y la función

Enfermedad de Crohn

Paciente masculino de 14 años de edad, sin **antecedentes** personales ni familiares relevantes. Inicia **padecimiento actual** con dolor abdominal de aproximadamente 3 semanas de evolución. Dolor predominante en hipogastrio y fosa iliaca derecha que empeora con la ingesta. Refiere aumento en el número de deposiciones entre 3 y 5 por día de consistencia blanda, perdiendo 9 kg de peso desde el inicio de sintomatología. En los últimos 3 días ha presentado fiebre de hasta 38.0°C con exacerbaciones de dolor abdominal generalizado. Según madre refiere. Al extender el interrogatorio madre menciona no haber prestado atención a sintomatología anteriormente, automedicando con butilhioscina únicamente cuando el dolor aparecía de manera intensa, con mejoría parcial en los primeros días, posteriormente sin mejoría, tomando té de hierbas no especificadas, recomendado por suegra. Actualmente sensación de lesión en región periantal.

A la **exploración física** se encuentran los siguientes hallazgos relevantes: palidez mucotegumentaria, fondo de ojo no auscultado por sensibilidad, T°C 37.2, 122 lpm, 22 rpm, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen notoriamente globoso, a la auscultación peristalsis hiperactiva, palpación dolorosa en vacío y en FID.

Se solicitaron estudios auxiliares los cuales arrojan los siguientes datos:

Citometría hemática: Anemia 9.8 g/dl Hb, ferropenia. Resto normal.

Bioquímica: albumina 3.3 g/dl, Proteína C reactiva 55 mg/l, resto normal.

Perfil coprológico: Normal, sin anomalías

Calprotectina fecal: elevada

Ac anti-Sacharomyces: positivo

Colonoscopia: Colon izquierdo lesiones ulcerosas de bordes serpinginosos, profundidad variable, en colon derecho aumentan lesiones.

Impresión diagnóstica

Anemia

Descartar Enfermedad de Crohn moderada

Manejo

1. Se inicia tratamiento con corticoesteroides intravenosos. Prednisona 40-60 mg/día
2. Cita de control en 3 semanas, para valoración y vigilancia de remisión.

Pronóstico

Se espera bueno para la vida y la función

COLITIS ULCEROSA

Se trata de **paciente** femenino de 34 años de edad, con **antecedente** de padre con neuropatía diabética y madre con dislipidemia ambos en tratamiento, antecedente personal patológico: antecedente de pancolitis ulcerosa de 7 años de evolución, en tratamiento con azatioprina 2.5 mg/kg en los últimos 4 años debido a corticodependencia, resto sin otros antecedentes relevantes. Inicia **padecimiento actual** en las últimas 2 semanas con presencia de aumento del número de deposiciones de aproximadamente 6-8 veces al día, dolor abdominal generalizado, pérdida de peso gradual de aproximadamente 1.5 kg en el período mencionado, afebril, motivo por el cual acude a valoración médica. Al extender el interrogatorio menciona que ha notado frecuentemente la presencia de sangre en deposiciones, presencia de astenia y adinámica en los últimos 8 días asociado a sangrado menstrual, con frecuentes dolores de cabeza, en un par de ocasiones ha percibido la sensación de que su corazón está ligeramente agitado (taquicardia).

A la **exploración física** se encuentran los siguientes hallazgos relevantes: en la inspección, sin datos de ictericia, con abdomen globoso, a la auscultación con peristalsis hiperactiva, palidez mucotegumentaria, piel deshidratada, fascie álgica.

Se solicitaron estudios auxiliares los cuales arrojan los siguientes datos:

Citometría hemática: anemia

p-ANCA: positivo

PCR: ↑

Colonoscopia: afectación de mucosa pancólica y continua desde el inicio de la exploración con edema, engrosamiento mucoso, friabilidad, ulceraciones amplias

Impresión diagnóstica

Anemia

Colitis ulcerosa grave

Manejo

1. Se inicia con Infliximab con dosis habituales de inducción 5mg/kg
2. Cita de control

Pronóstico

Se espera bueno para la vida y la función

síndrome de intestino irritable

Se trata de **paciente** masculino de 46 años de edad, con **antecedente** de dolor abdominal con evolución de 5 meses, automedicado con butilioscina con mejoría parcial, más diclofenaco. Al extender el interrogatorio menciona que ha notado cambios en hábitos intestinales con heces blandas alternadas con estreñimiento ocasional y sensación de "burbujas". Refiere también sensación de "retortijones" frecuentemente, con dificultad para la eliminación de gases pero sensación de alivio al lograr expulsarlos. A febril, cefalea ocasional refiere no estar asociada a cuadro clínico, sensación de reflujo gastroesofágico, náuseas y vomito negados, tenesmo ocasional, niega presentar intolerancia a lactosa. Al momento de la consulta sintomática.

A la **exploración física** se encuentran los siguientes hallazgos relevantes: en la inspección con abdomen notoriamente globoso, distensión abdominal a la auscultación con peristalsis hiperactiva, meteorismos, la palpación con discreto dolor a la presión media generalizada y la percusión con franco tono timpánico generalizado.

Se solicitaron **estudios auxiliares** los cuales arrojan los siguientes datos:

Perfil coprológico: Bacterias y parásitos ausentes, presencia de fibras no digeridas, leucocitos normales.

Radiografía AP de abdomen: normal

Impresión diagnóstica

Síndrome de intestino irritable según clínica.

Manejo

1. Regularizar hábitos en el estilo de vida y dieta, evitar exceso de estrés.
2. Probióticos
3. Rebecadotrilol para desórdenes hídricos
4. Cita de control en 2 meses

Pronóstico

Se espera bueno para la vida y la función