



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

CASOS CLÍNICOS.

Materia:
Medicina Interna.

Docente:
Dr. Gerardo Cancino García .

Semestre:
7° "B".

Alumna:
Michelle Junuem Maldonado Hernández.

Trastornos de mala absorción.

I. Enfermedad celiaca en el adulto.



Femenino de 27 años de edad, constitución asténica, que 2 meses antes de acudir a consulta

comienza con dispepsia esporádica, con vómitos postprandiales y algún despeño diarreico, incluso nocturno, sin moco ni sangre. Refiere pérdida transitoria de 4 kg de peso, sin fiebre ni síndrome constitucional.

Estudios solicitados y datos destacados:

- Hb 13.6 g/dL, VCM 86.5 fL, L 9660/ μ L (con fórmula normal), Fe 98 μ g/dL, ferritina normal, TSH y T4L normales, colesterol 179 mg/dL, γ Globulinas 20.5%, Ca 8.18 mg/dL, P 4.6 mg/dL, GOT 67 UI/L, GPT 53 UI/L, GGT y FA normales. Las serologías VHA, VHB y VHC resultaron negativas.
- El coprocultivo detectó sólo flora saprofita y el examen parasitológico en heces fue negativo. Por la alteración de la bioquímica hepática se realizó ecografía abdominal, donde se objetivaron esteatosis hepática, mínima cantidad de ascitis, asas intestinales dilatadas y adenopatías retroperitoneales, por lo que se realizó TAC abdominal, que confirmó la existencia de múltiples adenopatías mesentéricas y retroperitoneales menores de 1 cm, con un bazo normal. Por la sospecha de linfoma intestinal se realizó tránsito intestinal, con datos radiológicos compatibles con malabsorción.
- Por este motivo se solicitaron anticuerpos anti-gliadina (Ig G 173 (N < 16) y Ig A 98 (N < 3) U/L) y endoscopia digestiva alta, que mostró mínima hernia de hiato, bulbo duodenal normal y pliegues de segunda porción duodenal aplanados, cuyo examen histológico demostró atrofia subtotal de las vellosidades.

Tratamiento:

La intervención nutricional incluyó la restricción del gluten dietético, la prescripción de un nutriente enteral polimérico sin fibra, y la instalación de un esquema de Nutrición Parenteral Periférica para la infusión de soluciones de Dextrosa 10%: 2000 mL/720Kcal/24 horas + Lípidos 10%: 500 mL/550 Kcal/24 horas.

2. Síndrome de intestino corto.



Varón de 70 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus no insulino dependiente y coleditiasis, que ingresa procedente de urgencias para estudio y tratamiento de abdomen agudo de 6 horas de evolución. En la exploración quirúrgica presentaba una necrosis masiva del yeyuno distal, íleon y colon ascendente, secundaria a embolia mesentérica superior, por lo que se practicó resección yeyuno-íleo-cólica con anastomosis yeyuno-transversa latero-lateral y colecistectomía, restando viables unos 170 cm del yeyuno proximal.

Se implantó una sonda gastroduodenal percutánea para posterior Nutrición Enteral (NE). En el postoperatorio, se instauró Nutrición Parenteral (NP) combinada con NE primeramente con fórmula peptídica y posteriormente con polimérica por gastrostomía a ritmo continuo mediante bomba de infusión, con buena tolerancia.

El tratamiento farmacológico consistió en: Digoxina, anticoagulante, antidiarreicos y antiácido. Al mes de la operación el paciente fue remitido al Servicio de Nutrición del Hospital. En la valoración presentó un peso de 69,5 kg, una talla de 169,5 cm y con un IMC de 24,3 kg/m² (normopeso), mostrando un descenso de peso de 5 kg postoperatorio y un total de 13 kg con respecto al peso preintervención.

Se pautó una NE mixta: peptídica por gastrostomía y polimérica específica de diabéticos por vía oral, totalizando un aporte calórico de 2.000 kcal/día.

Se realizó seguimiento semanal con control de peso, se le adiestró a autocontroles glucémicos y pauta de insulina de acción rápida pasando posteriormente a insulina NPH.

Durante 10 meses se mantuvo la Gastrostomía, con varios intentos de transición a una dieta oral astringente que fueron fallidos por la presencia de diarreas, intolerancia y pérdida de peso, lo que obligó a mantener la NE peptídica exclusivamente.

Previo a la retirada de la Gastrostomía, se logró la tolerancia a la dieta oral astringente y a los suplementos de fórmula polimérica, con mejora del hábito intestinal y aumento de peso; lo que permitió la retirada total y definitiva de la ostomía.

A partir de este momento, la prescripción dietética consistió en una dieta oral astringente triturada con restricción de oxalatos y suplementada con una fórmula polimérica específica para diabéticos. A lo largo de su recuperación, el paciente presentó además varias complicaciones: Infección urinaria, Litiasis renal e intravesical por Hiperoxaluria con diversos ingresos en el hospital y hemorragias provocadas por desajustes del anticoagulante, lo que indujo un descenso progresivo de la Hemoglobina, precisando infusión de hierro intravenoso.

3. Sobrecrecimiento bacteriano.



Femenino de 40 años de edad con obesidad mórbida (índice de masa corporal de 42,2 kg/m²), hipertensión arterial e hiperandrogenismo funcional ovárico, a la que se practicó derivación biliopancreática de Scopinaro en enero de 2001. Tres meses después seguía una alimentación variada, sin vómitos ni diarrea. La pérdida de grasas en heces era de **20 g/día** (valor normal [VN], < 7 g/día) y presentaba concentraciones bajas de ferritina sérica (**10,3 ng/ml** [VN, 14-179]), vitamina A (**16 µg/dl** [VN 25-80]), vitamina B₁₂ (**235 pg/ml** [VN, 299-732]) y ácido fólico (**2,3 ng/ml** [VN, 2,8-13,5]), que se corrigieron con suplementos vitamínicos y minerales.

Clínica:

Al año de la cirugía, la paciente había perdido el 40% del peso prequirúrgico, refería vómitos ocasionales y 2-5 deposiciones diarias. La esteatorrea había aumentado hasta 54 g/día, de nuevo presentaba déficit de vitamina A (pese a continuar con la suplementación vitamínica) y se objetivaron, además, déficit de cinc (24 µg/dl [VN, 60-140]), e hipoproteïnemia (proteínas totales: 4,5 g/dl [VN, 6,0-8,0], con albúmina de 2,28 g/dl [VN, 3,3-5,2], transferrina de 138 mg/dl [VN, 200- 360], prealbúmina de 11,3 mg/dl [VN: 20,0-40,0] y proteína de unión al retinol de 1,4 mg/dl [VN, 3,0- 6,0]). Se suplementó su dieta con 200 ml/día de una fórmula enteral hiperproteica (250 kcal; un 30% de proteínas, un 45% de hidratos de carbono y un 25% de lípidos), a pesar de lo cual desarrolló un cuadro de edemas generalizados acompañado de parestesias e hipoestesia en las manos y el pie derecho. Simultáneamente se evidenció un empeoramiento de los parámetros nutricionales, por lo que fue hospitalizada con el diagnóstico de desnutrición proteica grave. En el momento del ingreso se inició nutrición parenteral y se mantuvo la suplementación de la dieta oral con la fórmula enteral hiperproteica, sin que la paciente apenas experimentara mejoría.

Diagnóstico:

Ante la lenta evolución se le practicó un test de aliento con determinación de H₂ tras sobrecarga oral de lactulosa (10 g), en el que se evidenció, a partir del minuto 15 y hasta la finalización del test (a los 120 min), una eliminación de H₂ en el aliento de 60-120 partes por millón (ppm).

Tratamiento:

Se inició tratamiento antibiótico con metronidazol (500 mg/8 h) y gentamicina (240 mg/24 h), y a partir de ese momento la paciente experimentó una notable mejoría, tanto clínica.

4. Deficiencia de disacaridasa.



Masculino de 30 años de edad, originario de Comitán de Domínguez, acude a consulta por presentar diarrea acuosa de 3 días de evolución, distensión, flatulencia excesiva, náuseas y cólicos abdominales tras la ingestión de lactosa. El paciente refiere que desde hace 2 años ha sufrido lo mismo, pero lo ha dejado pasar y evita consumir leche y sus derivados. Actualmente le ha dado por consumir helado y le molestan las consecuencias de ingerirlo.

Diagnóstico:

- Mediante clínica indica una intolerancia a la lactosa.
- Prueba de hidrógeno en aire espirado: se administran por vía oral 50 g de lactosa y se mide el hidrógeno producido por metabolismo bacteriano de la lactosa no digerida con un medidor de aliento a las 2, 3 y 4 h posingestión. Resultados: aumento de hidrógeno espirado > 20 partes por millón respecto del valor basal.

Tratamiento:

- Restricción dietética: evitar leche y derivados.
- En los pacientes sintomáticos que desean tomar leche, la lactosa de ésta puede predigerirse mediante el agregado de una lactasa comercial, y en la actualidad, existe leche pretratada. Los suplementos de enzimas deben ser un adyuvante, no un sustituto, de la restricción dietética. Los pacientes con intolerancia a la lactosa deben recibir suplementos de calcio (1.200-1.500 mg/día).

Enfermedad inflamatoria intestinal.

5. Enfermedad de Crohn.

Varón de 14 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que presenta un cuadro clínico de dolor abdominal de aproximadamente tres semanas de evolución. El dolor se localiza predominantemente en el hipogastrio y en la fosa ilíaca derecha (FID), y empeora con la ingesta. Refiere un aumento en el número de deposiciones (dp), presentando un número variable entre 2-4 dp/día de consistencia blanda. El paciente ha perdido aproximadamente 12 kg de peso desde el comienzo del cuadro. En las últimas 48 horas presentó fiebre de hasta 38° con exacerbación del dolor, por lo que ingresa a través del Servicio de Urgencias.

Estudios solicitados:

- Hemograma: anemia con hemoglobina (Hb) de 9,8 g/dl y ferropenia marcada. Leucocitos: número y fórmula dentro de la normalidad.
- Bioquímica: albúmina 3,2 g/dl, proteína C reactiva (PCR) 54 mg/l (rango de normalidad 0-5). El resto de los parámetros bioquímicos se mantienen dentro de la normalidad.
- Calprotectina fecal: 1.200 mg/g (rango de normalidad 0-50 mg/g).
- Coprocultivos y estudio de parásitos en heces: negativos.
- Colonoscopia: Se realiza la exploración bajo sedación profunda con buena tolerancia y adecuada preparación. La inspección anal y el tacto rectal no muestran interés. Se realiza una colonoscopia total sin observar patología mucosa en recto y sigma. A partir de colon izquierdo, se aprecian lesiones ulceradas de bordes serpiginosos y cierta profundidad que inicialmente presentan un tamaño variable entre 0,5 y 0,8 cm, y aparecen de manera salteada, dejando áreas amplias de mucosa interlesional respetada. Conforme avanzamos en la exploración hacia el colon derecho, las úlceras aumentan de tamaño y profundidad, confluyendo y constituyendo áreas en empedrado con amplias zonas de ulceración y denudación mucosa, condicionando en cercanías del polo cecal una estenosis parcial inflamatoria, franqueable con cierta dificultad con el colonoscopio. El área perivalvular está afectada con importante afectación inflamatoria y áreas de ulceración, sin poder penetrar en asa ileal.
- Se toman biopsias para estudio histológico observándose: ulceración e inflamación aguda y crónica compatible con enfermedad inflamatoria crónica intestinal (EICI), de tipo enfermedad de Crohn con actividad severa

Tratamiento: se decide iniciar el tratamiento de inducción combinado con infliximab (5 mg/kg 0,2, 6 s) y azatioprina (2,5 mg/kg). El paciente presenta muy buena respuesta al tratamiento con desaparición de la sintomatología, recuperación del peso con normalización precoz de los parámetros analíticos.

6. Colitis ulcerosa.



Varón de 11 años de edad, controlado en la consulta de atención primaria por un cuadro de diarrea y pérdida de peso no cuantificada de un mes de evolución. Refiere deposiciones líquidas y explosivas, en número de 5-10 al día, con sangre roja y moco sin pus, que no ceden con el ayuno y le despiertan por la noche. Este cuadro no ha mejorado con suero de rehidratación oral y probióticos. No refiere antecedentes personales ni familiares de interés, viajes recientes ni ambiente epidémico familiar. El paciente es remitido a su hospital de referencia, iniciándose estudio en el Servicio de Gastroenterología Infantil.

Exploración física: peso de 60 kg (> P97); talla de 161 cm (> P97); TA 123/85 mm Hg; temperatura 36,7°C; frecuencia cardíaca 82 lpm. Buen estado nutricional; buen estado general; normocoloreado, bien hidratado y nutrido. Sin exantemas ni petequias. Cabeza y cuello: sin masas cervicales. Auscultación cardíaca y pulmonar: normal. Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación profunda a nivel periumbilical y del flanco izquierdo; sin hepatoesplenomegalia. Inspección anal: eritema perianal sin fisuras. Resto de la exploración por aparatos normal.

Laboratorios: leucocitos 12 900/ μ l (70,7% neutrófilos); hemoglobina 13,9 g/dl; hematocrito 41,6%; plaquetas 375 000/ μ l; glucosa 99 mg/dl; albúmina 3,88 g/l; sodio 139 mEq/l; creatinina 0,64 mg/dl; hierro 29 mg/dl.

Se realiza una ecografía abdominal, que se informa como engrosamiento mural de colon transverso y colon izquierdo, con cambios inflamatorios de grasa adyacente y presencia de adenopatías localregionales. Se complementa con una resonancia magnética (RM) que confirma los hallazgos ecográficos, sin encontrar afectación del intestino delgado. Se realiza una colonoscopia, introduciendo el endoscopio hasta lo que parece corresponder al ángulo esplénico. Se observa afectación continua con una mucosa muy friable al roce y se toman muestras a 100, 70, 55, y 45 cm del margen anal. A la retirada del endoscopio se aprecia afectación de la mucosa rectal de aspecto petequiral y sin otras lesiones focales.

Tratamiento:

- Se decide comenzar tratamiento con corticoides IV a 60 mg/día (durante cuatro días para pasar a vía oral posteriormente) y mesalazina oral 1 g/8 horas.
- Tras la mejoría, es dado de alta hospitalaria a los diez días del ingreso con el diagnóstico de posible colitis ulcerosa y tratamiento ambulatorio con mesalazina (1 g/8 horas, vía oral), metilprednisolona (40 mg/día, vía oral) y omeprazol (20 mg/día, vía oral).

7. Síndrome de intestino irritable.



Masculino de 20 años de edad, acude a consulta por dolor abdominal tipo cólico, en la parte baja del abdomen, flatulencias, sensación de evacuaciones incompletas, así como alivio después de evacuar desde hace 6 meses, pero lo había dejado pasar pensando que era algo normal por el estrés y no tenía tiempo de asistir a consulta, niega tomar medicamentos y solo consumir té. El paciente refiere hábitos alimenticios poco saludables, así como un cuadro de ansiedad y estrés por la universidad y el trabajo.

- Refiere heces duras más del 25% de las veces. (SII con constipación)
- Moco en la evacuación.
- Tenesmo
- En la exploración física se encuentra distensión abdominal.

Diagnóstico: Se utilizan los criterios diagnósticos de Manning y Roma III. Laboratorios: leucocitos 12 900/ μ l (70,7% neutrófilos); hemoglobina 13,9 g/dl.

Criterios de Manning
1. Dolor abdominal que se alivia con la evacuación
2. Evacuaciones más frecuentes al inicio del dolor
3. Evacuaciones diarreicas al inicio del dolor
4. Distensión abdominal visible
5. Moco en la evacuación
6. Sensación de evacuación incompleta

Criterios de Roma III
Dolor abdominal o sensación no placentera en el abdomen que ocurre al menos tres veces al mes en los tres meses anteriores, acompañado de dos o más de los siguientes:
• Mejoría del dolor con la defecación
• El inicio del dolor se relaciona con cambio en la frecuencia de las evacuaciones
• El inicio del dolor se vincula con cambio en la consistencia de las evacuaciones
• Los síntomas deben empezar por lo menos seis meses antes del diagnóstico

Tratamiento:

No farmacológico: alimentos bajos en hidratos de carbono, fibra, probióticos, restricción de comidas grasas, secas. Y control del factor estresante. Con referencia a psicología.

Farmacológico:

Dolor abdominal	Relajantes del músculo liso	1-4 veces al día
	Antidepresivos tricíclicos	Iniciar con 25-50 mg al ir a la cama por las noches y después ajustar la dosis
	Inhibidores selectivos en la recaptación de serotonina	Iniciar con dosis pequeñas, incrementar según sea necesario

8. Hígado graso no alcohólico.



Mujer de 35 años de edad que presenta astenia desde hace 3 años, lesiones cutáneas en región malar y base del cuello, sequedad oral, tumefacción parotídea bilateral y artralgias en pequeñas articulaciones de pies y manos de carácter migratorio e intermitente.

Antecedentes personales: asma bronquial hasta los 8 años de edad, apendicectomizada a los 10 años y un aborto espontáneo en 1998. No fumaba y la ingesta de alcohol se reducía a 10-20 g de forma ocasional. Actividad laboral: administrativo. Historia familiar sin interés.

Exploración física: sobrepeso con un IMC de 27 y una TA de 170/110, discreta hipertrofia parotídea, sin lesiones cutáneas ni signos inflamatorios articulares; el resto de la exploración física era normal.

Hemograma: 4,2 hematías, 14,6 Hb, 41% Hto, 97 VCM, 35 HCM, 408.000 plaquetas. Bioquímica: triglicéridos 1687 cifra con posterior descenso hasta noviembre del 2000 y brusca elevación en mayo del 2001; colesterol 269 (VLDL 62% y HDL/LDL 19). GPT 74, GOT 50, GGT 400. Radiografía de tórax normal; ecografía abdominal con hígado de tamaño y morfología normales, homogéneo sin LOES y con hiperecogenicidad fuerte y brillante que sugería esteatosis. Biopsia de glándulas salivares menores de labio inferior sin lesiones valorables.

Biopsia hepática con marcado ecográfico: fibrosis estrellada de los espacios porta que en ocasiones llega a unirlos entre sí sin llegar a producir nódulos de regeneración, la fibrosis disecciona los sinusoides del lobulillo hepático llegando a adoptar un patrón intersticial.

Un año después del comienzo de la clínica, tiene una rápida pérdida de peso de unos 10-12 kg, malestar general y exacerbación de la astenia. A la exploración física se objetivó una hepatomegalia gigante y dolorosa y los análisis mostraron una relación GOT/GPT superior a 3 cuando en la visita anterior no superaba 1,3, lo que se puede interpretar como progresión a la fibrosis hepática.

Tratamiento: Se comenzó el tratamiento con ácido ursodesoxicólico y vitamina E junto con su terapia habitual para la HTA y la hiperlipidemia. Desde entonces seguida en consultas sin clara mejoría clínica, y en espera de trasplante hepático.