



El Reto Clínico del mes Septiembre 2021

Caso Enfermedad inflamatoria y alteraciones hepáticas.

Dra. Carmen Alonso Martín

Dr. Carlos Maroto Martín

CENTRO DE HEMOTERAPIA Y HEMODONACIÓN DE CASTILLA Y LEÓN, VALLADOLID

Antecedentes personales

Varón de 32 años, sin enfermedades de significación.

Bebedor social y fumador ocasional.

AF: Tío materno diagnosticado de enfermedad inflamatoria.

Sin medicación habitual, salvo en las últimas 4 semanas que ha tomado ibuprofeno por dolor muscular.

Remitido para valoración por presentar 4-5 deposiciones al día de características líquidas desde hace 4 meses. Asustado porque en los últimos dos meses asocia rectorragia y tenesmo.

En la solicitud de su médico de atención primaria describen:

A la exploración, el abdomen es blando y depresible. Ruidos presentes.

No asocia otras manifestaciones sistémicas y durante la evolución de la clínica ha estado afebril.

Aporta analítica que le ha realizado en el ambulatorio en la que destaca Hemoglobina 12 mg/dL con perfil ferropénico. PCR 30 mg/L. No tiene solicitado perfil hepático ni lipidico. No estudio de las heces.

Pregunta 1: ¿Qué hacemos en primer lugar?

- a) Eco Abdominal.
- b) Espectrohelioscopio.
- c) Colonoscopia.
- d) Historia clínica completa y Exploración física detallad.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

d) A pesar de que la sospecha de proceso inflamatorio es alta y que, muy posiblemente, necesitemos estudios analíticos y endoscópicos complementarios, la necesidad de realizar una historia completa que incluya viajes al extranjero, toma de AINEs, consumo de drogas, relaciones sexuales de riesgo... siempre debe estar presente.

Por otro lado, tampoco debemos olvidar realizar una exploración completa que incluya, en este caso, la inspección anal.

Siguiente

Tras realizar la debida historia y exploración siendo ambas anodinas, decidimos solicitar estudio analítico completo y calprotectina fecal.

- En analítica destaca:

- Hb. 12 mg/dL microcítica hipocrómica. Resto del hemograma normal
- GPT 55 U/L (N 1- 50U/l), GGT 200 U/L (N 0- 55 U/L) y FA 453 U/L (N 30-120)
- BT 1,43 mg/dL (BD 0,4)
- CF 400

Siguiente

Ante la alta sospecha de colitis ulcerosa, solicitamos colonoscopia que se muestra en la imagen adjunta:



Siguiente

Pregunta 2: Con la imagen que se muestra, ¿qué grado de afectación sería más correcto?

- a) UCEIS 1
- b) UCEIS 8
- c) UCEIS 5
- d) UCEIS 3

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

- d) A pesar de que como cualquier índice endoscópico puede haber una variación interobservador, la respuesta más correcta en este caso sería la D: UCEIS 3.

PATRON VASCULAR	HEMORRAGIA	ULCERAS/ EROSIONES
0- NORMAL	0- NO	0- NO
1- AFECTACIÓN PARCHEADA	1- MUCOSA	1- EROSIONES
2- AUSENCIA PATRÓN	2- LUMINAL MINIMA	2- ULCERAS SUPERFICIALES
	3- LUMINAL MODERADA/ SEVERA	3- ULCERAS PROFUNDAS

Siguiente

Y con la colestasis, ¿qué hacemos?

- Revisamos analíticas previas, en ellas encontramos alteraciones compatibles con colestasis disociada leve (nunca la elevación superaba x3)
- La última analítica era de hacía 3 años. A pesar de que su médico de atención primaria le había propuesto derivar a Digestivo, el paciente estaba estudiando fuera de su ciudad y dado que se encontraba asintomático no acudió a revisiones.

Siguiente

Pregunta 3: ¿Qué prueba plantearíamos?

- a) Biopsia hepática.
- b) ECO abdominal y estudio de hepatopatía.
- c) CPRE
- d) No quiere estudios complementarios, asumimos que se trata de toxicidad medicamentosa y dado a que no presenta datos de insuficiencia hepática grave, revisamos con nueva analítica en 3 – 6 meses.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

b) Las alteraciones hepáticas en el contexto de EII son frecuentes. Pueden producirse en relación al uso de los diferentes fármacos, desarrollo de esteatosis hepática o a la existencia concomitante de otras enfermedades autoinmunes. Para su diagnóstico debemos seguir el protocolo habitual y descartar otras causas inmunes e infecciosas específicas.

[Siguiete](#)

EN ESTE CASO...

de fiebre/febrícula no es criterio para dejar al paciente en dieta absoluta.

En el estudio analítico presenta ANCA + a título 1/160 con leve hipergammaglobulinemia a expensas de IgM.

Resto de estudio bioquímico y serológico negativo salvo inmunidad para VHB.

La ECO abdominal muestra unas alteraciones de la vía biliar.

Siguiente

Pregunta 4: ¿Cuál es la sospecha diagnóstica?

- a) Hepatitis autoinmune
- b) Colangitis biliar primara
- c) Colangitis esclerosante primaria
- d) Esteatosis hepática

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

- c) **La colangitis esclerosante primaria (CEP)** es una enfermedad de curso progresivo caracterizada por una destrucción crónica de la vía biliar.

Su prevalencia oscila entre 1-3/100.000 habitantes y predomina en el sexo masculino (60%), con una media de edad de presentación entre los 30 y 40 años.

Aproximadamente un 60-80% de los pacientes procedentes de países del norte de Europa asocian una enfermedad inflamatoria intestinal (75% colitis ulcerosa y 13% enfermedad de Crohn con predominio de afectación cólica).

[Siguiete](#)

Pregunta 5: ¿Qué prueba solicitarías a continuación?

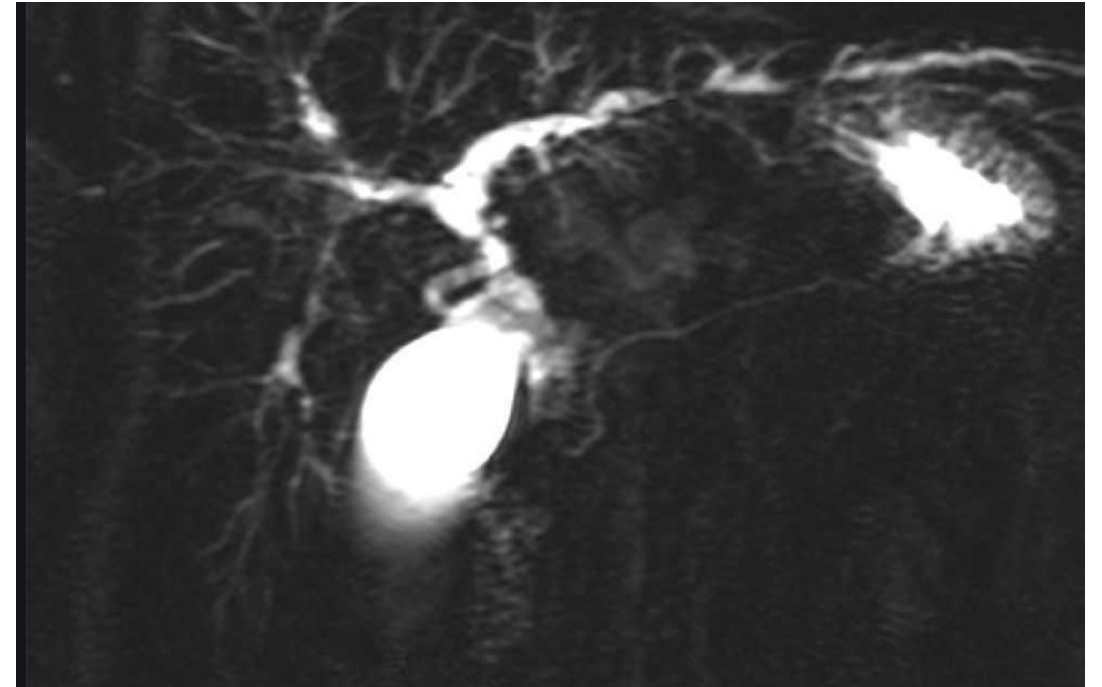
- a) Biopsia hepática
- b) CPRE
- c) El diagnóstico es claro, no es necesario completar con más estudios.
- d) Resonancia/CRMN

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

¡Respuesta correcta!

- d) **La colangiografía** es el procedimiento imprescindible para realizar el diagnóstico de la enfermedad.
- Los hallazgos radiológicos son característicos, apreciando estenosis difusas y zonas con dilataciones saculares que proporcionan un aspecto arrosariado de los conductos biliares intrahepáticos y extrahepáticos.



Siguiente

- La colangiorresonancia prácticamente equiparable a la colangiografía retrógrada endoscópica (ERCP) asociada a menor iatrogenia por lo que sería la primera prueba indicada si se sospecha una CEP.
- La ERCP puede ser necesaria para valorar estenosis en la búsqueda de un posible tumores o en el manejo de las complicaciones.
- La biopsia hepática no siempre es necesario. Una excepción es la sospecha de CEP en el contexto de EII con alteraciones de las pruebas hepáticas con estudio colangiográfico normal. Estos pacientes pueden tener una variante de CEP de conducto pequeño

Siguiente

SEGUIMIENTO DE CONSULTAS

El paciente es seguido en consultas externas de manera reglada iniciándose tratamiento dirigido para *Ell* y *ácido ursodesoxicólico (UDCA)* a dosis de 15mg/kg.

Permanece estable habiendo controlado la clínica presentando únicamente 2 deposiciones formadas y no asocia prurito ni astenia.

Siguiente

¿Debemos hacer control más estrecho endoscópico?

No. La clínica está controlada y no cambiará mi actitud terapéutica.

Sí, a los 5 años. No se trataba de una afectación grave y no tiene antecedentes familiares de cáncer de colon.

Sí a los 3 años. Se trataba de una afectación moderada severa y debemos hacer control reglado.

Sí, anual.

Siguiente

Los pacientes con CEP y EII tienen un riesgo de CCR 10 veces mayor que la población general dado principalmente por el efecto pro-neoplásico secundario a la inflamación crónica intestinal.

En este sentido, a pesar del adecuado control de la enfermedad inflamatoria, el paciente ha de considerarse de alto riesgo por lo que estaría indicado seguimiento endoscópico cada 1-2 años.

Siguiente

Bibliografía

1. P. Nuñez et al. Colangitis esclerosante primaria y enfermedad inflamatoria intestinal: interrelación intestino-hígado. Gastroenterol Hepatol. 2019, 42 (5): 316-325.
2. Harbord M, Annese M, Vavricka S, et al. The 1st European Evidence-based Consensus on extra-intestinal manifestations in inflammatory bowel disease. J Crohn's Colitis. 2016; 10: 239-54.
3. Manual Práctico: Conductas de actuación en la Enfermedad Inflamatoria crónica Intestinal, 7ª edición, GETECCU. Editorial ERGON, 2019. ISBN: 978-84-17844-26-4

Siguiente



Ha finalizado el caso clínico.

Caso Enfermedad inflamatoria y alteraciones hepáticas.

Dra. Carmen Alonso Martín

Dr. Carlos Maroto Martín

CENTRO DE HEMOTERAPIA Y HEMODONACIÓN DE CASTILLA Y LEÓN, VALLADOLID