

CASO CLÍNICO: PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN Y CUADRO DE ESPONDILOARTRITIS ASOCIADA

Mujer de 40 años que acude a urgencias en 2008, por cuadro agudo de dolor abdominal y fiebre. Sin antecedentes de interés. A la exploración aparece dolor en flanco inferior derecho (FID) con rebote positivo. En la analítica destaca una leucocitosis ($21,92 \cdot 10^3/\mu\text{L}$) con predominio de neutrófilos, reactantes de fase aguda elevados y acidosis metabólica. Se realiza ecografía abdominopélvica con hallazgos ecográficos sugestivos de la existencia de peritonitis por lo que se realiza tratamiento quirúrgico urgente. En la operación se observa apéndice sin datos de inflamación, con inflamación ileal con importante edema de pared, no hay datos de obstrucción ni perforación; se le realiza, apendicetomía.

Tras el alta acude a la consulta de digestivo porque continúa con dolor abdominal y fiebre. No refiere tratamiento médico habitual y afirma tomar con frecuencia boquerones (pescado crudo). Desconoce si tiene familiares con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Cuenta que desde hace 1 año, sufre frecuentemente episodios de dolor abdominal, descrito como cólico, acompañado de deposiciones líquidas, sin moco ni sangre, exclusivamente diurnas, parece que el dolor se ha intensificado en el último mes, durante el cual ha perdido 3 kg de peso. No tiene sintomatología urinaria, no ha tenido cuadros previos de gastroenteritis aguda (GEA), y no tiene antecedentes epidemiológicos de riesgo.

Exploración clínica: abdomen distendido, ruidos muy disminuidos, persiste dolor abdominal, que empeora con la ingesta, principalmente en hipogastrio y FID, no mejoría con analgésicos, $37,5^\circ\text{C}$ en casa. Ritmo intestinal de 2 deposiciones al día normales-blandas.

Valoración: los datos de la laparotomía y la historia clínica orientan a posible EII, con posibles crisis suboclusivas, aunque no concuerda el debut tan severo, con abundante líquido libre, leucocitosis y acidosis metabólica, sin que se halla objetivado absceso ni fistulización. Se plantean diagnóstico diferencial: entre ileitis a estudio, EII, enfermedad infecciosa sobre síndrome de intestino irritable previo, o anisakiasis.

Se solicita Ig E específica frente anisakis: $<0,34$ negativo, descartando la anisakiasis. Quedando el juicio clínico como ileitis a estudio, compatible con enfermedad de Crohn.

Tratamiento: esteroides a dosis habituales e inicia Imurel.

En la colonoscopia que le realizan aparece ileitis con válvula ileocecal inaccesible al paso al íleon, de aspecto normal. El resultado de las biopsias: Inflamación leve inespecífica.

A finales de 2008 en diciembre acude sin cita por empeoramiento clínico, al retirar los corticoides se encuentra fatal con diarrea y mucho dolor abdominal.

A la exploración destaca dolor en FID con descompresión positiva. No tiene fiebre.

Se le pide un TAC abdominal y al comparar con uno previo se aprecia una persistencia del

engrosamiento mural de las asas de íleon ya afectadas anteriormente, a expensas fundamentalmente de un edema e infiltración grasa de la submucosa, con captación de contraste por la mucosa y serosa, compatible con enfermedad inflamatoria intestinal. Juicio clínico: EII con afectación de íleon, sin datos radiológicos de reagudización.

En la analítica cabe destacar: leucocitosis, no anemia, ANCA y ASCA negativos Hierro 31 µg/dL(35,0 - 145,0), Proteína C reactiva 4,6 mg/L (0,0 - 5,0), Anticuerpos antinucleares negativo, ENAS negativos. Actividad de Tiopurina metil-transferasa: 21 U/mL RBC

Le pautan control en 3 meses con analítica, donde destacan: Proteína C reactiva 23,2 mg/L (0,0 - 5,0), alfa1-Glicoproteína ácida 181,00 mg/dL(40,0 - 120,0) Transglutaminasa, Ac. IgA 0,4 U.A./L (0,0 - 7,0) Vitamina B12 250 pg/ml (179,0 - 1.100,0),

Presenta un brote leve en noviembre de **2010** y octubre de **2011**.

En marzo de **2012** se le solicita calprotectina y una resonancia para ver actividad inflamatoria de cara a posible inicio con fármaco biológico. En octubre la revisan con resultados y en la analítica destaca: Proteína C reactiva 1,0 mg/L (0,0 - 5,0), Ferritina 25 ng/mL (10,0 - 300,0), Calprotectina en heces 207 mg/Kg (0 - 50) heces sin brote. RM abdomen sin y con contraste: Enfermedad de Crohn en íleon terminal.

En junio de **2013**: en relación con brote se le solicita una calprotectina en heces con resultado de 972 mg/Kg. Por lo que parece haber un mal control de la actividad, ya que la paciente presenta dolor y calprotectina y PCR elevada. Se inicia tratamiento con Infliximab o IFX (fármaco anti-TNF).

En julio de 2013 acude a revisión y refiere mejoría desde el punto de vista del dolor abdominal con respecto al que padecía previo tratamiento con IFX. En la exploración aparecen molestias en FID, no masas, y el peso es de 45 kg (ha ganado 1 kg)

Revisión en **2014**: Desde hace 2 - 3 semanas se encuentra peor del dolor abdominal, y hace una semana diarrea líquida incluso uno de los días hasta 10 deposiciones, presentó fiebre de 38 °C uno de los días, sin coincidir con cuadro catarral. El día de antes sólo 1 deposición blanda, persiste dolor abdominal, aunque mejor, tipo pinchazos. Se intensifica tratamiento con IFX

En analítica previa a revisión (4 días): PCR 9,1 mg/L

Se pide valoración en Reumatología donde la ven en marzo de 2014:

Acude por artralgias desde hace 2-3 semanas. Refiere que sobre todo desde principios de año dolor articular, con hinchazón migratorias, no claros datos de flogosis, sin datos de que previamente hubiera tenido este tipo de dolores. Parece mejorar tras el anti-TNF, pero después vuelve a empeorar (sobre los 15 días). Destaca calprotectina > 600 mg/Kg y PCR 9 mg/L, elevación de reactantes de fase aguda.

Juicio Clínico: Polialgias coincidiendo con cuadro de fiebre y diarrea actualmente oligosintomática (probablemente en relación con cuadro infeccioso intercurrente) Politendinitis/ poliartritis pequeñas articulaciones + tenosinovitis en paciente con enfermedad de Crohn, probable espondiloartritis Posible fallo secundario a Infliximab, Por lo que se plantea sustituir IFX por Adalimumab

Nueva revisión en mayo de **2015**: Se encuentra bien desde el punto de vista digestivo, realiza 1 deposición al día formada sin productos patológicos. No presenta fiebre, ni otras manifestaciones extraintestinales. Refiere peso estable, 46 kg en domicilio. Continúa con dolor e inflamación en articulaciones. Refiere que en la dosis intensificada de marzo se le quitó la sintomatología articular durante 20 días pero tras la segunda dosis los síntomas articulares sólo remitieron durante 7 días tras la infusión.

El tratamiento en ese momento: Paracetamol, Nolotil®, Tramadol si precisa, IFX 10mg/kg cada 8 semanas, Imurel® 2 comprimidos y medio al día, Optovite mensual, Omeprazol si precisa.

Análisis de Reumatología: VSG 21,00 (0,0 - 20,0), Proteína C reactiva 14,8 mg/L (0,0 - 5,0). Calprotectina en heces 1176 mg/Kg heces (0,0 - 50,0), HBs Ag Negativo (0,0 - 0,0), Ac. Anti HBc Negativo (0,0 - 0,0), Ac. Anti HBs 10 mUI/ml (0,0 - 0,0), Ac. Anti VHC (prueba de cribado) Negativo (0,0 - 0,0), Varicela Zoster, Ac. IgG Positivo (0,0 - 0,0), Anticuerpos antinucleares Negativo (0,0 - 0,0), Anticuerpos DNA nativo < 0,5 (0,0 - 15,0)

Revisión:

Se iniciaron dosis dobles de IFX a 10 mg/kg.

Desde el punto de vista de reumatología es de lo que peor se encuentra, aunque el último mes y medio noto mejoría del dolor articular durante una semana tras la que ha empeorado parcialmente. Describe molestias en manos, codos, pies, rodillas, sensación de hinchazón en los dedos de las manos. No lesiones cutáneas eritematosas, no ha tenido fiebre, ni dolor axial.

Se solicitan Anticuerpos anti-IFX

Se encuentra bien desde el punto de vista digestivo, realiza 1 deposición al día formada sin productos, aunque refiere pirosis frecuente que no mejora con Omeprazol.

Peso 44 (previo 46 kg)

Tratamiento: Paracetamol si precisa, IFX 10mg/kg cada 8 semanas, Imurel® 2 comprimidos y medio al día, Optovite® mensual

En la analítica destaca PCR y calprotectina elevada

En espera de los anticuerpos anti-IFX, se cambia a Adalimumab, ya que aunque la paciente está asintomática desde el punto de vista digestivo, persiste calprotectina muy elevada, además del resto de manifestaciones extraintestinales

En abril de 2015 se reciben los resultados:

Niveles Infliximab: 1.741 mcg/ml

Ac. anti-Infliximab: NEGATIVO

La paciente se encuentra en excelente estado general. Sin ardores, ni dolor abdominal. 1 deposición diaria sin productos. La paciente continúa con su adicción al tabaco.

Analítica con función renal normal, B12 y fólico, normales. , Proteína C reactiva 4,9 mg/L (0,0 - 5,0), Calprotectina en heces 210 mg/Kg heces (0,0 - 50,0). ANAS negativos previamente, después un título 1/2560

Julio de 2015: Muy buen estado general hasta hace 3 días. No ardores. No dolor abdominal. 1 Deposición diaria sin productos patológicos. Desde hace 3 días dolor abdominal en FID y aumento del número de deposiciones a 3 al día de consistencia blandas o líquidas, a la paciente le recuerda a otros brotes de EC-

Enero de **2016**: Tuvo revisión del Reumatólogo, en la que refleja que está asintomática a nivel articular, con el siguiente Juicio Clínico: Espondiloartritis periférica asociada a enfermedad de Crohn (Politendinitis/ poliartritis pequeñas articulaciones + tenosinovitis), HLA B27 negativo. En tratamiento actual con Adalimumab.

En la actualidad la paciente se encuentra pendiente de valoración para posible cirugía.