

## **Caso clínico**

Varón de 48 años

## **ANTECEDENTES MÉDICO-QUIRÚRGICOS**

- No RAM
- No fumador
- No antecedentes de EII ni CCR
- No toma de fármacos

## **URGENCIAS:**

- Rectorragia y diarrea de 1 mes de evolución
- 10-12 dep/día, líquidas con sangre, nocturnidad, muchas de ellas sólo pujos de hemo (previo 2 al día)
- Astenia
- Ha presentado picos febriles de hasta 38°C en los últimos días.
- Pérdida de 6 kg

## URGENCIAS:

### Analítica:

PROTEINA C REACTIVA 56,7 mg/L

HEMOGLOBINA 10,8 g/dL

LEUCOCITOS  $11,03 \times 10^3/\mu\text{L}$

FIBRINOGENO DERIVADO 443 mg/dL



INGRESO por  
sospecha de CU



## EN PLANTA:

- CULTIVO DE HECES FLORA BACTERIANA NORMAL
- TOXINA A +B CLOSTRIDIUM DIFFICILE NEGATIVA

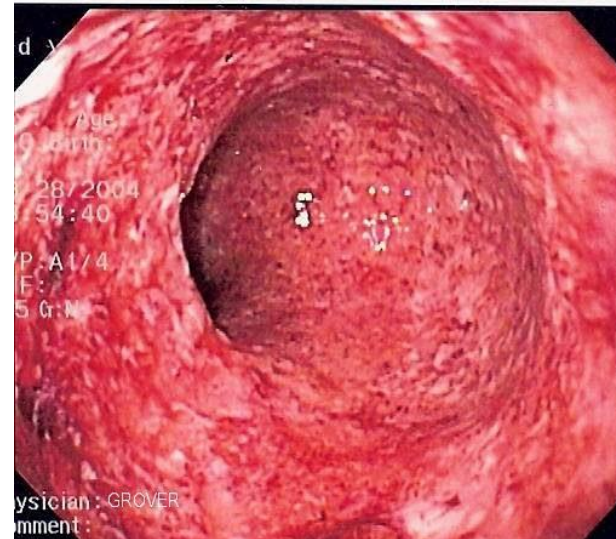
**Colonoscopia:** Afectación continua hasta 40 cm desde el recto (no se continua pro la gravedad de las lesiones) Eritema, friabilidad, úlceras múltiples, pérdida del patrón vascular

## Diagnósticos:

Colitis ulcerosa activa grave

## RESI 1. EN PLANTA:

- Tratamiento ?



## EN PLANTA:

➤ Tratamiento ?

**Mejoría clínica parcial** tras 3 días de corticoides iv

5 deposiciones al día, no ligadas, con sangre

PROTEINAS TOTALES 5,8 g/dL

PROTEINA C REACTIVA 19,6 mg/L

HEMOGLOBINA 10,5 g/dL

FIBRINOGENO DERIVADO 662 mg/dL



## RESI 2. CORTICORREFRACTARIEDAD

Manejo?

Opciones?

La CyA le provoca temblor, hipertensión, por lo que se retira al 4º día y se administra INFLIXIMAB.



Se da de alta al paciente con infliximab + azatioprina

A las 2 semanas en el control: leucopenia de 1200 leucocitos (N 900)

→ se retira AZA

Monoterapia con IFX: escalada de dosis a cada 4 semanas



Monoterapia con IFX cada 4 semanas

Tras 10 meses en remisión clínica → aumento de CF progresivo, deposiciones más blandas y algo de hemo

Se piden niveles de IFX: Niveles 0.3 y ATI >120 mg/g

### RESI 3. PERDIDA DE RESPUESTA

Manejo?

Opciones?