



Infectio

Print ISSN 0123-9392

Infect. vol.7 no.4 Bogotá Oct./Dec. 2003



How to cite this article

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Di. Juan Diego Vélez L.

Infectólogo Fundación Clínica Valle del Lili

Dr. Gilberto Amed Castillos.

Residente Medicina Interna CES Fundación Clínica Valle del Lili

Paciente de 59 años de edad, ingeniero civil, sin antecedentes personales de importancia. Hace aproximadamente tres meses estuvo trabajando en la zona de La Línea en reparación de vías. Estando en esa zona desarrolló un cuadro de deposiciones diarreicas con sangre, por lo cual asistió a una farmacia local donde le formularon metronidazol. El paciente tomó este medicamento por dos días con lo cual desaparecieron los síntomas, los cuales reaparecieron tres semanas después; tomó nuevamente metronidazol por tres días con lo cual volvió a mejorar. Posterior a esto el paciente retornó a Cali donde de nuevo hace un tercer episodio de diarrea sanguinolenta; esta vez recibe metronidazol de manera adecuada durante siete días y desaparecen los síntomas. Pocas semanas después presenta fiebre, malestar general y diarrea, y pérdida de peso de aproximadamente 4 kg, por lo cual decide consultar.

Al ingreso se encuentra un paciente en aceptables condiciones, con presión arterial de 90/59, frecuencia cardíaca de 79 por minuto, frecuencia respiratoria de 20 por minuto, con temperatura de 37°C. El examen físico de ingreso se encontraba dentro de los límites normales. Se ordenan exámenes paraclínicos entre ellos un hemograma, un uroanálisis que es normal, electrolitos normales, coprológico y una colonoscopia total. El hemograma mostró leucocitos 16.000, Hemoglobina de 12.8, plaquetas de 419.000.

El coprológico reveló leucocitos, sangre oculta positiva y no se observaron parásitos.

La colonoscopia total mostró la siguiente imagen:



- ¿Cuál es su diagnóstico más probable?
- ¿Qué tratamiento empezaría en este paciente mientras obtiene el reporte de las biopsias de colon?
- ¿Está de acuerdo con el tratamiento con metronidazol en este paciente?

La colonoscopia muestra a nivel del ciego y colon ascendente ulceraciones cubiertas por fibrina en forma salteada; el colon transverso es normal. En el colon descendente nuevamente se presentan las ulceraciones y a nivel del sigmoides el compromiso es mayor, con lesiones levantadas ulceradas en el vértice formando pseudopólipos. En el recto hay un compromiso extenso por múltiples ulceraciones cubiertas de fibrina en forma salteada con algunos segmentos de mucosa sana.

© 2011 *Asociación Colombiana de Infectología.*

Calle 118 No. 15-24 Oficina 503, Bogotá, D. C., Colombia
Teléfono 215 3714 y 215 3517


acin@etb.net.co