

## ISQUEMIA ARTERIAL Y COLITIS ULCEROSA

### **Motivo de Consulta:**

Mujer de 46 años que ingresa por isquemia aguda de mano derecha y brote de colitis ulcerosa.

### **Anamnesis:**

#### ***Antecedentes Personales:***

- Alérgica a Nolotil. No HTA. No DM. No DLP. No hábitos tóxicos.
- Colitis ulcerosa diagnosticada en 2007 en tto. actual con esteroides, 5 ASA y Azatioprina. Ingreso hospitalario en Septiembre de 2009 por brote de colitis ulcerosa y anemia ferropénica por pérdidas digestivas en el que precisó transfusión de 2 CH.
- Intervenida de hernioplastia epigástrica en Febrero de 2008.
- Tto. Crónico: Dacortin, Salazopirina y Azatioprina 150 mg/24h.

#### ***Enfermedad Actual:***

Paciente que ingresa en Medicina Interna por cuadro de diarreas sanguinolentas sin afectación del estado general, presentando además, dolor de inicio brusco y palidez de la mano derecha de varias horas de duración, con ausencia de pulso cubital en la misma. En los días previos había iniciado un brote de su enfermedad inflamatoria intestinal con diarrea sanguinolenta de hasta 10 deposiciones al día con tenesmo rectal, siendo valorada en consulta de digestivo e iniciando Prednisona a dosis de 80 mg/24 horas.

### **Exploración Física:**

Consciente y orientada. Buen estado general. Eupnéica en reposo. Adecuada hidratación y coloración de piel y mucosas. TA: 120/70. FC: 79 lpm. AC: Tonos cardiacos rítmicos sin soplos ni roce pericárdico. AP: Buena ventilación de ambos campos pulmonares. ABD: Blando y depresible sin visceromegalias, discretamente doloroso a la palpación de forma difusa, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: sin edemas ni signos de flebitis. Ausencia de pulso cubital con arco palmar compensado desde la arteria radial. No focalidad neurológica.

### **Exploraciones complementarias:**

Hemograma: Hb 9.5, Hcto. 26%, Leucocitos 7680 (70.6%N, 13.7%L), Plaquetas 450000. VSG 65.

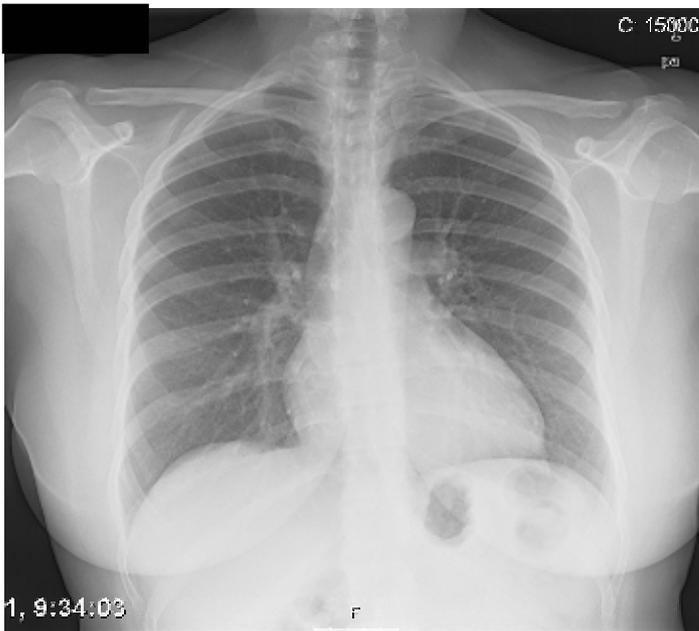
Bioquímica: Glu 104, Urea 22, Creat 0.55, BT 0.28, PT 5.2. Perfil hepático y lipídico dentro de los límites de la normalidad. PCR 7.5, FR 12, Na 139, K 5, Alb 2.8, Fe 12, Ferritina 45.

Coagulación: AP 100%, INR 1, PTTA 38.9 seg.

Test gestación negativo.

ECG: Ritmo sinusal a 70 lpm. Eje 20°. PR normal. QRS estrecho. Sin alteraciones de la repolarización.

Rx tórax: sin hallazgos de patología aguda en el momento actual.



TC cerebral: hallazgos compatibles con lesión isquémica aguda en territorio de arteria cerebral media derecha.



Estudio de autoinmunidad:

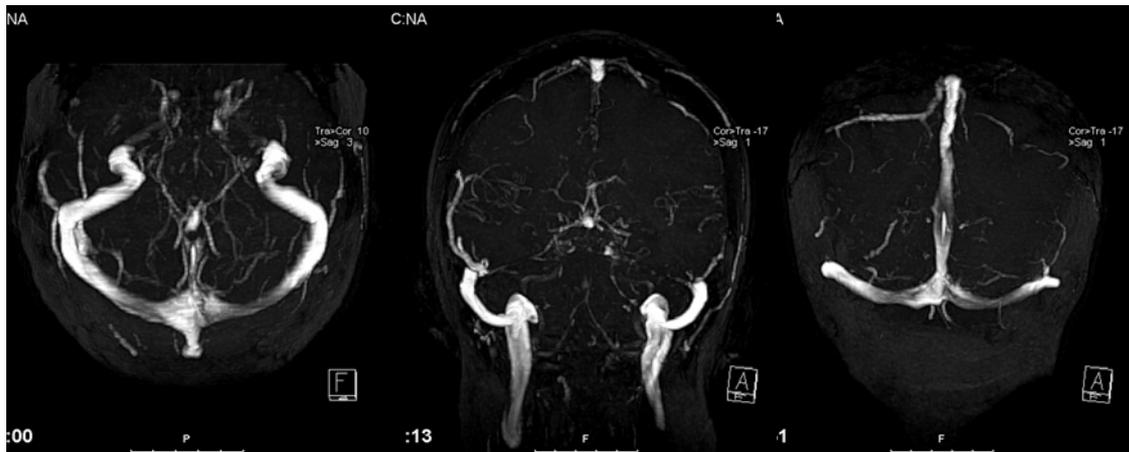
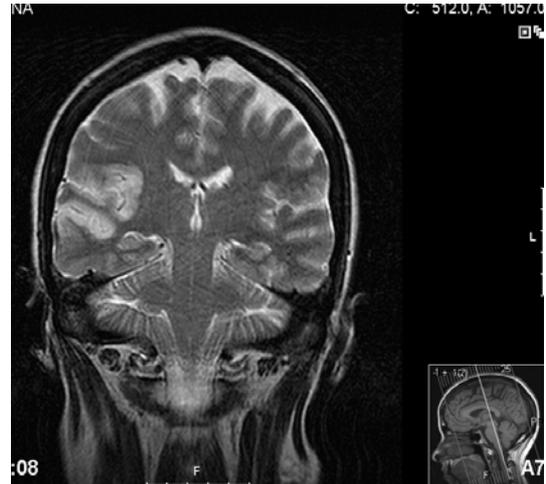
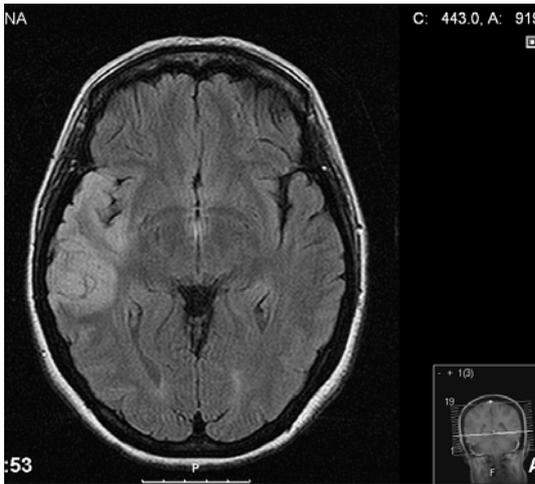
- Coombs directo negativo.
- ANOEs negativos.
- Anticoagulante lúpico y anticardiolipinas IgG e IgM negativos.
- Crioglobulinas negativo.

Estudio de trombofilia:

- Antitrombina III, Prot C y Prot S dentro de los límites normales.
- Estudio genético de mutación de F V Leiden y Protrombina (G20210A): negativo.
- Resistencia a la Proteína C Activada negativo.

AngioTC Aorta/Abdomen/Tórax: sin hallazgos significativos en estudio vascular. Engrosamiento parietal segmentario de ángulo esplénico del colon y sigma, y ganglios mesentéricos de aspecto reactivo, en probable relación con su patología de base. Quiste anexial derecho.

RM cerebral/AngioRM cerebral y de TSA: lesión isquémica aguda cortical temporal, parietal e insular derecha en territorio de arteria cerebral media. No se detecta transformación hemorrágica ni efecto masa significativo.



Ecocardiograma transesofágico: VI no dilatado con función sistólica global y segmentaria conservadas. AI y raíz de Aorta normales. Ao ascendente normal. VD normal. Válvulas morfológicamente normales sin imágenes de vegetaciones ni trombos. IT ligera sin HTP. Flujo transmitral normal. Ligeró derrame pericárdico, de predominio en sístole de hasta 8 mm. Arco aórtico normal. Se inyecta suero salino agitado sin shunts intracavitarios.

Holter: Ritmo sinusal con FC media de 90 lpm (60-135). ESVs aislados. No otras arritmias ni alteraciones del ST.

Estudio mutación V617F GEN JAK2: V617F negativo.

1)