

Enfermedad inflamatoria intestinal y sus complicaciones en atención primaria

Introducción. La importancia de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en atención primaria (AP) viene determinada porque su sintomatología es motivo habitual de consulta¹ y por el aumento de su incidencia^{2,3}, siendo necesaria una relación directa con la atención especializada (AE). Presentamos dos casos clínicos en relación con los puntos anteriormente expuestos.

Caso 1. Mujer de 64 años diagnosticada de colitis ulcerosa (CU), que en el seguimiento por AE presentaba leves elevaciones de enzimas colostásicas, sin datos analíticos ni ecográficos de interés. Consultó por molestias abdominales inespecíficas sin ictericia, prurito, fiebre, ni sintomatología de brote inflamatorio. Abdomen normal. Hemograma, coagulación, bilirrubina, proteínas totales, albúmina, marcadores vírales e inmunológicos normales. Fosfatasa alcalina: 2.324 U/l, GGT: 2.975 U/l, GOT: 67 U/l, GPT: 76 U/l. En la ecografía no se apreciaban dilatación de la vía biliar ni litiasis. Al descartar la patología colostásica más frecuente, y en el contexto de CU, se sospechó la posibilidad de colangitis esclerosante primaria, por lo que se remitió a la paciente a AE, donde se realizó CPRE que confirmó la sospecha diagnóstica.

TABLA 1. Complicaciones hepatobiliares de la enfermedad inflamatoria intestinal

Frecuentes
Esteatosis hepática
Colelitiasis
Infrecuentes
Colangitis esclerosante primaria
Pericolangitis
Colangiocarcinoma
Cirrosis
Raras
Amiloidosis hepática
Hepatitis granulomatosa
Absceso hepático

Tomada de Kirsner JB y Shorter RG. Inflammatory bowel disease. 4.^a ed., 1995.

Caso 2. Mujer de 29 años, apendicectomizada en 1995 (engrosamiento de íleon terminal y adenopatías reactivas en histología), que consultó por episodios recurrentes de dolor en hemiabdomen derecho con náuseas, vómitos, diarrea sin productos patológicos, febrícula y ausencia de síntomas miccionales. Abdomen doloroso sin signos de irritación peritoneal ni otros datos. Analítica: leve leucocitosis, VSG: 44, proteínas totales: 6,4 g/dl, albúmina: 3 g/día. La radiografía de abdomen objetivó asas de delgado sin niveles. Sin alteraciones ecográficas. Por los antecedentes se valoró Enfermedad de Crohn (EC) comprobándose en el tránsito intestinal estenosis ileal y fístulas.

Discusión y conclusiones. La EII presenta un gran reto para la AP al ser ésta el primer contacto con el paciente. Sus síntomas representan un gran porcentaje de consultas en AP², por lo que quienes trabajan en ella están obligados a su conocimiento con el fin de evitar retrasos diagnósticos y poder actuar sobre complicaciones previsibles. El aumento de la incidencia de EII^{2,3} es un segundo factor de necesario conocimiento para obtener estudios epidemiológicos que tendrán consecuencias prácticas en AP³.

En el primer caso nos planteamos el diagnóstico diferencial de las complicaciones hepatobiliares en la CU (tabla 1). En el segundo, la evolución y los hallazgos exploratorios descartaban que se tratara de una situación de urgencia, por lo que se procedió a estudio ambulatorio con un alto índice de sospecha diagnóstica que fue confirmado. La relación entre AP y AE es motivo de continua discusión y genera la publicación de múltiples trabajos al respecto⁴⁻⁶. Hemos intentado demostrar que el médico de familia tiene capacidad para resolver situaciones clínicas no habituales por su formación integradora de patologías y su motivación científica y personal. La disponibilidad de medios diagnósticos es requisito imprescindible, aunque su limitación en AP no justifica que, al menos, no se realice un diagnóstico diferencial para posterior derivación, que no debe tener carácter restrictivo ni dar lugar a situaciones que generen falta de consideración profesional de los especialistas hacia la AP.

Palabras clave: Enfermedad inflamatoria intestinal. Atención primaria.

A. Sánchez Hernández^a, P. Contreras Sánchez^b y J. Herráez García

^aCentro de Salud Benito Lorenzo. ^bHospital Campo Arañuelo. Navalmodal de la Mata.

- Ahlquist DA, Camilleri M. Diarrea and constipation. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hanser SL, Longo DL, Jameson JL, editors. *Harrisons' principles of internal medicine*. 15th ed. New York: McGraw-Hill, 2001; p. 241-9.
- Herráez J, Ramiro JM, Vázquez MV. Incidencia de enfermedad inflamatoria intestinal en el área de salud de Navalmodal de la Mata, Extremadura, España. *An Med Interna (Madrid)* 2000;17:285-9.
- Peña AS. El continuo aumento de la enfermedad inflamatoria intestinal en España. *An Med Interna (Madrid)* 2000; 17:283-4.
- Gómez N, Orozco D, Merino J. Relación entre atención primaria y especializada. *Aten Primaria* 1997;20:25-32.
- Buitrago F. Relación entre niveles asistenciales. *Aten Primaria* 1996;17:239-40.
- Aranaz JM, Buil J. Gestión sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. *Med Clin (Barc)* 1996;106: 182-4.

Efectividad del cannabis en el tratamiento del dolor somatomorfo

Introducción. Corren tiempos polémicos para el *cannabis*, que en pocos años ha pasado de ser considerado una simple droga de abuso, cuyo uso debía perseguirse judicialmente, para plantearse la posibilidad de su legalización, con usos terapéuticos, incluso en países relativamente conservadores como España¹. Durante siglos el *cannabis* se ha empleado en diferentes culturas por sus propiedades psicotrópicas. Sin embargo, en los últimos años se ha postulado que el *cannabis* podría tener efectos terapéuticos en procesos tan variados como dolor de origen orgánico, náuseas y vómitos en pacientes con neoplasias, espasticidad secundaria a esclerosis múltiple o a lesiones de médula espinal, trastornos del movimiento como la enfermedad de Parkinson, síntomas negativos de la esquizo-