Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1764

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2336 - DOCTORA, ME NOTO UN BULTO

N. Rodríguez García[a], M. Córcoles Vergara[b], B. de la Villa Zamora[c], M.C. Quesada Martínez[d], C. López Alarcón[e], A. Marco Berna[c], A.D. Branchina Núñez[f], A. Martínez Moratón[g], D. Fernández Camacho[d] y M.J. Lázaro Gómez[h]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Sur. Murcia. [b]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. [c]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. [d]Médico Residente de 2º de año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. [e]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio los Dolores. Murcia. [f]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Infante. Murcia. [g]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Sur. Murcia. [h]Médico de Familia. Centro de Salud Murcia Sur. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: hipotiroidismo posquirúrgico. Eutirox. Enfermedad actual: mujer de 63 años que acude a consulta de Atención Primaria por dolor abdominal de un mes acompañado de bultoma en FII y diarrea con fragmentos blanquecinos y planos de forma cuadrangular, que aparecen mezclados en las heces acompañado de pérdida de peso de 11 kg en los últimos 2 meses. En las últimas semanas prurito nasal. No ambiente epidémico familiar. Tiene una finca propia con cerdos.

Exploración y pruebas complementarias: TA 114/74. Tª 37,4 ºC. FC 74. ACP: rítmico sin soplos. MVC sin ruidos patológicos. Abdomen: blando y depresible. Bultoma en FII de morfología rectangular móvil y doloroso a la palpación. RHA aumentados. No signos de peritonismo. PPRB-. MMII: no edemas. Hemograma: 7.900 leucocitos con eosinofilia. Hb 15,8. Hto 42,8%. Plaquetas 130.000. Bioquímica: glucosa 120, creatinina 1,1, Na 143, K 4,2, amilasa 38, GPT 120. Orina: leucocitos, nitritos y eritrocitos negativos con sedimento normal. Rx abdomen: dilatación de colon descendente a nivel de ángulo hepático con pared engrosada y abundante gas en su interior. Evolución: ante la sospecha de tenia intestinal por la masa móvil en FII y la eosinofilia del hemograma se solicito coprocultivo; se le proporciona un recipiente de boca ancha y se le dan unas breves instrucciones sobre la recogida de las heces. Al cabo de una semana trae consigo un largo gusano que llena completamente el recipiente. Llegan los resultados a nuestro centro de salud con diagnóstico de Taenia solium (forma adulta). La paciente fue tratada con praziquantel presentando mejoría clínica en las semanas siguientes: ganancia ponderal, desaparición del dolor abdominal y de las deposiciones diarreicas.

Juicio clínico: Teniasis por Taenia solium.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia intestinal, síndrome de malabsorción.

Comentario final: La Taenia solium se encuentra en la actualidad limitada a áreas donde la

asociación hombre-cerdo se mantiene en condiciones higiénico-sanitarias deficientes. La mayoría son bien toleradas y cursan de forma asintomática. El trastorno más frecuente en la teniasis es el dolor abdominal acompañado de anorexia, nauseas y vómitos y diarrea que puede alternar con fases de constipación (frecuentemente prurito nasal aunque puede llegar a dar reacciones anafilácticas). El diagnostico se establece al encontrar los característicos huevos eliminados junto a las heces o de forma espontánea. Es importante para el médico de Atención Primaria tener en cuenta este tipo de infecciones que aunque son infrecuentes en nuestro medio, una adecuada anamnesis y exploración física puede llevarnos a la pista de su diagnóstico. Además es importante dar instrucciones necesarias sobre como recoger el parásito en las mejores condiciones posibles. En el caso de las tenias y debido a su longitud, el parásito debe ser introducido durante su emisión anal en un recipiente limpio de boca ancha junto a los restos de heces, cerrar herméticamente y remitirlo al laboratorio lo antes posible. El parásito se debe manipular lo menos posible y no añadir alcohol, conservantes ni desinfectantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arranz Solana C, García del Valle MI, Sáez Méndez L, Solís García del Pozo J. Infecciones por cestodos. Medicine. 2014;11:3099-114.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.