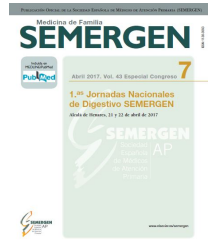




Medicina de Familia. SEMERGEN

<https://www.elsevier.es/semergen>



287/1 - DOCTOR, YA NO PUEDO MÁS

M. Tuñón Leiva^a y B. Solans Aisa^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis Vives. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Luis Vives. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Se trata de un varón de 22 años sin antecedentes médicos o familiares de interés, fumador de 7 cigarros al día. Sin alergias medicamentosas ni tratamiento médico habitual. Inicia un cuadro de dolor abdominal inespecífico, sin otra sintomatología acompañante, por lo que consulta a Urgencias hospitalarias. Es dado de alta del servicio con tratamiento sintomático. Después de ello vuelve a Urgencias hasta en cuatro ocasiones en dos meses, por epigastralgia, vómitos de contenido alimenticio, deposiciones diarreicas sin productos patológicos y pérdida de hasta 8 kg de peso desde que se inició el cuadro. Es derivado a consultas de Digestivo para estudio, con mantenimiento del tratamiento sintomático hasta la revisión. Acude antes de dicha cita a consulta de Atención Primaria para la prescripción del tratamiento pautado. Es entonces donde se revisan los informes del paciente y se solicitan pruebas complementarias para el estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial 110/60, frecuencia cardiaca 80 lpm. Afebril. Delgadez, discreta sequedad de mucosas. Buen estado general. Auscultación cardiaca normal. Auscultación pulmonar normal. Abdomen blando y depresible, discretamente doloroso en epigastrio, sin masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos normales. No edemas en extremidades, con pulsos presentes y simétricos. Hemograma: leucocitos 8.000, Hb 14,7, VCM 93, Plaquetas 255.000. Bioquímica de Urgencias: creatinina, glucosa, iones y transaminasas normales. Sistemático de orina normal. Bioquímica en consulta: Transaminasas, bilirrubina y estudio de anemias (ferritina, vitamina B 12 y ácido fólico) normal, TSH 6,2, T4 1,2. Sangre oculta en heces negativa. Coprocultivo negativo. Parásitos en heces: Giardia lamblia

Juicio clínico: Giardiasis. Hipotoroidismo subclínico.

Diagnóstico diferencial: Causas viscerales: úlcera péptica, enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, diverticulitis), isquemia intestinal. Causas infecciosas (virus, Shigella, Salmonella, Clostridium, Campylobacter, parásitos) Causas neoplásicas (linfoma, cáncer de colon, tumores de estómago, adenocarcinoma de páncreas).

Comentario final: Finalmente se puso tratamiento con metronidazol durante 5 días, con mejoría de la sintomatología. Dado que el paciente acudió en reiteradas ocasiones a urgencias hospitalarias, la realización de pruebas complementarias y el diagnóstico final se retrasó durante semanas. Iniciar el estudio por parte de Atención Primaria es fundamental en este tipo de cuadros, ya que se pueden iniciar pruebas diagnósticas específicas así como realizar un seguimiento más estrecho del paciente.

Bibliografía

1. Fernández Bañares F, Escudero Comas M. Diarrea crónica. Asociación Española de Gastroenterología. p. 125-46.
2. Montoro MA, Lera I, Ducons J. Asociación Española de Gastroenterología. Náuseas y vómitos. p. 17-36.
3. Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J. Atención Primaria, 7ª ed. Barcelona: Elsevier, 2014.