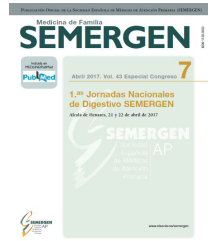




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



287/4 - DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO ASOCIADO A SÍNDROME FEBRIL

L. Raya Rojas

Centro de Salud José María Álvarez. Hospital Don Benito-Villanueva. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 39 años, fumador de 30 cigarrillos/día, consulta de nuevo en Primaria por episodios repetidos de dolor abdominal en las últimas 4 semanas. Destacan antecedentes de dispepsia tipo dolor epigástrico atribuible a *H. pylori*, que se diagnosticó y erradicó en Primaria, sin recurrencias y con conclusión diagnóstica de gastritis crónica no atrófica en EDA. Fue intervenido también ese año por apendicitis, y posteriormente por colecistitis aguda litiásica. Ha empeorado el dolor a raíz de colecistectomía. Ha consultado en Urgencias en ocasiones por ser insoportable. Se inicia de forma brusca, sin relación con ingesta, en epigastrio y región periumbilical. Se irradia hacia hemiabdomen inferior. Es tan intenso que le “hace retorcerse” durante minutos, cediendo a veces espontáneamente y otras con analgesia iv. Le despierta por la noche. Niega vómitos y fiebre. Presenta diarrea (7-10 deposiciones diarias) sin productos patológicos.

Exploración y pruebas complementarias: No se acompaña de ictericia ni manifestaciones extradigestivas como artromialgias, lesiones cutáneas. No hallazgos en exploración abdominal ni urológica. Su médico solicita analítica: hemograma, perfil férrico, ácido fólico, B12, perfil hepatorenal, reactantes de fase aguda, estudio de celiaquía con IgA y autoinmunidad; estudio fecal de Ag *H. pylori*, calprotectina y SOH. Solicita asimismo ecografía abdominal. En resultado destaca leucocitosis de 15.000, hipertransaminasemia, hipertrigliceridemia y calprotectina fecal. La ecografía es normal. Posteriormente el paciente refiere picos febriles sin foco, autolimitados de aproximadamente 6 horas. Se deriva a Medicina Interna completándose estudio con TAC abdominal, EDA, colonoscopia y analítica con serología viral hepatotropa, hepatitis autoinmune, cobre, porfiria, proteinograma y frotis. Se obtiene elevación de reactantes, coproporfirinas y mayor leucocitosis. El proteinograma, frotis y resto de estudios analíticos son normales. Persiste gastritis y, en colonoscopia, inflamación en válvula ileocecal e íleon, con pólipo milimétrico rectal. Las biopsias concluyen gastritis crónica no atrófica, sin polimorfonucleares ni bacilos, infiltrado inflamatorio crónico inespecífico en lámina propia de íleon, sin displasia en colon. En TAC abdominal se diagnostica paniculitis mesentérica.

Juicio clínico: Paniculitis mesentérica. Colitis inespecífica.

Diagnóstico diferencial: Los cambios en hábito intestinal y dolor pueden inclinar hacia patología funcional (síndrome de Intestino Irritable), pero despertar por la noche y elevar calprotectina fecal orientan a EII. La hipertransaminasemia con coproporfirinas elevadas orienta hacia porfiria aguda

intermitente, pero se negativizaron después espontáneamente. La paniculitis mesentérica objetivada en TAC puede concluir ese diagnóstico, y las intervenciones quirúrgicas previas lo apoyan. Si consideramos los picos febriles, contemplaríamos la fiebre mediterránea familiar, que asocia fiebre y serositis: pleuritis/peritonitis.

Comentario final: El dolor abdominal crónico es una causa muy frecuente de consulta. Se realizó un primer enfoque y se derivó tras obtener resultados en analítica que precisaban ampliar estudio. El paciente ha evolucionado bien con dieta y analgesia, aunque persisten episodios de dolor y fiebre, por lo que no se puede descartar fiebre mediterránea familiar. No se ha deteriorado la función renal ni se ha estudiado el gen MEFV. Sí se han descartado neoplasias hematológicas y gastrointestinales asociadas a paniculitis mesentérica.

Bibliografía

1. Martín-Mateos RM, Moreira-Vicente VF, Burdaspal-Moratilla A, et al. Paniculitis mesentérica como causa de dolor abdominal crónico. *Gastroenterología y Hepatología*. 2014;37:297-9.