

329/139 - ALGO MAS QUE UNA GEA

S. Lisca Pérez¹, P. Minchong Carrasco², I. Veli Cornelio³, G. Rosario Godoy³, S. Pini⁴, O. Fernández Casares⁵.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Cantabria.²Médico Residente. Centro de Salud Centro. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Cantabria. ⁴Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Interior. Cantabria. ⁵Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barrera. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón 17 años, sin antecedentes personales acude a su médico de AP, con fiebre y molestia abdominal difusa. Se diagnostica como probable viriasis y se indica tratamiento sintomático. Acude el día siguiente a urgencias continuando con fiebre y malestar general con mayor dolor abdominal que localiza en fosa ilíaca derecha (FID) y deposiciones diarreicas 5-10 al día, presentando como alteración analítica leucocitosis con neutrofilia y linfopenia, cayados elevados, PCR elevada. Se decide dejar en observación, valorado por digestivo se solicita ecografía y se diagnostica de probable colitis infecciosa. Permanece dos días en observación con tratamiento antibiótico. Acude de nuevo a su médico de AP 10 días después porque continua con dolor abdominal localizado en epigastrio y sin diarreas ni fiebre, además comenta una pérdida de peso de 6 kilos por lo que se remite a urgencias. En la exploración localiza dolor en FID con Blumberg positivo, es valorado por cirugía, que descarta patología quirúrgica. Permanece en observación 5 días. Debido a la mejoría clínica y analítica se decide alta y estudio en consulta.

Exploración y pruebas complementarias: Primera ecografía: engrosamiento parietal concéntrico de colon ascendente y mitad proximal del colon transverso de aspecto inflamatorio con hiperecogenicidad de la grasa adyacente a la válvula ileocecal donde se identifican varios ganglios de hasta 8 mm y pequeña cantidad de líquido libre. Estos hallazgos en conjunto sugieren como opción diagnóstica colitis. Segunda ecografía: se visualizan múltiples ganglios mesentéricos a nivel íleo cólico de aspecto inflamatorio de hasta un centímetro. Significativo engrosamiento de la pared del íleon terminal a expensas de mucosa y submucosa que presentan aspecto edematoso e hiperémico en relación con ileítis inespecífica. La pared del ciego está mínimamente engrosada en relación con cambios inflamatorios residuales. Mínimo engrosamiento aumento de ecogenicidad de la grasa entorno al íleon terminal que traduce reacción inflamatoria mesentérica. Se observa mínima cantidad de líquido libre intraperitoneal. Tercera ecografía (consulta): en la exploración actual el marco cólico no presenta el engrosamiento parietal concéntrico descrito en las exploraciones previas. Disminución de tamaño de los ganglios localizados Coprocultivo: se aisla Campylobacter jejuni.

Juicio clínico: Ileítis Infecciosa secundaria a C. Jejuni.

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis aguda. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Colitis. Apendicitis Aguda/Subaguda

Comentario final: El paciente mejoró tras la terapia antibiótica administrada según el cultivo. Todas pruebas complementarias se normalizaron y fue dado de alta en la consulta. La importancia de este caso es para

recalcar la necesidad de la exploración física y de conocer los signos de alarma en el dolor abdominal. El dolor abdominal es una de las principales causas de consulta en los servicios de urgencias. Es un síntoma muy inespecífico que puede referirse en patologías tanto banales como graves. Hay que tener en cuenta la localización del dolor para posibles diagnósticos y los signos de alarma. Debemos explicar al paciente cuales son estos signos especialmente si los remitimos a casa.

Bibliografía

- Santolaria S, Guirao R, Belloc B. Diarrea aguda de naturaleza infecciosa. En: Montoro M, García JC eds. Gastroenterología y Hepatología. 2^a ed. Jarpyo editores 2012; p593-606.
- Montoro MA, Casamayor M. Dolor abdominal agudo. En: Montoro M, García JC eds. Gastroenterología y Hepatología. 2^a ed. Jarpyo editores 2012; p91-124
- Ostábal Artigas MI. Dolor abdominal en urgencias. Med Integral 2002;40(9):379-85.