Semergen. 2018;44(Espec Congr 5): 137

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

329/124 - LA IMPORTANCIA DE SEGUIR UN ORDEN

A. Ibáñez Quintana; M. Franco Ojea.

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Mallos. A Coruña.

Resumen

Descripción del caso: Ámbito: Atención Primaria. Motivo de consulta: Diarrea. AP: No AMC. No tóxicos.

Anamnesis: Paciente de 29 años de edad, de origen centroamericano, que lleva menos de un año viviendo en nuestro país y acude a nuestra consulta refiriendo clínica de varios meses de evolución de malestar general, dolor abdominal tipo cólico difuso, pérdida de peso que cuantifica en unos 7 kg, diarrea líquida en número mayor a 10 deposiciones diarias alternando con periodos de constipación, presencia de meteorismo y flatulencia. Refiere algún episodio aislado de presencia de sangre y moco en las heces. No ha presentado fiebre. Nos comenta que ha acudido previamente a consultar a otro profesional, de forma privada, que le realizó una colonoscopia descartando patología tumoral. No se ha realizado otro tipo de estudios.

Exploración y pruebas complementarias: Temp 35,8ºC, TA 126/58 mmHg, FC 68 lpm. No adenopatías. Cuello: no masas ni bocio. ACP: Rítmica. Sin soplos. MVC. Abdomen: blando, depresible, molestias difusas a la palpación. RHA aumentados. No masas ni visceromegalias. MMII: no edema, no datos de TVP. Analítica con bioquímica, hemograma y recuento y hormonas tiroideas: en rango. Anticuerpos antiendomisio y antitransglutaminasa tisular: negativos. Se realiza coprocultivo y examen de heces con SOH, test cualitativo de grasa fecal y parásitos/huevos en heces. Tras la realización de las pruebas se detecta la presencia de Endolimax nana en heces. Si bien se trata de un parásito saprofítico que no suele dar clínica, se han descrito casos en los que puede producir cuadros de diarrea, por lo que, debido a la persistencia de la clínica, se decide realizar tratamiento de erradicación con metronidazol (500 mg/6 horas) durante 10 días, para destruir los trofozoitos y posteriormente con un amebicida intraluminal (paramomicina 500 mg cada 8 horas durante 10 días) para destruir las formas quísticas. Se realizó nuevo test para descartar presencia de parásitos / huevos en heces un mes después, siendo negativo. La paciente refirió mejoría clínica, encontrándose, a día de hoy, asintomática.

Juicio clínico: Amebiasis intestinal.

Diagnóstico diferencial: Laxantes, fármacos, malabsorción de hidratos de carbono o consumo excesivo de hidratos de carbono difícilmente absorbibles, enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer colon, colon irritable, infecciones por bacterias, parásitos, etc.

Comentario final: Vivimos en una época en la que, cada vez más, la medicina tiende no solo a la instrumentalización excesiva, sino al desarrollo de una medicina defensiva, con la petición de pruebas que si bien no están contraindicadas, sí presentan una relación coste-beneficio mucho menor que otras pruebas que pueden realizarse, de forma simple, en atención primaria y con un coste mucho más limitado. La presión y la

prisa por descartar patologías malignas y potencialmente mortales llevan a veces a algunos profesionales a perder el norte y olvidarse de realizar las pruebas más elementales, olvidando el orden lógico. ¡No dejemos que eso nos ocurra a nosotros!

Bibliografía

-Esteve M, Monfort D. Diarrea crónica y malabsorción intestinal. En Ponce J, editor. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. 3ª Edición. Barcelona: Elsevier España; 2011. p.223-32.

-Gascón J, Muñoz J. Parasitosis intestinales. En Ponce J, editor. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. 3ª Edición. Barcelona: Elsevier España; 2011. p. 245-64.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.