



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1173 - Un caso por carambola

P.J. Chery

Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente fumador 44 paquete año, ex enolismo, con antecedente de HTA compensada con olmesartan. Acude a la consulta de Atención Primaria Refiere tener más de veinte deposiciones diarreicas al día de un mes de evolución, inicialmente pastosa, luego acuosa con resto de alimentos sin producto patológico se cura parcialmente con tratamiento antibiótico (ciprofloxacino). Se acompaña de dolor abdominal difuso y retortijones, sudoración profusa, no ha tenido fiebre ni convivientes con síntomas similar. Ha tenido diversos ingresos en medicina interna y servicio gastroenterología por el mismo cuadro clínico anteriormente. El caso fue derivado a esos servicios para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente consciente orientado en tres esferas, buen estado general, Hemodinámicamente estable, Glasgow 15/15, no signo meníngeo. ABD: plano despresible sigue los movimientos respiratorios doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, no visceromegalia, Murphy negativo, peristaltismo presente. Bioquímica: glucosa: 99, creatinina: 2,5 (previo normal), PCT: 0,34, Na: 0,142, K: 4,2, PCR: 3. Hemograma: Hb: 16,4, Hto: 49,37, Leucocitos: 11,080 (8,620PMN), plaquetas: 234.000. Coagulación: TP: 1, TTPA: 1. ECG: RS sin alteración de la repolarización. Gases venosos: pH: 7,25, PCO₂: 35, HCO₃: 15,9, lactato: 1,4. Coprocultivo y toxina Clostridium: negativas. Péptido intestinal vaso activo: cromogramina A: normal. Gastroscoopia: normal. Estómago: sin alteración. Duodeno: se explora hasta la segunda porción duodenal sin hallazgos patológicos (se toma biopsia). Colonoscopia: se visualizan pólipos incipientes que se extirpan con pinza de biopsia a 30 cm del margen anal y divertículos aislados en colon ascendente. Hemorroides internas congestivas (se saca muestra para colitis ulcerosa y amiloidosis). TAC abdominal: no evidencia imágenes patológicas. Biopsia: duodeno enfermedad celiaca march 3c. Estómago: gastritis: gastritis crónica antral linfocítica.

Juicio clínico: Enteropatía con atrofia vellositaria relacionada con celiaquía linfocítica.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de colon irritable y síndrome de malabsorción. Síndrome de colon Irritable: Cursa con dolor abdominal, gases y sensación de plenitud gástrica, con periodo de diarreas que se alternan con estreñimiento. como el paciente no presenta el estreñimiento se descarta. Síndrome de malabsorción: Cursa con distensión abdominal cólico y gases. Diarreas crónicas con heces voluminosas y grasosas que con llevara a retraso del crecimiento y pérdida de peso. Puede ser de diferentes etiologías: infecciosas: VIH y SIDA, Guardia lambria. Tumores: linfoma, cáncer pancreático, gastrinoma. Cirugía: gastrectomía con gastroyeyunostomía, tratamientos quirúrgicos para la obesidad, extirpación parcial o completa del íleon. Enfermedades crónicas: hepatopatía crónica, colestasis. Autoinmune: enfermedad de Crohn, Whipple, atresia biliar, celiaquía, intolerancia a la leche de vaca, intolerancia a la leche de soja. Medicamentos: colestiramina, tetraciclina, antiácidos, algunos medicamentos empleados para tratar la

obesidad, colchicina, acarbosa, fenitoína.

Comentario final: Basándose en el cuadro clínico y las pruebas complementarias. El paciente tiene un síndrome de malabsorción secundario a una enfermedad autoinmune desencadenada por medicamentos. Según las fichas técnicas de la FDA alertó del riesgo de una enteropatía similar a la enfermedad celiaca que aparecería en los pacientes tratados con olmesartan .En aquella época habían más de 23 casos alertados, que mejoran al retirar el fármaco. Así concluimos que nuestro paciente tenía una celiaquía linfocítica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schiller LR, Sellin JH. Diarrhea. En: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease.
2. Fine KD, Schiller LR. AGA technical review on the evaluation and management of chronic diarrhea. Gastroenterology. 1999;116:1464-86.
3. Schiller LR. Chronic diarrhea. Gastroenterology. 2004;127:287-93.