



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/372 - Diarrea persistente en una consulta de atención primaria

M. Martínez Hernández^a, M.N. Plasencia Martínez^b, M.S. Fernández Guillén^c, S. López Zacarez^d, A.M. Fernández López^a, C. Celada Roldán^e, E.R. Schmucke Forty^f, A.E. Pérez Díaz^b, E.M. Fernández Cueto^a y L. Tomás Ortiz^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico de Familia. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. ^bMédico Residente. Centro de Salud San Antón. Cartagena. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 38 años, fumador 5 paq-año, bebedor ocasional sin antecedentes personales de interés y madre con hipotiroidismo que acude a consulta por diarrea acuosa de un mes de evolución de características no invasivas, sin referir fiebre ni sensación distérmica. No productos patológicos en heces. No toma reciente de antibióticos. Se acompaña de dolor abdominal ocasional. Tras tres meses con varias consultas sin cese de clínica es remitido a CEX de MI refiriendo 3-4 deposiciones/día, líquidas de color normal sin aparición de productos patológicos. Epigastralgia coincidente con la ingesta. Alteración del equilibrio con debilidad de piernas y brazos (“como si no coordinara las piernas”). Niega artralgias, síntomas urinarios, lesiones cutáneas, viajes al extranjero. Tiene un perro y un gato sin enfermedades.

Exploración y pruebas complementarias: T^a 36,5 °C, FC 81 lpm, SatO₂ 96%. BEG, CyO, NH y NC, eupneico en reposo. ACP: rítmico sin soplos. CyC: no IY no adenopatías ni bocio. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias. Neurol: habla disfémica. PPCC normales. Motor: Barré-Mingazzini con leve claudicación en MII con leve pérdida de fuerza. ROTs normal. Sensibilidad estereoceptica conservada y propioceptiva con hipopalestesia leve en MMSS, severa en MMII. Coordinación dismetría dedo-nariz izquierda. Marcha atáxica con ampliación de base.

Juicio clínico: Esclerosis múltiple. Hipertiroidismo primario leve sin nódulos. Fase previa de hipotiroidismo subclínico.

Diagnóstico diferencial: Hipertiroidismo reciente. Alcoholismo con déficit de cobalaminas. Celiaquía con afectación por neurogluten. Enfermedad de Whipple. Diarrea por *Clostridium difficile*. Diarrea con afectación electrolítica grave. Enfermedad inflamatoria intestinal. Patología intestinal funcional. Colitis microscópica. Enfermedad de Guillain-Barré. Parasitosis intestinal por animales de compañía. Tumor primario o secundario de SNC.

Comentario final: Es importante hacer una amplia anamnesis y poner tratamiento a los trastornos más frecuentes, como el alcoholismo y el hipertiroidismo, que serían diagnósticos más probables que una EM antes de la derivación, para lo que debe abarcarse todo el diagnóstico diferencial descrito y posteriormente realizar la derivación ante la persistencia de síntomas de alarma y no respuesta para estudiar causas más infrecuentes como en nuestro caso.

Bibliografía

1. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª ed.
2. Vázquez-Lima. Guía actuación en Urgencias, 4ª ed.
3. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital 12 de Octubre, 7ª ed.

Palabras clave: *Diarrea. Ataxia. Esclerosis múltiple.*