



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

212/476 - Dolor abdominal y parestesias en joven holandesa

R. Bernal Bernal^a, A. Lidón Mazón^b y D. Simón González^a

^aMédico de Familia. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Federico Rubio. Puerto de Santa María.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 33 años natural de Países Bajos sin AP de interés, que consulta por tercera ocasión en urgencias en las últimas 48 horas. Presenta dolor abdominal que localiza en FII/hipogastrio, náuseas y vómitos con pirosis retroesternal, tenesmo rectal y estreñimiento en las últimas 72 horas. Imposibilidad para la ingesta hídrica. Sensación distérmica no termometrada. Se ha manejado con analgesia IV como metamizol y meperidina y con antieméticos, sin control de la sintomatología. El día de la consulta asocia parestesias en MMII y dolor lumbar.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, BHyP. Eupneica en reposo. Glasgow 15. ACP sin hallazgos. Abdomen normal. Dolor a la palpación de hipogastrio sin signos de abdomen agudo. Neurológica: arreflexia rotuliana con parestesias con nivel D6. Resto normal. En analítica solo destaca hiponatremia que ha evolucionado de 132 mmol/l (día 1), 124 mmol/l y finalmente 115 mmol/l. Hipopotasemia 3,1 mmol/l.

Ecografía abdominal y TAC abdominal: ovario izquierdo de 4 cm con imagen radiodensa en su interior de 2 cm, confirmando folículo hemorrágico colapsado por ecografía TV. La paciente ingresa en aparato digestivo, y al empeorar la clínica neurológica, fue trasladada a neurología, con diagnóstico de porfiria aguda intermitente. A pesar de recibir tratamiento con sueroterapia hipertónica y hematina, la paciente fue trasladada a UCI por confusión mental y alucinaciones, paraparesia proximal y simétrica (2/5), arreflexia de MMII, asociada a hiponatremia de 100 mmol/l.

Juicio clínico: Dolor abdominal a filiar.

Diagnóstico diferencial: SIADH, hipotiroidismo, neumonía, VIH, afectación SNC, mielopatía (mielitis, s. paraneoplásico, absceso, TBC, infarto medular, malformación vascular, hematoma, intoxicación Cu, neoplasia, ELA), neuromuscular (miastenia gravis, S. Eaton Lambert, botulismo), miopatía (metabólica por déficit de B12, tóxica, distrofia, inflamatoria (polimiositis), neuropatía aguda (Guillain-Barré, difteria, lepra, porfiria, uremia, tóxicos como alcohol, organofosforados, arsénico).

Comentario final: Aunque se trata de una entidad de una frecuencia en países nórdicos que oscila entre 60-100 casos por 100.000, en España tenemos una incidencia de 1-5 casos. Es conveniente orientar los casos en función de la procedencia del paciente, ya que nos puede llevar a retrasos diagnósticos (con el riesgo que supone), adaptándonos a su epidemiología. “Solo se diagnostica lo que se piensa”.

Bibliografía

1. Kasper D, Fauci A, Hauser S, et al. Harrison: Principios de medicina interna, 19^aed. México: Mc Graw Hill; 2016.

Palabras clave: *Dolor abdominal. Parestesias. Hiponatremia.*