



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/844 - NO ES LO QUE PARECE

I. Solar Gil^a, P. Curto^a, L. Ramos del Río^a, A. Ribao García-Verdugo^b y G. Cattabriga León^b

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arganda del Rey. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Arganda del Rey. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 32 años que acude a la consulta por dolor abdominal con aumento del número de deposiciones con menor consistencia con disquecia. Posteriormente añade lesiones supurativas persistentes en tronco, cara y miembros superiores. Dispareunia y dismenorrea de siempre.

Exploración y pruebas complementarias: Úlceras superficiales de borde eritematoso, todas superficiales cubiertas por fibrina. Además en tronco y MMII presenta placas eritematosas con costra central bien adherida. En región facial presenta múltiples erosiones cubiertas por costra. Inmunología: FR (+) (23,5 resto de estudio negativo. Análisis MAP: SE: N, VSG 33, PCR 5,6, BQ: N, serologías negativo. Leucos 21.780, N 18.990, Nota: leucocitosis con neutrofilia de célula madura con presencia de cayados a correlacionar en 1º lugar con proceso infeccioso/inflamatorio. Endoscopia: ileocolonoscopia normal. Gastroskopía sin hallazgos patológicos. Biopsia colon: "sin lesiones histológicas relevantes". Nota: las lesiones descritas no cumplen en estos momentos criterios histológicos de enfermedad inflamatoria intestinal. No obstante se recomienda seguimiento estricto y toma de nuevas biopsias si clínicamente procede. Gine: cérvix doloroso a la movilización lateral. Eco Tv sin alteraciones. RMN de pelvis menor: Afectación de endometriosis profunda en el fornik vaginal posterior, afectando desde la parte más alta del mismo hasta aproximadamente 1,8 cm. Se ven pequeños focos glandulares y hemorrágicos y se asocia a engrosamiento de ligamento lumbosacro derecho. No hay clara afectación de la pared rectal. Endometriosis anexial derecha con un endometrioma de 2,8 cm y otros más pequeños adyacentes al mismo.

Juicio clínico: Endometriosis profunda.

Diagnóstico diferencial: EII. Pioderma gangrenoso. Crohn metastásico. Dermatitis facticia. Lupus eritematoso sistémico. Endometriosis.

Comentario final: En ocasiones la falta de tiempo por la sobremasificación de las consultas nos hace ser poco receptivos a los pacientes que presenta síntomas poco frecuentes o que aparentemente no tienen relación entre ellos. A veces es la propia insistencia del paciente lo que nos hace sospechar que quizás su queja este más que justificada. Merece la pena escuchar con atención y cuidado, liberando nuestra mente, con intención empalizando y sin interrumpir para averiguar lo que realmente le importa a nuestro paciente.

Bibliografía

1. Lobo R. Endometriosis: etiology, pathology, diagnosis, management. In: Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM, Katz VL, eds. Comprehensive Gynecology, 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier

Mosby; 2012.

Palabras clave: Endometriosis. Factice. Dispareunia.