



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3490 - DOLOR ABDOMINAL

A. López León^a, A. Santaella García^b, A. Expósito Mateo^c y C. Martín Mañero^b

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 32 años con antecedentes personales de espondilitis anquilosante. Fumador de 10 paquetes/año. Consulta por episodios recurrentes de epigastralgia a su Médico de Atención Primaria. Náuseas sin vómitos. Hábito intestinal normal. Afebril. Dolor continuo que mejora parcialmente con analgesia, crisis limitadas alternan con periodos asintomáticos. Las crisis más intensas hasta no responder a analgesia, con fiebre de 39 °C y vómitos biliosos. Se deriva a urgencias y se cursa ingreso en Digestivo.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, sin signos de deshidratación. Piel pálida, sudorosa, taquipneico en reposo con tensión arterial de 100/80 y frecuencia cardiaca 97 lpm. Abdomen blando, depresible. Dolor y defensa a la palpación de epigastrio e hipocondrio derecho. No masas ni megalias, no signos de peritonitis. Timpanismo positivo. Tránsito intestinal aumentado. Analítica: anemia microcítica, hemoglobina 11,7 leucocitosis con neutrofilia. Amilasa sérica 300. Troponina 0,0. PCR 25,4. Procalcitonina 0,0. Serología y coprocultivo negativo. ECG (electrocardiograma): ritmo sinusal, sin alteraciones en la repolarización ni signos de isquemia aguda. Test de ureasa HP (*Helicobacter pylori*) y SOH (sangre oculta en heces) negativo. Radiografía tórax No masas, no signos de condensación ni de derrame pleural. No aire subdiafragmático. Radiografía abdomen: niveles hidroaéreos intestino delgado. TC abdominal signos de obstrucción de intestino delgado duodeno - íleon proximal en zona de flanco derecho con cambios inflamatorios. Colonoscopia: compatible con EII (enfermedad inflamatoria intestinal). Afectación completa de la mucosa colónica con aftas predominantes en recto y colon derecho. Válvula íleo-cecal ulcerada y estenótica. Anatomía patológica EII tipo Chron.

Juicio clínico: Enfermedad de Crohn tipo fibro-estenotante.

Diagnóstico diferencial: Colitis ulcerosa descartada por localización infrecuente y SOH negativa. Gastritis crónica por HP descartada por test de ureasa. Infarto de miocardio descartado por ECG y troponina. Pancreatitis descartada por perfil colestásico.

Comentario final: Reconocer los signos de alarma del dolor abdominal así como establecer su origen es fundamental en el ejercicio médico desde Atención Primaria. Tener en cuenta los antecedentes personales del paciente, como en este caso, la espondilitis anquilosante debe hacernos pensar en la enfermedad de Crohn a pesar de la sintomatología inespecífica.

Bibliografía

1. Panés Díaz J. Enfermedad Inflamatoria Interstinal. En: Rozman C, Navarro Nicolás S, Agustí A, Brugada J. Farreras-Rozman Medicina Interna, 17ª ed. 2012. p. 165-76.

Palabras clave: Epigastralgia. Recurrente. Obstrucción.