



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2269 - DIARREA CRÓNICA EN PACIENTE JOVEN

M. Fernández Suárez^a, L. Cabrera Sánchez^b, M. Carrión Fernández^c y C. Corbalán Cáceres^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-San Andrés. Murcia. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palmar. Murcia. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espinardo. Murcia. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Alberca. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 28 años, sin antecedentes de interés, salvo fumador de 10 c/día y en seguimiento por Digestivo desde hace 2 años por diarrea crónica donde tiene pendiente colonoscopia, y episodio de condilomas acuminados en ano y recto tratados por dermatología y digestivo hace 2 años. Acude a nuestra consulta por persistencia de la diarrea de 4-6 deposiciones semiblandas (a pesar de comenzar dieta sin lactosa y gluten, según pauta de digestivo), astenia y pérdida de peso (de 50 kg a 39 kg, talla: 170 cm) en los últimos dos meses, sin hiporexia. Además parestesias en ambos MMII, y debilidad generalizada más acentuada en MMII. Afebril. Derivamos a urgencias e ingresa en Medicina Interna.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, palidez mucocutánea. ACP y exploración abdominal anodinos. Múltiples adenopatías laterocervicales bilaterales de pequeño tamaño, submandibulares, de consistencia dura, no dolosas. Adenopatías inguinales, bilaterales pequeñas. Exploración neurológica: dudosa sensibilidad disminuida en MID y disminución de fuerza bilateral ambos MMII, resto normal. Analítica con bioquímica, hemograma, coagulación normales (excepto actividad protrombina 65%). Radiografía tórax sin hallazgos. Urocultivo negativo. Coprocultivo negativo. Parásitos en heces negativo. Calprotectina fecal 400. Serología VHB, VHC, VIH, CMV, VEB, Entamoeba, lúes y toxoplasma negativos. TAC toraco-abdominal y RNM cerebral sin hallazgos. Eco cervical y biopsia de adenopatías: sin hallazgos malignidad. Esofagogastroskopía: gastritis crónica superficial. Colonoscopia: dos lesiones polipoideas compatibles con condilomas en canal anal (se extirpa para confirmar). Capsula endoscópica: pólipos en colon. Interconsulta con dermatología: neurodermitis crónica.

Orientación diagnóstica: Enfermedad de Whipple.

Diagnóstico diferencial: Fármacos laxantes, síndrome malabsorción, síndrome maldigestión, alergias alimentarias, enfermedad inflamatoria intestinal, infecciones intestinales bacterianas, alteraciones de la motilidad, causas endocrinológicas.

Comentario final: La enfermedad de Whipple es una infección multisistémica, y afecta predominantemente a varones blancos de entre 30-60 años, con defectos sutiles de la inmunidad mediada por células que los predisponen a la infección por *Tropherima whipplei*. En general afecta a la mucosa intestinal provocando síndromes malabsortivos, pero puede provocar desórdenes a más niveles (patología reumática, sarcoidosis, linfoma, Addison, enfermedades del tejido conectivo, neurológicas y cardiovasculares, derrame pericárdico, ascitis, etc.).

Bibliografía

1. Powell DW. Diagnostic approach to chroinc diarrhea. AGA Posgraduate Course. 2000;213:21.
2. D'Inca R, Pagnan A, Grazia V, et al. Whipple's disease. Gastrointest Endosc. 2004;60:800-1.

Palabras clave: Malabsorción. Diarrea acuosa. Abdominal.