

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

## 424/3124 - DOLOR ABDOMINAL, PÉRDIDA PONDERAL... Y LINFOPENIA

D. López Chaves<sup>1</sup>, V. López de Priego García<sup>1</sup>, M. Generoso Torres<sup>1</sup> y M. García Sánchez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada.<sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Chana. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 24 años que desde 5 años atrás presentaba clínica de dolor abdominal inespecífico acompañado de distensión y pérdida ponderal de unos 30 kg, a pesar de dieta correcta. En los últimos 6 meses, se intensificó el cuadro, con pérdida de apetito y de 6 kg. Febrícula y vómitos ocasionales. No alteración del ritmo intestinal. Tras consultar pruebas realizadas en Sanidad Privada y estudiar Helicobacter pylori con posterior erradicación, se decidió derivar a Digestivo. A su vez, asociaba dorsolumbalgias de larga data, con escoliosis conocida. Estudiando el cuadro se observó en analítica linfopenia y ferropenia, ya presentes en analíticas previas y nunca estudiadas, por lo que se pautó hierro oral, se amplió el estudio y posteriormente se derivó a Hematología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Abdomen normal. No adenopatías. Tránsito intestinal, ecografía abdominal: normal. Sangre oculta en heces positiva y colonoscopia (2018): válvula ileocecal deformada. Adenoma tubular. Intolerancia a lactosa, sorbitol y fructosa: negativos. Analítica Fe: 21 ug/dl, ferritina 28 ng/ml, Hemoglobina: 12,7 mil/mm<sup>3</sup>, VCM: 73 mm, leucocitos 5.890/mm<sup>3</sup> (PMNs 79%, linfocitos 7%). PCR: 48,7 mg/dl. TSH: 2,34 uU/ml. Factor reumatoide, estudio inmunoglobulinas, autoinmunidad, HLA B27, celiaquía: negativos. Serologías virales: CMV, VHC, Ag HBs, Ac HBc y VIH negativos. IGRA negativo. Anticuerpos anisakis: negativo. Coprocultivo y parásitos: negativos. EnterotRMN: enfermedad de Crohn con actividad inflamatoria e indicios de enfermedad penetrante. Índice de gravedad grave.

**Orientación diagnóstica:** Desnutrición versus enfermedad inflamatoria intestinal versus linfoma.

**Diagnóstico diferencial:** Dado que el cuadro parecía de origen digestivo y el paciente ya disponía de pruebas previas, se planteó causas de linfopenia que encajaran con la clínica: infecciones virales (VIH, hepatitis), enfermedades reumáticas/inflamatorias (AR, espondilitis anquilosante, EII, celiaquía), estudio de parásitos, TBC, desnutrición, déficit de Zn, linfoma (MALT, antecedente de Helicobacter).

**Comentario final:** La actuación desde Atención Primaria consiste en, por un lado, a partir de los medios disponibles, delimitar el abanico tan amplio de potenciales causas del cuadro; y por otro lado, saber parcelar las competencias propias del médico de familia y derivar a los especialistas para su estudio y diagnóstico final.

### Bibliografía

- Aguilar-Utrilla P, Lorenzo-Riera A. Pérdida de peso. Guía de práctica clínica SEMFYC, 3<sup>a</sup> ed. Barcelona: semfyc ediciones; 2006. p. 46-8.

**Palabras clave:** Pérdida ponderal. Linfopenia. Dolor abdominal.