

424/3944 - "ERRADICANDO" UN DOLOR ABDOMINAL

M. Parra Morata¹, M. Parra Ortega², C. Montesinos Asensio¹ y R. García Romero³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espinardo. Murcia. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 42 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, acude a consulta de Atención Primaria por dolor y sensación de distensión abdominal de 4 meses de evolución. Niega relación del dolor con la ingesta, el ayuno o las deposiciones. Náuseas ocasionales sin vómitos. No síndrome constitucional. Afebril. Niega otra clínica. No antecedentes familiares de interés. Se inicia tratamiento sintomático con inhibidores de la bomba de protones (IBP), que mejora de manera leve y temporal los síntomas. Ante la recurrencia de los mismos, se suspende tratamiento y se solicita prueba del aliento con urea marcada con C13.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 129/75 mmHg, T^a: 36,2 °C, FC: 76 lpm. Abdomen: blando, depresible, sin masas ni megalias; no puntos dolorosos evidentes salvo leve molestia a la palpación profunda en epigastrio; no signos de irritación peritoneal; ruidos hidroaéreos presentes, mínimo timpanismo a la percusión. Auscultación cardiorrespiratoria: rítmico, sin soplos ni extratonos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Exploración neurológica: sin focalidad. Test del aliento C13: positivo. Se inicia tratamiento erradicador con IBP + amoxicilina 1 g/12 hpras + claritromicina 500 mg/12 horas + metronidazol 500 mg/12 horas durante 14 días.

Orientación diagnóstica: Infección por Helicobacter pylori.

Diagnóstico diferencial: Reflujo gastroesofágico. Gastritis. Úlcera péptica. Neoplasia.

Comentario final: La dispepsia es una entidad clínica que supone uno de los principales motivos de consulta en nuestra práctica diaria. De entre sus múltiples causas se encuentra la infección por H. pylori, la infección crónica más prevalente en humanos, infectando a más del 50% de la población mundial. Los últimos consensos recomiendan la estrategia "test and treat" como abordaje inicial ante la sospecha de dicha infección desde Atención Primaria. En cuanto a su tratamiento, la triple terapia popularmente conocida como "OCA" es insuficiente debido al alto índice de resistencias, recomendándose ahora como primera línea la terapia cuádruple sin bismuto (IBP, amoxicilina, claritromicina y metronidazol) en pacientes no alérgicos a la penicilina.

Bibliografía

1. Gisbert JP, Molina-Infante J, Amador J, Bermejo F, Bujanda L, Calvet X, et al. IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por Helicobacter pylori. Gastroenterol

Hepatol. 2016;39(10):697-721.

2. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Gisbert JP, Kuipers EJ, Axon AT, et al. Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. Gut. 2017;66(1):6-30.

Palabras clave: Dispepsia. Pylori. Erradicador.