

349/65 - LO QUE ESCONDE ESE DOLOR ABDOMINAL

M. Tovar Peñaranda¹; N. Ñiguez Baños²; B. Sanchís Pardo¹; M. Rodríguez Romero³; T. Segura Úbeda⁴; B. Costa Martínez⁵.

¹Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-Centro San Juan.;²Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid.;³Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Profesor Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia.;⁴Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa María de Gracia. Murcia.;⁵Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 29 años que acude a consulta porque hace 72 h comienza con dolor abdominal intenso en fosa ilíaca izquierda acompañado de 2-3 deposiciones líquidas de escasa cuantía con algo de sangre, distensión abdominal y sensación distérmica con febrícula de 37.5°C. La paciente refiere que viene presentando estos episodios en los últimos meses aunque con una intensidad menor y que se resuelven tras tratamiento con metamizol y butilescopolamina. Ahora ante la ausencia de respuesta acude a nuestra consulta. No refiere hábitos tóxicos. Sigue revisiones en digestivo. Fue diagnosticada de síndrome de intestino irritable a raíz de dolores abdominales frecuentes, autolimitados en alguna ocasión acompañados de rectorragia que se asoció a hemorroides. Hace 5 años, se realiza colonoscopia por este motivo, en la que se evidencia hemorroides internas y divertículos de sigma.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. TA 122/73 mmHg, FC 88 lpm, T^a 37.6°C. Auscultación cardíaca: rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar: MVC. Abdomen: Blando y depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda de FII asociado a defensa muscular sin palparse masas ni megalías. Peristaltismo conservado. Ante estos hallazgos se deriva a hospital: Leucos 17000 con 81% de neutrófilos. PCR 4.3. Hb 11.4. Ecografía y TC: Colitis de colon descendente distal y sigma proximal con absceso asociado. Colono: Canal anal erosivo; en ampolla se observan unas zonas discontinuas eritematosas, con aftas. En sigma distal la mucosa está normal y llegamos hasta sigma proximal donde se observa una subestenosis ulcerada a unos 25 cm asociada a absceso. Biopsia: hallazgos compatibles con Enfermedad de Crohn.

Juicio clínico: Enfermedad Inflamatoria Intestinal (E. Crohn).

Diagnóstico diferencial: Colitis ulcerosa, enterocolitis aguda infecciosa, diverticulitis, colitis isquémica.

Comentario final: La EII supone un gran reto para la AP al ser ésta la puerta de entrada al sistema. Sus síntomas representan un gran porcentaje de consultas en Atención Primaria, por lo que quienes trabajan en ella están obligados a su conocimiento con el fin de evitar retrasos diagnósticos y poder actuar sobre complicaciones previsibles.

Bibliografía

Van Assche G, Dignass A, Panés J, Beaugerie L, Karagiannis J, Allez M et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease. *J Crohns Colitis* 2010;4:7-27.