



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

452/125 - EL TEMOR DE UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A. Guillén Bobé¹, B. Cabañuz Plo², L. Hernáiz Calvo³, C. Aranda Mallen¹, C. Gaudó Perales⁴, V. González Guillén⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero La Paz. Zaragoza. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 48 años de edad evaluada en nuestra consulta por síntomas gastrointestinales por referir una o dos deposiciones de consistencia blanda a diario, junto con pérdida de peso involuntaria de siete kilos en los últimos tres años. La anamnesis retrospectiva revelaba un conjunto de síntomas extradigestivos, incluyendo: aftas orales, eritemas nodosos, rinitis estacional, cefaleas, artralgias y astenia. Todo ello sin apreciar cambios significativos en el estado de ánimo. A todo ello se le añadió un cuadro de dolor urente en fosa ilíaca derecha que aumentaba en bendoposición, aliviando con la adopción del decúbito, sin relación prandial, con maniobra de Cernnett negativa.

Exploración y pruebas complementarias: Abdomen blando y depresible. No doloroso a la palpación a ningún nivel abdominal, donde no aprecio masas ni visceromegalias. Peristaltismo aumentado sin borborismo y percusión mate. Signos de irritación peritoneal y Murphy: negativo. Pulsos femorales presentes y simétricos. Puñopercusión renal bilateral: negativa. No se auscultan soplos abdominales. Las investigaciones realizadas inicialmente fueron las siguientes: 1. Analítica elemental: sin alteraciones. 2. Test genético de enfermedad celíaca HLA-DQ2: positivo con riesgo bajo. 3. Gastroscopia: sin alteraciones. 4. Test rápido de ureasa: negativo. 5. Biopsias de duodeno: arquitectura vellositaria normal, sin hiperplasia de criptas. 13% de linfocitos intraepiteliales. 6. Test de lactosa: dudoso (solo una determinación anómala). 7. Test de fructosa: negativo. 8. Calprotectina fecal: en rango de normalidad.

Juicio clínico: Sensibilidad al gluten-trigo no celíaca.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad celíaca, inicialmente descartado mediante el estudio específico de esta patología; enfermedad de Whipple, que en un centro privado de Barcelona se llevó a cabo análisis de microbiota intestinal, con resultado de pérdida de especies de bidifobacterias y lactobacilos; síndrome de intestino irritable, como opción razonable pero con diagnóstico de exclusión, así como otros diagnósticos de estas características, como la causa psicógena; giardiasis intestinal, por el resultado positivo de Giardia lamblia en las heces.

Comentario final: En definitiva, se trata de una paciente de 48 años que ha sido estudiada por al menos dos facultativos de nuestra área por una sintomatología en la que ha dominado claramente una pérdida de peso que no hemos podido explicar por la presencia de malabsorción debida a enteropatía o maldigestión atribuible a insuficiencia pancreática. Tampoco se ha demostrado malignidad.

Bibliografía

Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el síndrome del intestino irritable. Guía de Práctica Clínica. Síndrome del Intestino Irritable. Manejo del paciente con síndrome del intestino irritable. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2005.

Palabras clave: Trastorno funcional. Pérdida de peso. Celiaquía.