



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/4402 - DOCTORA, ¡NO MEJORO DE LA DIARREA!

M. Cutillas Benavente^a, A. López Carabaño^b, M. Escudero Araus^c y C. Muñoz García^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares. Madrid. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares. Madrid. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 92 años con hipertensión arterial, diabetes mellitus II, insuficiencia mitral, prurito crónico, colecistectomía y divertículos en colon. Tratamiento: doxazosina 8 mg/12h, insulina aspart, olmesartán 25 mg/24h, hierro 80 mg/24h, rupatadina 10 mg/24h, ácido acetil salicílico 150 mg/24h y omeprazol 20 mg en ayunas. Acude a la consulta por deposiciones diarreicas, sin productos patológicos, de dos meses de evolución, que incluso le despierta por las noches por la urgencia deposicional. La paciente relaciona el inicio del cuadro con la toma de antibiótico.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración, abdomen doloroso de manera difusa. Se pauta tratamiento sintomático y se solicita analítica sanguínea y coprocultivos. Acude refiriendo aumento del número de deposiciones además de pérdida de peso, astenia progresiva y febrícula. En analítica destaca aumento de reactantes de fase aguda y patrón inflamatorio en el proteinograma.

Orientación diagnóstica: Dado el deterioro del estado general se deriva a Urgencias hospitalarias para estudio ante la sospecha de origen inflamatorio/malabsortivo/tumoral, detectándose hipocalcemia grave e hipomagnesemia moderada, sin otros hallazgos. Se decide ingreso en Medicina Interna para estudio de diarrea crónica. Se lleva a cabo reposo intestinal y dieta empírica sin gluten, suspendiendo todos los fármacos que pudieran favorecer diarrea (olmesartán y antihistamínico), junto con reposición hidroelectrolítica. La paciente inicialmente no mejora. Se reintroduce dieta con gluten y a las semanas va disminuyendo progresivamente el número de deposiciones.

Diagnóstico diferencial: Tras descartar las causas más frecuentes en el diagnóstico diferencial de diarrea crónica, con resolución en 3 semanas tras la retirada de los fármacos, se asume que la entidad responsable de la malabsorción es una enteropatía sprue-like asociada a olmesartán, retirando por tanto el fármaco.

Comentario final: Debemos incluir esta entidad en el diagnóstico diferencial de síndromes diarreicos crónicos de etiología desconocida, atendiendo a la historia clínica y revisando el tratamiento crónico de larga evolución, retirando el fármaco y así evitar pruebas diagnósticas invasivas y gastos innecesarios.

Bibliografía

1. Téllez A, Pellicé M, et al. Enteropatía asociada al empleo de Olmesartán. Revista Clínica Española.
2. Rubio-Tapia A, Herman ML, et al. Severe spruelike enteropathy associated with olmesartan. Mayo Clin Proc. 2012;87:732-8.

Palabras clave: Diarrea crónica. Malabsorción. Fármacos.