



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/2530 - DOCTOR, SE ME HINCHA MUCHO LA TRIPA

I. Solar Gil¹, M. Martínez Almenta², B. Villatoro Ramírez³ y A. Pérez Iniesta⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arganda del Rey. Madrid. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Artilleros. Madrid. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rivas La Paz. Madrid. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Numancia. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 21 años con dismenorrea primaria en tratamiento con anticoncepción oral e historia de dolor abdominal crónico atribuido a dismenorrea. Acudió a consulta por distensión abdominal de un mes de evolución, sin fiebre ni síndrome miccional. Negaba alteraciones en deposición, ni probabilidad de embarazo. Exploración normal. Se pautó analgesia y la paciente acudió a los 15 días sin mejoría, pero tampoco con nueva clínica salvo sensación de distensión abdominal y cuadro de febrícula de 37,6 °C desde hacía dos días, realizando tira de orina negativa. Todo esto obliga a replantearse el caso. Ante la visualización con ecografía transvaginal de líquido libre en Douglas, se decidió la derivación a la paciente a urgencias para filiación mediante la realización de prueba de imagen urgente. Se realizó TAC abdominal en el que se objetivaron amplias secciones compatibles con enteritis en duodeno distal, yeyuno proximal e íleon terminal, abundantes signos inflamatorios a nivel de grasa mesentérica y alguna adenopatía que impresionaba de reactiva. Por lo que la paciente fue ingresada a cargo de Digestivo para completar estudio. Se inició cobertura con antibioterapia (ciprofloxacino y metronidazol) y se realizó estudio inmunológico (ASCAs positivos) y biopsia intestinal compatible con enfermedad de Crohn, dando alta con corticoterapia y azatioprina.

Exploración y pruebas complementarias: Ecografía abdominal en Atención Primaria: abundante gas que impide visibilizar correctamente abdomen, aunque se objetiva asimetría en grosor de asas intestinales observables. Ecografía transvaginal: abundante líquido libre que llega hasta fondo de saco en Douglas, sin objetivarse patología anexial. Analítica de sangre: leucocitos 11,580/μL, fibrinógeno derivado > 600 mg/dL, PCR 4,6 mg/dL. Estudio de celiaquía: negativa. Coprocultivo: negativo. Analítica de orina: negativa.

Orientación diagnóstica: Enfermedad de Crohn.

Diagnóstico diferencial: Enterocolitis infecciosa. Enterocolitis inflamatoria: colitis ulcerosa. Enfermedad inflamatoria pélvica.

Comentario final: En pacientes jóvenes, donde es tan frecuente el síntoma dolor abdominal, en muchas ocasiones inespecífico, por suerte cada día aumentan las armas diagnósticas a las que se tienen acceso en Atención Primaria, como la ecografía, que aporta mucha información sobre la

patología abdominal de una forma rápida, permitiendo profundizar en el diagnóstico diferencial de patologías que en muchas ocasiones se infravaloran.

Bibliografía

1. Bates CM, Plevris JN. Clinical evaluation of abdominal pain in adults. *Medicine*. 2013;41(2):81-6.

Palabras clave: Dolor abdominal. Ecografía. Enfermedad de Crohn.