



## 160/2784 - Dolor abdominal ¿qué falló en el diagnóstico?

A.C. Gil Adrados<sup>a</sup>, V. Barrientos Kraus<sup>b</sup>, E.M. Paulino Martínez<sup>c</sup> y Á. Moreno Ancillo<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Solana. Talavera de la Reina. Toledo. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Solana. Talavera de la Reina. Toledo. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Solana. Talavera de la Reina. Toledo. <sup>d</sup>Médico Alergólogo. Hospital N<sup>o</sup> Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 67 años con pesadez gástrica y despeños diarreicos. Excocinera. Dieta libre. No fumador. HTA, no dislipemias, no DM. No hipotiroidismo. No alergias. Qx estenosis esofágica. Desde 2005 diagnóstico de esófago de Barrett y hernia de hiato tratamiento con omeprazol. Revisión 2013 por sintomatología panendoscopia con el mismo diagnóstico hernia de hiato con esófago de Barrett se pauta esomeprazol 40 mg días alternos y motilium si síntomas. Desde marzo 2015 presenta disconfort gástrico, y despeños diarreicos, con dolor abdominal sin mejoría con tratamiento.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: normal. Abdomen blando depresible sin masas ni megalias. Analítica marzo 2015. Test de intolerancia a la lactosa y antitransglutaminasa IgA 0,8 (0-7) ambas negativas. En mayo 2015 panendoscopia se confirma saco herniario, mucosa rosácea sugestiva de esófago de Barrett con punteado petequeal sugestivo de gastritis. Colonoscopia mayo 2015 múltiples divertículos con mucosa edematosa. Analítica mayo 2015: Hemograma: eosinófilos 1.300 (18,2%). Tsh 2.8, VSG 16. Remitimos a alergia al sospechar que pueda haber alguna intolerancia o alergia alimentaria que este influyendo ya que no ha mejorado con los IBP y las cifras de eosinofilia son altas con parásitos en heces negativos. Por la sintomatología de la paciente y los antecedentes personales se retiran gluten y lácteos. Alergia: Pruebas cutáneas negativas a inhalantes y alimentos. Se IgE total 10 UI/mL. IgE anisakis 0,00 KU/L, IgE leche 0,91 KU/L, IgE clara huevo 0,13 KU/L, IgE legumbres, frutos secos verduras, hortalizas, pescados y neuroalergenos negativas, IgE trigo 0,25 KU/L. Que confirman el diagnóstico.

**Juicio clínico:** Esofagitis y gastroenteritis con base eosinofílica por sensibilidad a leche y trigo.

**Diagnóstico diferencial:** Hernia de hiato. Síndrome de intestino irritable. Enfermedad de Crohn. Colitis ulcerosa. Esofagitis eosinofílica.

**Comentario final:** Es necesario dar un paso más en el estudio etológico de los pacientes en los que el dolor abdominal no responde al tratamiento habitual. La presencia de eosinofilia nos debe hacer pensar en cuadros de parasitosis y alergias alimentarias. La mala evolución en los últimos años y la sensibilización IgE a la leche y el trigo nos da la clave para valorar un nuevo tratamiento retirando la leche y el gluten de la dieta. Tras ello la eosinofilia ha disminuido y los síntomas de la paciente han

mejorado significativamente.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Lucendo J, de Rezende L. Revista española de enfermedades digestivas. 2007;99:729.
2. Friedenberg FK, Xanthopoulos M, Foster GD, Richter JE. Gastroesophageal reflux disease. American Journal of Gastroenterology. 2008;103:2111-22.
3. Ponce J, Mearin F, Ponce M, Balboa A, Zapardiel J. Perfil sintomático en la enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes no tratados y en los que persisten los síntomas a pesar del tratamiento. Gastroenterología y Hepatología. 2010;33:271-9.
4. Lucendo AJ, de Rezende L. Esofagitis eosinofílica. Rev. Esp Enferm Dig. 2007;99(12):729.