



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/4865 - DOCTORA, MI DOLOR DE ESTÓMAGO NO MEJORA

S. Gómez Rodríguez^a, I. Bayón Cauto^b, M. Real Campaña^c, T. Martín Acedo^d, V. López Romero^d y A. Santaella García^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.

^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.

^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 29 años que acude a urgencias por dolor abdominal de predominio epigástrico de una semana con respuesta parcial a analgesia. No náuseas, vómitos ni fiebre. Refiere que desde hace un año presenta molestias abdominales y hábito intestinal con tendencia al estreñimiento. Niega pérdida de peso o apetito. Niega disnea o infecciones respiratorias de repetición. Niega lesiones cutáneas o enrojecimiento ocular en los últimos tiempos. Relata que su médico de familia lo ha derivado a Digestivo para estudio del dolor abdominal. Antecedentes personales: no RAM conocidas. Fumador de 1 paquete/día. Espondilitis anquilosante HLA-B27 (-) con afectación sacroiliaca bilateral y lumbar en tratamiento con ertanercept. Duodenitis erosiva leve en tratamiento con pantoprazol.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente consciente, orientado y colaborador. Buen estado general. Eupneico en reposo. ACP: normal. Abdomen: doloroso a la palpación en flanco izquierdo sin signos de irritación peritoneal. MMII: sin edemas. Analítica: PCR 1,64. 11.940 leucocitos con 9.380 neutrófilos. TAC abdominal. **Conclusiones:** Signos de obstrucción de intestino delgado secundario a un cambio de aspecto inflamatorio en un segmento de íleon proximal. Se ingresa en Digestivo donde se realizan: Colonoscopia: compatible con EII. La mucosa del colon presenta aftas sobre todo en recto y en colon derecho. Válvula íleo-cecal con ulceración y estenosis. Anatomía patológica: mucosa de intestino grueso con moderada inflamación crónica compatible con enfermedad inflamatoria crónica intestinal. Mucosa e intestino grueso con leve infiltrado inflamatorio crónico en lámina propia. Coprocultivo: negativo. Serología vírica: negativa. Se inicia budesonida oral con buena respuesta. Se plantea tratamiento con infliximab.

Juicio clínico: Enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn fenotipo estenosante, afectación íleo-cólica y yeyuno-íleon proximal).

Diagnóstico diferencial: Causas digestivas, enfermedades genitourinarias, enfermedades endocrinometabólicas, tóxicos.

Comentario final: La enfermedad inflamatoria intestinal puede producir dolor abdominal de localización variable por distintos mecanismos: perforación, estenosis con obstrucción intestinal,

fístulas y abscesos, hemorragia o colitis fulminante. Se presenta con pérdida de peso, astenia, fiebre, diarrea con o sin sangres, y dolor abdominal a veces en FID (puede simular una apendicitis).

Bibliografía

1. Diarrea crónica. En: Rodríguez García JL, coord. Green Book diagnóstico, tratamiento médico. Madrid: Marbán; 2013. p. 715-37.

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