



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



424/3124 - DOLOR ABDOMINAL, PÉRDIDA PONDERAL... Y LINFOPENIA

D. López Chaves¹, V. López de Priego García¹, M. Generoso Torres¹ y M. García Sánchez²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada. ²Médico de Familia. Centro de Salud La Chana. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 24 años que desde 5 años atrás presentaba clínica de dolor abdominal inespecífico acompañado de distensión y pérdida ponderal de unos 30 kg, a pesar de dieta correcta. En los últimos 6 meses, se intensificó el cuadro, con pérdida de apetito y de 6 kg. Febrícula y vómitos ocasionales. No alteración del ritmo intestinal. Tras consultar pruebas realizadas en Sanidad Privada y estudiar *Helicobacter pylori* con posterior erradicación, se decidió derivar a Digestivo. A su vez, asociaba dorsolumbalgias de larga data, con escoliosis conocida. Estudiando el cuadro se observó en analítica linfopenia y ferropenia, ya presentes en analíticas previas y nunca estudiadas, por lo que se pautó hierro oral, se amplió el estudio y posteriormente se derivó a Hematología.

Exploración y pruebas complementarias: Abdomen normal. No adenopatías. Tránsito intestinal, ecografía abdominal: normal. Sangre oculta en heces positiva y colonoscopia (2018): válvula ileocecal deformada. Adenoma tubular. Intolerancia a lactosa, sorbitol y fructosa: negativos. Analítica Fe: 21 ug/dl, ferritina 28 ng/ml, Hemoglobina: 12,7 mil/mm³, VCM: 73 mm, leucocitos 5.890/mm³ (PMNs 79%, linfocitos 7%). PCR: 48,7 mg/dl. TSH: 2,34 uU/ml. Factor reumatoide, estudio inmunoglobulinas, autoinmunidad, HLA B27, celiacía: negativos. Serologías virales: CMV, VHC, Ag HBs, Ac Hbc y VIH negativos. IGRA negativo. Anticuerpos anisakis: negativo. Coprocultivo y parásitos: negativos. EnteroRMN: enfermedad de Crohn con actividad inflamatoria e indicios de enfermedad penetrante. Índice de gravedad grave.

Orientación diagnóstica: Desnutrición versus enfermedad inflamatoria intestinal versus linfoma.

Diagnóstico diferencial: Dado que el cuadro parecía de origen digestivo y el paciente ya disponía de pruebas previas, se planteó causas de linfopenia que encajaran con la clínica: infecciones virales (VIH, hepatitis), enfermedades reumáticas/inflamatorias (AR, espondilitis anquilosante, EII, celiacía), estudio de parásitos, TBC, desnutrición, déficit de Zn, linfoma (MALT, antecedente de *Helicobacter*).

Comentario final: La actuación desde Atención Primaria consiste en, por un lado, a partir de los medios disponibles, delimitar el abanico tan amplio de potenciales causas del cuadro; y por otro lado, saber parcelar las competencias propias del médico de familia y derivar a los especialistas para su estudio y diagnóstico final.

Bibliografía

1. Aguilar-Utrilla P, Lorenzo-Riera A. Pérdida de peso. Guía de práctica clínica SEMFyC, 3ª ed. Barcelona: semfyc ediciones; 2006. p. 46-8.

Palabras clave: Pérdida ponderal. Linfopenia. Dolor abdominal.