



LO QUE AL FINAL FUE...

ID: 74 - 21

***Autores:** Dra. Marina Pulgar Feio (R4 MFyC), Dra. Elena Alcanda Renquel (R2 MFyC) y Dra. Magdalena Canals Aracil (MFyC Y tutora de residentes)

***Centro de trabajo:** Centro de Salud Las Calesas, Madrid.

MOTIVO CONSULTA Y ANTECEDENTES

Mujer de 17 años, sin antecedentes médicos relevantes, que acude a consulta del centro de salud por **dolor abdominal diario de tipo cólico focalizado en epigástrico**, que empeora con la ingesta y que se acompaña de importante distensión abdominal posprandial. Así mismo, cuantifica **pérdida ponderal de 5 kg** en los últimos dos meses y asocia amenorrea probablemente secundaria a lo previo.

La paciente presenta historia desde hace 5 años de episodios recurrentes de dolor abdominal cólico y estreñimiento asociado (deposiciones diarias pero heces tipo 2 según escala de Bristol).

EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La exploración física resulta rigurosamente normal salvo por palpación de lesiones filiformes en fosa iliaca izquierda compatibles con heces.

En el ámbito de atención primaria, se inicia un estudio más amplio con diversas pruebas complementarias, entre ellas, **analítica de sangre con perfil tiroideo y estudio de celiaquía y test de aliento** que resulta positivo, con un test de control negativo tras recibir tratamiento erradicador para H. Pylori. Dada la persistencia de la clínica y la pérdida de peso cada vez más evidente, se deriva de manera preferente a Medicina Interna. Allí, se amplía estudio con **ecografía abdominal, colonoscopia y gastroscopia** que muestra datos de gastritis crónica antral y en última instancia **TC abdominal**, todo sin alteraciones significativas para el cuadro.

DIAGNÓSTICO y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el transcurso del estudio la paciente acude a urgencias por nuevo episodio y es ingresada en Medicina Interna, donde se completa el estudio con eco-doppler del sector aortoiliaco y vena renal izquierda. En esta prueba se objetivan signos de de compresión significativa del tronco celiaco que serían compatibles con **SÍNDROME LIGAMENTO ARCUATO MEDIANO**.

El diagnóstico diferencial de este cuadro clínico abarca un gran número de patologías tanto de origen orgánico (estreñimiento crónico, infección por Pylori, gastritis, enfermedad celiaca o tiroidea...) como somático. En este punto, la paciente estuvo en seguimiento en consultas de Psiquiatría descartando trastorno **de conducta alimentaria**.



CONCLUSIÓN

La dispepsia supone el 8% de las consultas de atención primaria. Los síntomas dispépticos pueden tener diversas causas orgánicas por lo que el diagnóstico de certeza no siempre es fácil. Es importante tener en cuenta los síntomas o signos de alarma (pérdida de peso, sangrado digestivo, anemia ferropénica, disfagia...) que harán dirigir nuestra actitud diagnóstica hacia nuevas pruebas complementarias.

En este caso presentado, cabe mencionar el papel fundamental del Médico de Familia para lograr un **abordaje multidisciplinar**.

PALABRAS CLAVE: Dolor abdominal. Estreñimiento. Conducta alimentaria.