



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## EM-015 - DIAGNÓSTICOS POCO PREVALENTES DE DOLOR ABDOMINAL EN MEDICINA INTERNA

I. Aizpurua Manso, M. Mellado Ferreiro, J. Bascones Solorzano, J. Elvira Segura, L. Urrejola Oarbeascoa, H. Fernández Linares y F. Mendoza Gutierrez

Medicina Interna. Hospital de Galdakao. Galdakao (Vizcaya).

### Resumen

**Objetivos:** Valoración de tres síndromes clínicos poco frecuentes en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal refractario en medicina interna.

**Métodos:** Presentación de tres casos clínicos de dolor abdominal recurrente no filiado pese a estudio dirigido por otros especialistas.

**Resultados:** Varón, 32 años, dolor abdominal EVA 10/10, vómitos y nerviosismo desde 2010, múltiples consultas y visitas a urgencias, se sospecha patología psicógena. TAC, endoscopias, analíticas normales, seguimiento errático. Exacerbación del dolor con el ayuno, consumo de OH, cannabis y café. Intolerancia a metamizol. Pérdida ponderal de 30 kg con IMC conservado. Test Hoesch positivo. Tratado con hemina con mejoría clínica. El estudio enzimático detecta actividad disminuida de porfobilinógeno deaminasa. Es diagnosticado de porfiria aguda intermitente. Mejoría de síntomas con recomendaciones higiénico-dietéticas. Varón, 50 años, dolor abdominal recurrente desde 2016. Apendicectomizado en 2016. Estudio con ileoscopia, enteroRMN, angioTAC sin vasculitis y analítica anodina. Múltiples ingresos por dolor abdominal. Ante fiebre, elevación de reactantes y serositis de repetición, realizado gen MEFV. Diagnóstico de fiebre mediterránea familiar. Tratamiento con colchicina con mejoría clínica. Varón, 38 años, historia de hepatitis autoinmune. Epigastralgia crónica desde hace 2 años, múltiples visitas a urgencias. TAC, RMN, endoscopias, biopsias, cápsula endoscópica, tránsito gastrointestinal, test sobrecrecimiento bacteriano, intolerancias (lactosa, fructosa) sin hallazgos. Analítica descarta celiaquía, porfiria, saturnismo, infecciones, autoinmunidad. Detectada disminución de actividad de C1 inhibidor esterasa y anticuerpos contra C1 inhibidor. Se sospecha afectación visceral por déficit C1 inhibidor adquirido causante de dolor abdominal recurrente. La afectación del tracto digestivo produce dolor abdominal, vómitos y puede simular un abdomen agudo.

**Discusión:** Descartadas las causas habituales de dolor abdominal, es recomendable sospechar estas entidades. El diagnóstico de enfermedades minoritarias es fundamental para el tratamiento dirigido y el pronóstico de los pacientes.

**Conclusiones:** El dolor abdominal es motivo de consulta muy frecuente en medicina interna. La pericia del internista es fundamental para sospechar patologías minoritarias. Es importante incluir estas entidades dentro del diagnóstico diferencial del dolor abdominal.

## Bibliografía

1. Yunus Y, et al. Abdominal epilepsy as an unusual cause of abdominal pain: a case report. Afr Health Sci. 2016;16(3):877-9.