ABDOMEN AGUDO POCO FRECUENTE

Victoria Basso[1], Florencia Vivero[1], Estefanía Armanelli[1]

INTRODUCCIÓN

El abdomen agudo define un escenario de urgencia, cuyas causas son unas más frecuentes que otras, traduciéndose en un desafío que requiere de un rápido diagnóstico y tratamiento.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 27 años con antecedentes de hipotiroidismo autoinmune y Lupus Eritematoso Sistémico (LES) de dos años de evolución con abandono del tratamiento inmunomodulador dos meses previos a la consulta.

Consultó por dolor abdominal fluctuante de un mes de evolución, acentuado en 48 horas, localizado en epigastrio, continuo con exacerbaciones cólicas, asociado a vómitos y diarrea intermitente con restos mucosos.

Examen físico (EF): hipertensión, dolor en epigastrio y flanco derecho, con defensa leve y dolor a la descompresión.

Exámenes complementarios: hemograma, función renal y hepatograma normales. Tomografía axial computada (TAC) abdominopélvica con contraste EV: escaso líquido libre en Douglas, ligero engrosamiento difuso de paredes de intestino delgado sugerente de enteritis aguda. Videoendoscopía digestiva alta normal. Se realizó tratamiento analgésico y alta hospitalaria, con diagnóstico de duodenitis.

Reingresó a las 24 horas por persistencia del dolor asociado a astenia y alteración del estado de ánimo (angustia y llanto persistente). EF: hipertensión, dolor a la palpación y descompresión en hipogastrio. Laboratorio: orina completa con hematuria (+) y proteinuria (+). Hipocomplementemia C3 y C4, anticuerpos antinucleares (ANA) positivos a título 1/100 patrón moteado, velocidad de eritrosedimentación 37 mm/h y PCR menor a 1mg/dl, anticuerpo AntiADN negativo, anticuerpos extraíbles del núcleo (ENAs): Sm, RNP, SSA positivos en alto título.

Tras descartar causas quirúrgicas del dolor abdominal, se interpretó como cuadro de actividad lúpica con compromiso intestinal. Se indicaron pulsos de metilprednisolona a las 24 horas del reingreso. La mejoría sintomática fue completa en pocas horas, mejorando también el estado de ánimo.

A fines de completar la evaluación, se solicitó proteinuria de 24hs con un valor de 753mg/24hs, además cilindros hemáticos y hematíes dismórficos resultaron negativos. Posteriormente se realizó biopsia renal la cual evidenció nefropatía lúpica II A.

DISCUSIÓN

El LES es una enfermedad multisistémica con un gran espectro de presentación clínica.

La enteritis lúpica es una causa poco frecuente de abdomen agudo y puede ser la primera manifestación de la enfermedad[1].

La frecuencia es actualmente desconocida. Se define como inflamación del intestino delgado, considerándose una forma visceral y serosa de vasculitis.

La sospecha clínica, los datos de laboratorio de actividad lúpica, los hallazgos típicos en TAC, la confirmación histológica y la dramática respuesta al tratamiento inmunosupresor constituyen los principales elementos diagnósticos[2,3].

CONCLUSIÓN

Se demuestra la importancia de la consideración de las causas de abdomen agudo poco frecuente, luego de descartadas las mas habituales, pudiendo abarcar esta entidad dentro de los diagnósticos diferenciales, principalmente en mujeres jóvenes. Ademas expresa la relevancia de la búsqueda activa y anticipación de la afectación renal en pacientes con LES, así como también, la de mantener un tratamiento inmunomodulador a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sran S et al. Lupus Enteritis as an Initial Presentation of Systemic Lupus Erythematosus. Case Reports in Gastrointestinal Medicine 2014: 962735. PMC. Web. 4 Feb. 2015.
2. Lee C et al. Acute Abdominal Pain in Systemic Lupus Erythematosus: Focus on Lupus Enteritis (gastrointestinal Vasculitis). Annals of the Rheumatic Diseases 2002; 61: 547–550.
3. Janssens P et al. Lupus Enteritis: From Clinical Findings to Therapeutic Management. Orphanet J Rare Dis. 2013; 8:67.

[1]Servicio de Clínica Médica del Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (B7602CBM). Mar del Plata. Argentina.
Contacto: vicky_basso@hotmail.com