



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-573 - PERITONITIS GENERALIZADA COMO DEBUT DE ENFERMEDAD CELÍACA

Torres Arcos, Cristina<sup>1</sup>; de Lebrusant Fernández, Sara<sup>1</sup>; Valdés Hernández, Javier<sup>1</sup>; del Río Lafuente, Francisco<sup>1</sup>; Cintas Catena, Juan<sup>1</sup>; Capitán Morales, Luis<sup>1</sup>; Oliva Mompean, Fernando<sup>1</sup>; Padillo Ruiz, Javier<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla. <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

### Resumen

**Introducción:** Aunque es una enfermedad típica de la infancia, la enfermedad celíaca a menudo tiene una aparición más tardía, en edades entre los 10 y 40 años. Aunque clásicamente se presenta con diarrea, dolor abdominal, pérdida de peso, anemia y trastornos neurológicos por el déficit de vitamina B, estos casos suelen ser más atípicos.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una paciente de 35 años que como único antecedente destaca cefaleas en estudio; acude a Urgencias por cuadro de 48 horas de evolución de dolor abdominal, fiebre y deposiciones diarreicas amarillentas en número de 10-12 al día. A la exploración el abdomen está distendido, con dolor a la palpación difusa y con defensa generalizada. En la analítica destaca una marcada anemia ferropénica (Hb 7,4 g/dL), leucocitosis con neutrofilia, trombocitosis y PCR elevada. Se realiza una ecografía, que se completa con un TAC de abdomen, evidenciándose líquido libre en pelvis, dilatación de marco cólico y recto y asas de íleon con contenido líquido y ligero engrosamiento de sus paredes. El apéndice es normal. Como primera posibilidad sugiere enterocolitis inespecífica. Se cursan coprocultivos y hemocultivos. Durante las primeras horas de observación la paciente empeora por lo que se indica laparoscopia urgente, hallándose abundante líquido seropurulento y restos de fibrina por toda la cavidad peritoneal. Apéndice y anejos normales. Se explora toda la cavidad, sin hallarse perforación ni inflamación, salvo un intestino delgado dilatado y parético, con adenopatías mesentéricas de aspecto reactivo. Se toman muestras de adenopatías y líquido peritoneal. El postoperatorio es lento pero favorable, con recuperación progresiva de la peristalsis, inicio de tolerancia oral, y mejoría analítica (leucocitos y PCR en descenso). El resultado del hemocultivo fue negativo, el coprocultivo evidenció desplazamiento de la flora entérica, la tinción de Gram del líquido peritoneal evidenció abundantes leucocitos polimorfonucleares y el cultivo fue negativo; la bioquímica destacaba una celularidad de 4.450 leuco/mm<sup>3</sup>. La Anatomía Patológica fue de linfadenopatía reactiva. La paciente fue remitida para estudio a Digestivo, realizándose endoscopia donde se evidenció en la segunda porción duodenal una mucosa con festoneado de pliegues y cierta atrofia vellositaria sugerente de enfermedad celíaca. La biopsia halló una atrofia vellositaria total indicativa de enfermedad celíaca tipo 3c de MARSH. Al mes de iniciar una dieta libre de gluten fue revisada en nuestras consultas, encontrándose asintomática desde el punto de vista digestivo y con mejoría de los valores de hemoglobina.

**Discusión:** Cada vez son más frecuentes los casos de enfermedad celíaca de aparición en edad adulta, probablemente por la lactancia materna más prolongada, y la introducción más tardía del gluten en la alimentación infantil. Además, existe una alta prevalencia (hasta 1%) de enfermedad

celíaca subclínica. No obstante, la clínica de estos casos suele ser más paulatina, siendo excepcional la presentación como una peritonitis difusa como en nuestro caso.