



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1752 - ADENITIS MESENTÉRICA Y ¿AHORA QUÉ?

J. Polo Periañez^a, E. Muro Torres^b, Í. Goiri Uriarte^c, M. Echevarría Díez^d, M. López Miralles^e, M. Pinel Monge^f, S. Llano Pajares^g, I. de la Cruz Couto^g, A. Lluesma Guillén^h y A. Sauto Gutiérrezⁱ

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gazalbide. Vitoria-Gasteiz. Álava. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaramaga. Vitoria-Gasteiz. Álava. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Martín. Vitoria. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sansomendi. Vitoria-Gasteiz. Álava. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zalalgana. Vitoria-Gasteiz. Álava. ^fMédico de Familia. Comarca Araba. Vitoria-Gasteiz. Álava. ^gMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Comarca Araba. Vitoria-Gasteiz. Álava. ^hMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lakuabizkarra. Vitoria. ⁱMédico de Familia. Urgencias. Hospital Universitario Txagorritxu. Álava.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 15 años de edad sin antecedentes personales de interés, ni viajes al extranjero y calendario vacunal al día, acude al servicio de urgencias en varias ocasiones por cuadro de aproximadamente 10-15 días de evolución de malestar general y dolor abdominal localizado preferentemente en región periumbilical asociado a sensación nauseosa y vómitos ocasionales sin fiebre ni alteración del ritmo intestinal. En la primera y segunda visita tras resultado de pruebas analíticas anodinas se da de alta al paciente con tratamiento sintomático. Acude de nuevo por persistencia de la clínica donde se objetivan cambios analíticos por lo que se realiza ecografía abdominal visualizándose imágenes sugestivas de adenitis mesentérica que aunque justifica la clínica no aclara la etiología. Aún así se decide dar de alta al paciente con prescripción de antiinflamatorios. Sin embargo, vuelve de nuevo y esta vez con signos de erupción cutánea con punteado disperso no pruriginoso en tronco y extremidades superiores con persistencia de la clínica por lo que se ingresa al paciente para completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias: · Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación sobretudo en región periumbilical e hipogastrio sin signos de irritación peritoneal. Analítica sin datos destacables salvo parámetros en aumento hasta el ingreso como la proteína C reactiva (PCR) y leucocitos (PCR: 14-79 mg/L; Leu: $17,3 \times 10^3/\text{mm}^3$ (neutrófilos: $13,7 \times 10^3/\text{mm}^3$, linfocitos: $2,2 \times 10^3/\text{mm}^3$). Serología, hemocultivos y autoinmunidad negativos. Transaminasas normales. Ecografía abdominal: datos de adenopatías mesentéricas hipodensas, redondeadas y mayores de 6 mm con apéndice normal compatible con adenitis mesentérica. TAC abdominopélvico: enteritis difusa compatible con la sospecha clínica de vasculitis de Shonlein-Henoch. Piel: lesiones de pápulas eritematosas y vesículas puntiformes, algunas excoriadas, en región extensora de ambos codos. Máculas purpúricas puntiformes no palpables en ambos laterales externos de pies y maléolo externo derecho pápulas purpúricas. Biopsia punch: vasculitis neutrofilica de tipo vasculitis leucocitoclástica.

Juicio clínico: Dolor abdominal asociado a púrpura de Schönlein-Henoch.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda, adenitis mesentérica, gastroenteritis aguda, pancreatitis, colelitiasis, hernia-torsión testicular, trombosis mesentérica, obstrucción intestinal, enfermedad inflamatoria intestinal, liquen plano.

Comentario final: La purpura de Shönlein-Henoch es una enfermedad típica de la niñez pero que también puede aparecer en adolescentes y adultos. Las causas frecuentes son infecciones respiratorias, fármacos, alimentos, picaduras de insectos y vacunaciones que pueden ocasionar una vasculitis leucocitoclástica por depósitos de inmunocomplejos (IgA) en las lesiones de la piel y mesangio renal. Los signos típicos son purpura palpable, artralgias, dolor abdominal y hematuria. La afectación abdominal es el síntoma más frecuente. La gravedad de la afectación renal guarda relación directamente proporcional con la edad. El manejo inicial es meramente sintomático. En casos graves, glucocorticoides a dosis altas durante un tiempo limitado. El curso natural de la enfermedad tiende a autolimitarse aunque en caso de recaer puede cronificarse.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dedeoglu F, Kim S, et al. Henoch-Schönlein purpura (Ig A vasculitis): clinical manifestations and diagnosis. Uptodate 2015.
2. Ferry GD. Causes of abdominal pain in children and adolescents. Uptodate 2013.