



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/397 - ABDOMINALGIA INESPECÍFICA

D. Correa González<sup>a</sup>, N. Freijanes Otero<sup>b</sup> e I. Castrillo Sanz<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid.

<sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid.

<sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 34 años, NAMC, diagnosticado de tuberculosis un año antes que trató correctamente. El paciente refiere dolor abdominal difuso y astenia de cinco días de evolución y 48 horas antes la aparición de lesiones cutáneas no pruriginosas en ambas piernas. Los días previos ha presentado molestias faríngeas y tos sin fiebre.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 125/78. FC 75. T<sup>a</sup> 36,8 °C. Exantema purpúrico en piernas y pies. Abdomen blando, depresible con dolor difuso a la palpación más intenso en ambas fosas ilíacas, con defensa voluntaria sin signos claros de irritación peritoneal. Resto de exploración normal. En analítica presenta leucocitosis con neutrofilia y PCR 62 siendo el resto normal. En analítica urinaria indicios de proteínas sin hematuria. ECG, Rx abdomen y ecografía abdominal normales. El paciente mejora con tratamiento sintomático. Tras descartar patología aguda se decide alta y estudio ambulatorio en la Unidad de Diagnóstico Rápido de MI, donde es valorado a la semana siguiente, y puesto que refiere empeoramiento del dolor abdominal y aumento de las lesiones cutáneas se cursa ingreso. Se realiza analítica completa: leucocitos 8.900 (N 73,2%). FR 30. PCR 13. ANCA, ANA, serología Rickettsia y VIH negativas TSH y proteinograma normal (IgA normal). Resto normal y anatomía patológica: vasculitis leucocitoclástica con depósito de IgA.

**Juicio clínico:** Vasculitis leucocitoclástica cutánea con depósito de IgA. Púrpura anililactoide de Schonlein-Henoch.

**Diagnóstico diferencial:** Con patologías que pueden producir abdomen agudo como cólico biliar o colecistitis, pancreatitis aguda apendicitis aguda, cólico nefrítico, púrpura trombocitopenica idiopática, crisis addisoniana o porfirias.

**Comentario final:** la PSH es una vasculitis de pequeño vaso que se caracteriza por la triada de púrpura generalizada palpable, dolor abdominal y artralgias y/o artritis, que a veces se asocia a afectación renal y glomerulonefritis. Es más frecuente en niños y suele estar precedida de una infección respiratoria. Suele presentar títulos de elevación de IgA y C3. Se confirma mediante la biopsia de las lesiones. El tratamiento consiste en el control del dolor abdominal y articular con AINEs. Los corticoides sólo están indicados en casos de dolor abdominal severo que no responde a AINEs, siendo de elección la prednisona en pauta descendente.

## **Bibliografía**

1. Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, Basu N, Cid MC, Ferrario F, et al. 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis and Rheumatism*. 2013;65(1):1-11.
2. Rostoker G. Schonlein-Henoch purpura in children and adults: diagnosis, pathophysiology and management. *BioDrugs: Clinical Immunotherapeutics, Biopharmaceuticals and Gene Therapy*. 2001;15(2):99-138.
3. Piram M, Mahr A. Epidemiology of immunoglobulin A vasculitis (Henoch-Schonlein): current state of knowledge. *Current Opinion in Rheumatology*. 2013;25(2):171-8.