

NOTAS "INFLUENZIANAS" N°8

DOLOR ABDOMINAL FEBRIL---->

HOSPITALIZACIÓN----> OBS APENDICITIS AGUDA.

JULIO 2010

En la medianoche del 18 de junio 2009 consulta en Urgencia un paciente de 19 años previamente sano por náuseas, vómitos, sensación febril y dolor abdominal, de 8 horas de evolución. Al examen físico pulso 91', PA 136/92, saturación O₂ 97%, T° 38°. Abdomen blando, sensible en fosa iliaca derecha, Blumberg esbozado. Ecotomografía de abdomen: hay cierta sensibilidad al paso del transductor en fosa iliaca derecha. No se logra identificar el apéndice cecal.

*Se hospitaliza con diagnóstico de **Obs apendicitis aguda**, a cargo del cirujano Dr. Leonel Urrutia, quien solicita pielotAC en el que se visualiza apéndice cecal de caracteres normales, sin líquido libre ni inflamación de la grasa periapendicular. El paciente queda fuera de indicación quirúrgica.*

Durante las 24 horas siguientes del 19 junio la sintomatología cambia constantemente, aparece tos y mialgias, persistiendo con variaciones el dolor abdominal. Por sospecha de influenza el Dr. Urrutia solicita Test Pack.

Evaluado por gastroenterólogo Dr. Rodrigo Quera concuerda con un cuadro viral y por la tos seca solicita Rx de torax, que resultó negativa.

*Mientras tanto llega el resultado del Test Pack: **positivo para influenza A!** Se inicia tratamiento con oseltamivir.*

Evaluado por neumólogo Dr. Henry Olivi encuentra antecedentes de rinitis alérgica polínica y asma en la infancia y en el examen físico congestión nasal, tos, sibilancias leves y clínica de obstrucción bronquial.

Por franca mejoría de los síntomas del ingreso el paciente es dado de alta el 20 junio.

Las manifestaciones digestivas como náuseas, vómitos y diarrea son muy raras en la influenza estacional del adulto. El dolor abdominal es más raro aun.

La influenza A H1N1 2009 llegó con una mochilita de novedades: entre un 8 a 25% de los pacientes presentaron manifestaciones digestivas, incluyendo el dolor abdominal, que ha sido poco descrito en la literatura médica.

En este paciente las manifestaciones digestivas opacaron inicialmente a los síntomas respiratorios típicos de la influenza, como tos y mialgias.

No es claro cual es el mecanismo patogénico de las manifestaciones digestivas, que sólo podrían explicarse por acción inflamatoria citoquímica. Pese a que se ha aislado el virus en el tubo digestivo no hay evidencias de acción directa del virus en el tracto intestinal.

Llama fuertemente la atención la gran diferencia entre adultos y niños. En estos últimos es muy frecuente la presencia de síntomas digestivos, incluso como forma de comienzo de la enfermedad.

¿Se tratará de inmadurez inmunológica del tubo digestivo del niño? Sin duda se trata de un gran desafío para gastroenterólogos infantiles y de adultos.

Las infecciones virales respiratorias suelen asociarse a aparición o aumento de broncoespasmo en pacientes con antecedentes asmáticos, como podría ser este caso. Sin embargo, durante la pandemia 2009 observamos varios pacientes con clínica de obstrucción bronquial, sin antecedentes previos, hecho que no es frecuente en la influenza estacional. Otra novedad en la mochilita del virus influenza A H1N1 2009.

Como siempre, la influenza, aunque aparentemente similar año tras año es una fuente inagotable de observación y estudio.

Dr. Franz Baehr
Neumólogo Clínica Las Condes
Email: fbaehr@clc.cl