

## Mujer de 71 años con dolor abdominal y estreñimiento

R. Monte Secades, M. J. García País, R. Rabuñal Rey y J. Guerrero Lombardía  
*Servicio de Medicina Interna. Complexo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo.*

### Caso clínico

Mujer de 71 años de edad, residente en el área rural, que consultó por un cuadro de 4 meses de evolución de astenia, anorexia y adelgazamiento de 10 kg, acompañado de dolor abdominal difuso y estreñimiento.

En la exploración física destacaba únicamente la presencia de una línea azul-grisácea sobre el borde libre de las encías (fig. 1).

En el hemograma presentaba anemia normocítica (9 g/dl), con reticulocitos corregidos 1,6%. La bioquímica general no mostró alteraciones, incluyendo ferritina, vitamina B<sub>12</sub>, ácido fólico y TSH. En el frotis de sangre periférica se observaron hematíes con punteado basófilo grosero. Una radiografía de tórax, una de abdomen y una ecografía abdominal fueron normales.

Se solicitó una prueba diagnóstica.



Fig. 1.



Fig. 2.

### Pruebas diagnósticas y evolución

La figura 1 muestra un depósito gris-azulado de sulfuro de plomo en las encías, conocido como ribete gingival de Burton. Este hallazgo, unido al resto de manifestaciones clínicas, sugería el diagnóstico de saturnismo. El resultado del plomo en sangre fue de 151 µg/dl (límite de exposición en adultos 40 µg/dl). Otros resultados en orina de 24 horas fueron: plomo 600 µg (límite <150 µg), coproporfirinas 900 µg (normal <160 µg), ácido delta-aminolevulínico 54 µg (normal <7).

La paciente fue tratada con EDTA cálcico disódico por vía endovenosa (50 mg/kg/d) durante 5 días, tras lo cual la plumbemia descendió hasta 49 µg/dl. Posteriormente se continuó con un tratamiento con penicilamina oral (250 mg/6 horas). Tras 3 meses de tratamiento la paciente se encontraba asintomática, no presentaba anemia y el ribete gingival había desaparecido (fig. 2).

El estudio epidemiológico detectó una concentración de plomo de 30.800 µg/l (límite 50 µg/l) en la canalización del agua doméstica. Después de un año de seguimiento, la paciente se encuentra bien y la plumbemia permanece por debajo del límite de exposición.

### Diagnóstico

Intoxicación por plomo (saturnismo).

### Comentario

La intoxicación por plomo es en nuestro país una enfermedad profesional frecuente, siendo la contaminación por vía inhalatoria (soldadura, pinturas, cerámicas, fundi-

ción, etc.). También pueden darse casos de contaminación alimentaria proveniente de antiguas canalizaciones de agua, como en nuestro caso, o por uso de recipientes de cerámica barnizados con sales de plomo, entre otros<sup>1</sup>. Las manifestaciones clínicas en los casos de intoxicación crónica son inespecíficas: síndrome tóxico, irritabilidad, cefalea, dolor abdominal, estreñimiento, dolores musculares, polineuropatía, etc. En casos graves de exposición intensa o de agudización de una intoxicación crónica, pueden observarse vómitos, dolores abdominales intensos (cólico saturnino) y encefalopatía (más frecuente en niños) que puede llevar al coma y al fallecimiento del paciente. El hallazgo de un depósito de sulfuro de plomo en el borde libre de las encías (ribete de Burton), aunque revelador, es por desgracia poco frecuente<sup>2</sup>.

El plomo inhibe la síntesis del grupo hemo en los eritroblastos de la médula ósea y, por otra parte, altera la disponibilidad medular de hierro, lo que disminuye la producción de hematíes y acorta su vida media. Esto se traduce en la aparición de anemia, que puede acompañarse de datos bioquímicos de hemólisis (eritropoyesis ineficaz), y en el aumento de la eliminación urinaria de precursores del grupo hemo, principalmente ácido delta-aminolevulínico y coproporfirina. También pueden aparecer alteraciones en las pruebas hepáticas e insuficiencia renal<sup>1,2</sup>.

Los niveles de plomo considerados «significativos» son los superiores a 10 µg/dl en niños y embarazadas y a 40 µg/dl en adultos. Además de adoptar las lógicas medidas de higiene medioambiental, se considerará tratamiento quelante en aquellos pacientes sintomáticos con plumbemias superiores a las señaladas y en los asintomáticos con niveles superiores a 45 µg/dl en niños y a 80 µg/dl en adultos<sup>2,3</sup>. No se recomienda su uso en embarazadas, salvo en casos de riesgo vital. El tratamiento de elección es el EDTA cálcico disódico, asociado a dimercaprol en casos de encefalopatía, seguido de penicilamina oral durante varios meses. La penicilamina puede utilizarse aislada en casos de intoxicaciones crónicas leves. El objetivo final del tratamiento es alcanzar plumbemias inferiores a 25 µg/dl en niños y 50 µg/dl en adultos. Se aconseja la monitorización de los niveles de plomo durante al menos 1 año después de finalizado el tratamiento<sup>3</sup>.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Cartón JA. Saturnismo. *Med Clín (Barc)* 1988; 91:538-540.
2. Cullen MR, Robins JM, Eskenazi B. Adult inorganic lead intoxication: presentation of 31 new cases and a review of recent advances in the literature. *Medicine (Baltimore)* 1983; 64:221-247.
3. Trachtenberg DE. Getting the lead out. When is treatment necessary? *Postgraduate Medicine* 1996; 99:201-218.