Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1895

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1899 - Dolor abdominal secundario a paniculitis mesentérica con alergia a corticoides

I. Lucas Tomàs[a], I. Jara Calabuig[b], L. Allegues López[c], A. Lorente Canoves[d], M. Serra Labrador[d], C. Pérez Tomás[a], F.J. Sanz García[c], T. Jiménez López[e], G. Benavent Madrany[f] y V. Giner Galván[g]

[a]Médico Residente de 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fábrica. Alcoy. Alicante. [b]Médico Residente de 3[er] año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fábrica. Alcoy. Alicante. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fábrica. Alcoy. Alicante. [d]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cocentaina. Alicante. [e]Médico Adjunto de Medicina Familia y Comunitaria. Centro de Salud La Fábrica. Alcoy. Alicante. [f]Médico Adjunto. Servicio de Medicina Digestiva. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante. [g]Médico Adjunto. Departamento Medicina Interna. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 65 sin reacciones alérgicas medicamentosas, con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con linagliptina, vista en Atención Primaria por cuadro de 15 días de evolución de diarreas líquidas (4-5 diarias) sin productos patológicos, con ligero dolor abdominal generalizado, continuo, sin relación con la ingesta ni mejoría con las deposiciones, y pérdida de 2-3 kg, con buen aspecto general sin signos de deshidratación. A la palpación abdominal refería dolor generalizado sin signos de defensa ni visceromegalias. A pesar de dieta blanda astringente, probióticos, racecadodrilo, butilescopolamina y paracetamol, presentaba mala evolución: persistencia del dolor; aumento del número de deposiciones de predominio nocturno, con mucosidad y restos hemáticos; astenia y anorexia. Se decidió solicitar coprocultivo y analítica con perfil digestivo, calprotectina fecal y antígenos de enfermedad celiaca y remitirla preferentemente a Digestivo.

Exploración y pruebas complementarias: En la consulta de Digestivo seguía presentando dolor abdominal generalizado sin signos de defensa. El tacto rectal mostró hemorroides internas, y dedil con restos fecales escasos, sin masas palpables. La analítica era normal y coprocultivo para bacterias, C. difficile, virus y parásitos

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

negativo. Ante la tórpida evolución y regular estado general se decidió ingreso para realizar pruebas complementarias con: marcadores tumorales (AFP, CEA y CA 15.3) no alterados, colonoscopia con hemorroides grado II y diverticulosis no complicada en colon izquierdo y TAC abdómino-pélvico: numerosas adenopatías retroperitoneales que, tanto por tamaño como por número, eran significativamente patológicas junto con un aumento en la densidad de la grasa mesentérica adyacente compatible con paniculitis mesentérica.

Juicio clínico: Se interpretó como paniculitis mesentérica y se inició tratamiento con prednisona 60 mg diarios vía oral. Al introducir la prednisona presentó elevación de glucemia basal ese mismo día que se trató con insulina rápida subcutánea, presentando esa tarde un exantema maculo-papular pruriginoso en tronco. Se aplicó la Escala de Naranjo para evaluar la causalidad de la reacción adversa medicamentosa para la insulina, obteniéndose una puntuación “dudosa”, no obstante se interrumpió la insulina y se realizó interconsulta a Alergología. Dada la no mejoría del exantema, se suspendió la prednisona con clara mejoría del exantema en el mismo día. Se realizaron pruebas epicutáneas, siendo negativas para metamizol e insulina y positivas para tiosulfato sódico, budesonida, tixocortil pivalato e hidrocortisona butirato; por ello se recomendó evitar todo tipo de corticoterapia, y en caso de que fuese imprescindible, usar corticoides del grupo C (sistémicos):betametasona (no valerato), dexametasona acetato y parametasona acetato.

Diagnóstico diferencial: Dolor abdominal difuso + diarrea + síndrome constitucional. Celiaquía del adulto: diarreas voluminosas de heces flotantes fétidas, flatulencias, pérdida de peso, anemia, osteopenia. GEA viral o parasitaria: diarrea, dolor abdominal, náuseas y vómitos, que crónicamente puede presentar síndrome constitucional. Peritonitis: mejoría del dolor en posición decúbito supino con genuflexión. Suele haber fiebre, afectación del estado general con taquicardia, hipotensión y defensa abdominal.

Comentario final: Caso de dolor abdominal poco frecuente como la paniculitis mesentérica de diagnóstico básicamente radiológico junto con alergia medicamentosa también poco frecuente como la alergia a corticoides, que hicieron del caso una entidad de difícil diagnóstico y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gunduz Y, Tatlia AP, Karaa RB. Mesenteric Panniculitis: A Case Report and Review of the Literature. Maedica a journal of Clinic Medicine. 2012;7:344-7.

2. Fujikawa T, Yasuhara H, Matsumi A, Imagawa A. A case of mesenteric panniculitis requiring an operation. BMJ Case Rep. 2014. doi:10.1136/bcr-2014-205028.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

3. Issa I, Baydoun H. Mesenteric panniculitis: Various presentations and treatment regimens. World Journal of Gastroenterology. 2009;15:3827-30.

4. Brown FR. The Problem of Abdominal Pain. Br Med J. 1942;1:543.

5. Pearigen PD. Unusual causes of abdominal pain. Emergency Medicine Clinics of North America. 1996;14:593-613.

6. O'Garra J. Anaphylactic reactions to hydrocortisone injections. BMJ. 1961;1:165.

7. Ferraz Amaro I, Díaz González F, González T. Allergy to corticosteroids, a paradox?. Medicina Clínica. 2003;120:141-5.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.