



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

242/2898 - DOLOR ABDOMINAL Y AFONÍA RECURRENTE

P. Vidal Leite Moraes Vaz^a, C. López Cleries^b, L. Cantos Casalta^b, M. Albaladejo Blanco^c, I. Ramírez Manent^c y C. Vidal Ribas^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calvià. Baleares. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Ponsa. Baleares. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Santa Ponsa. Baleares.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 18 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes personales de interés, que consulta por episodios recurrentes de dolor abdominal tipo cólico, asociado a afonía, sensación disneica y prurito generalizado, actualmente más intenso que en otras ocasiones previas. No relaciona los episodios con ingesta de algún alimento específico ni con cambios de sus hábitos diarios. Niega cualquier otra sintomatología asociada cuando entrevistada por sistemas. Explica episodios similares aproximadamente cada 3-4 meses desde su infancia.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, FC: 85 lpm, FR: 15 rpm, SatO2: 97%, TA: 130/76 mmHg. ACP: ruidos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado con soplo tubárico en la expiración. ORL: leve edema de úvula sin compromiso de la vía respiratoria. ABD: dolor a la palpación generalizada, sin defensa ni signos de peritonismo. No masas ni organomegalias. Analítica sanguínea: hemograma, coagulación y bioquímica general con transaminasas y lipasas anodinas.

Juicio clínico: Dolor abdominal y edema de úvula.

Diagnóstico diferencial: Ansiedad. Angioedema por reacción alimentaria. Angioedema hereditario.

Comentario final: En el presente caso se administró metilprednisolona 60 mg ev y antihistamínicos ev, sin resultado y con progresión del cuadro con empeoramiento del angioedema y de la sensación disneica. Se decidió iniciar tratamiento con 1.000 U de concentrado plasmático humano de C1inh con resolución del cuadro. En pacientes con cuadros de angioedema recurrentes sin respuesta al tratamiento clásico o cuadros de dolor abdominal recurrente sin otra causa orgánica que lo justifique y en ocasiones asociados a reacciones urticiformes, debemos tener presente el diagnóstico de edema angioneurótico de Quincke. Especialmente si tratamos de pacientes mujeres y que debutan con los episodios recurrentes antes de cumplida la segunda década de vida.

Bibliografía

1. Buyantseva LV, Sardana N, Craig TJ. Update on treatment of hereditary angioedema. Asian Pac J Allergy Immunol. 2012;30(2):89-98.
2. Lumry WR. Management and prevention of hereditary angioedema attacks. Am J Manag Care. 2013;19(7 Suppl):s111-8.

Palabras clave: Angioedema. Edema. Dolor abdominal.