



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/397 - ABDOMINALGIA INESPECÍFICA

D. Correa González^a, N. Freijanes Otero^b e I. Castrillo Sanz^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid. ^cMédico Residente de 1^{er} 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^a 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 normal, 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 analilactoide 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.