



CARTA CIENTÍFICA

Angioedema de intestino delgado secundario a inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina



Angioedema of the small bowel secondary to treatment with angiotensin converting enzyme inhibitor

Sr. Director:

Presentamos el caso de un varón de 48 años, fumador, diabético, dislipémico e hipertenso tratado con metformina, simvastatina y, desde hacía 2 meses, enalapril (10 mg/día), que acudió a urgencias por dolor cólico centroumbilical de inicio brusco, mareo y malestar general, sin náuseas, vómitos o diarrea. Se encontraba afebril, hipotenso (TA 83/64) y sudoroso, con abdomen blando, molestias difusas a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes y sin signos de peritonismo. La analítica era anodina. La TC con contraste intravenoso mostró un engrosamiento con estratificación mural (hipodensidad de la capa submucosa por edema) de un segmento largo y continuo del yeyuno distal e íleon proximal, y ascitis. No presentaba alteraciones en la vascularización mesentérica, neumoperitoneo ni adenopatías. Inicialmente se consideró el diagnóstico de isquemia mesentérica no oclusiva. Se decidió mantener una actitud expectante y el dolor desapareció en las primeras horas con tratamiento analgésico. Tres meses después, acudió con los mismos síntomas. Una nueva TC mostró una afectación intestinal más extensa y más ascitis (figs. 1 y 2). La afectación difusa del intestino delgado, la recurrencia del cuadro y la instauración reciente del tratamiento con enalapril condujeron al diagnóstico de angioedema secundario al inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA). Se interrumpió el tratamiento y el paciente no ha presentado desde entonces episodios similares.

Los IECA son fármacos frecuentemente empleados para tratar la hipertensión arterial, efectivos y bien tolerados. Impiden la conversión de la angiotensina I en angiotensina II y, además, bloquean la degradación de las bradiquininas. El aumento de los niveles de bradiquininas, potentes vasodilatadores, puede aumentar la permeabilidad vascular y acumular líquido en el espacio intersticial, en general como edema superficial localizado y autolimitado, pero a



Figura 1 TC abdominal con contraste intravenoso, imagen axial. Engrosamiento con estratificación mural (flecha) de un segmento largo de yeyuno e íleon, y edema mesentérico (asterisco).

veces en la vía aérea superior, el tracto gastrointestinal o el genitourinario^{1,2}. La frecuencia del angioedema inducido por IECA se estima entre el 0,1 y 1%².

Los síntomas no guardan relación con la dosis y pueden presentarse en cualquier momento del tratamiento, independientemente del tiempo transcurrido (días a años)¹. Puede haber afectación intraabdominal sin afectación cutánea^{2,3}. Lo habitual en la afectación gastrointestinal es el dolor abdominal agudo con náuseas, vómitos y diarrea, que suele autolimitarse, con o sin abandono de la medicación, aunque están descritos episodios recurrentes hasta su retirada³.

La TC con contraste intravenoso es la prueba de elección para valorar la afectación visceral y descartar otras causas. Los hallazgos son ascitis, prácticamente constante, el engrosamiento mural circunferencial (menos frecuentemente asimétrico) con edema submucoso predominante, la rectificación y leve dilatación de asas de intestino delgado sin obstrucción en un segmento largo, continuo o parchado, y un discreto edema mesentérico^{2,3}. Si no se realiza en un momento sintomático, la TC puede no mostrar alteraciones.



Figura 2 TC abdominal con contraste intravenoso, reconstrucción coronal. Engrosamiento con estratificación mural de un segmento largo de yeyuno e íleon con rectificación de asas (flechas). Edema mesentérico (asterisco). Ascitis perihepática (cabeza de flecha).

Los principales diagnósticos diferenciales de este cuadro radiológico son la isquemia mesentérica no oclusiva, las vasculitis y las enteritis de origen infeccioso. En la isquemia mesentérica no oclusiva puede existir una disminución difusa del calibre de los vasos y el contexto clínico es diferente (hipovolemia, hipotensión y bajo gasto cardíaco). Los pacientes con vasculitis como el lupus o la púrpura de Henoch-Schönlein muestran frecuentemente manifestaciones cutáneas. En los cuadros infecciosos predominan la diarrea, la fiebre y la leucocitosis frente al dolor abdominal²⁻⁵.

El tratamiento consiste en manejar sintómicamente el dolor y suspender el fármaco, lo que resuelve el cuadro

rápidamente. Se sustituirá el IECA por un antihipertensivo de otra clase, dado que es un efecto secundario dependiente del grupo. De lo contrario los episodios serán cada vez más frecuentes y graves. Los antagonistas del receptor de la bradiquinina se reservan para casos de afectación de la vía aérea superior con riesgo vital^{1,3}.

En conclusión, el radiólogo desempeña un papel fundamental para diagnosticar esta entidad en la que el desencadenante, IECA, y el cuadro clínico no coinciden en el tiempo y, con ello, conseguir un manejo adecuado que evite intervenciones quirúrgicas innecesarias.

Agradecimientos

Al Dr. Francisco Pombo Felipe por su ayuda y consejos.

Bibliografía

1. Bezalel S, Mahlab-Guri K, Asher I, Werner B, Sthoeger ZM. Angiotensin converting enzyme inhibitor induced angioedema. *Am J Med.* 2015;128:120-5.
2. Ishigami K, Averill SL, Pollard JH, McDonald JM, Sato Y. Radiologic manifestations of angioedema. *Insights Imaging.* 2014;5:365-74.
3. Scheirey CD, Scholz FJ, Shortsleeve MJ, Katz DS. Angiotensin-converting enzyme inhibitor-induced small-bowel angioedema: Clinical and imaging findings in 20 patients. *AJR Am J Roentgenol.* 2011;197:393-8.
4. Macari M, Megibow AJ, Balthazar EJ. A pattern approach to the abnormal small bowel: Observations at MDCT and CT enterography. *AJR Am J Roentgenol.* 2007;188:1344-55.
5. Marmery H, Mirvis SE. Angiotensin-converting enzyme inhibitor-induced visceral angioedema. *Clin Radiol.* 2006;61:979-82.

D. Romeu Vilar^{a,*} y D. López Rey^b

^a Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Virxe da Xunqueira, Cee, A Coruña, España

^b Servicio de Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: doc_romeu@yahoo.com
(D. Romeu Vilar).