

CASOS CLÍNICOS

Apendicitis aguda secundaria a una vasculitis lúpica

Drs. ALEJANDRO BARRERA E, GUILLERMO BANNURA C, YAMILE CORREDOIRA S,
ANGELA GARCÍA R

Servicio y Departamento de Cirugía y Anatomía Patológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán,
Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

RESUMEN

Se presenta un caso de una paciente de 33 años, con evidencias clínicas de cuadro de vasculitis con compromiso cutáneo y articular, que cursa con dolor abdominal en fosa ilíaca derecha y signos de irritación peritoneal. Se interviene encontrándose un apéndice cecal levemente inflamado. Evoluciona en buenas condiciones con remisión de la sintomatología articular y cutánea, luego de recibir un tratamiento con corticoides. El estudio de laboratorio comprueba la existencia de un lupus eritematoso sistémico (LES). La biopsia demostró una apendicitis por vasculitis con necrosis fibrinoide de los vasos medianos. Se recomienda la utilización de los índices de actividad lúpica para orientar la sospecha diagnóstica entre una apendicitis aguda habitual y una inflamación del órgano secundario a la enfermedad lúpica.

PALABRAS CLAVES: *Apendicitis aguda, lupus, cirugía precoz*

SUMMARY

This is a case report of a 33 year-old female who presented with clinical signs of vasculitis, with skin and joint involvement. She developed pain in the right lower quadrant with peritoneal signs. At laparotomy, a slightly inflamed vermiform appendix was found. Her postoperative course was fair; following steroid therapy, her articular and skin symptomatology disappeared. Laboratory tests confirmed the diagnosis of systemic lupus erithematosus. The surgical specimen showed appendicitis secondary to a vasculitis with fibrinoid necrosis of mid-sized vessels. For the differential diagnosis between a usual acute appendicitis and lupic involvement of the organ, the use of the lupic activity indexes is recommended.

KEY WORDS: *Acute appendicitis, systemic lupus erithematosus, early surgery*

INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad reumatológica común, con una incidencia de 1 en 5000 habitantes en los Estados Unidos.¹ La enfermedad se caracteriza por compromiso articular, cutáneo, renal, neurológico, hematológico y de serosas. El compromiso gastrointestinal se encuentra hasta en el 50% de los pacientes y fue descrito por Sir William Osler en 1895.² Este se caracteriza principalmente por dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea, pudiendo afectar cual-

quier segmento del tubo digestivo (Tabla 1). Las manifestaciones gastrointestinales se presentan como consecuencia del compromiso primario del LES o debido a una complicación del tratamiento.^{3,4}

El síntoma más común en el área digestiva es el dolor abdominal, pudiendo encontrarse en tres situaciones clínicas:

1. Paciente joven, habitualmente mujer, con dolor abdominal y manifestaciones cutáneas, articulares y renales que la hacen sospechosas de padecer de un LES.

Tabla 1
MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

Localización	Síntomas
Membranas mucosas	Ulceraciones, xerostomía
Esófago	Dismotilidad, reflujo ácido, vasculitis con o sin perforación
Estómago	Úlcera péptica, anemia perniciosa, ectasia vascular
Intestino delgado y grueso	Dismotilidad, vasculitis, trombosis, mala absorción, enfermedad inflamatoria intestinal, sobrepoblación bacteriana, serositis
Hígado	Hepatitis autoinmune o medicamentosa
Páncreas	Pancreatitis autoinmune o medicamentosa

2. Paciente portadora de un LES, que desarrolla dolor abdominal en relación a su tratamiento.

3. Paciente conocida con LES sin tratamiento, que inicia un cuadro doloroso.

En estas tres condiciones la evaluación del cirujano resulta de primordial importancia para evitar la morbilidad y mortalidad derivada del retardo de la cirugía.⁵

Debido a las dificultades que plantea al diagnóstico y a la oportunidad del tratamiento de una apendicitis aguda en un paciente lúpico, nos parece de interés presentar un caso que nos correspondió tratar y efectuar una revisión de la literatura sobre el tema.

CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años previamente sana, con antecedentes de 3 embarazos con un aborto espontáneo. Su cuadro actual se inicia 2 meses previo a su ingreso caracterizado por compromiso del estado general, baja de peso de 10 kg, anorexia, poliartralgias, lesiones cutáneas eritematosas en cara y tórax, caída difusa del pelo, a lo que se agrega sensación febril en las últimas 2 semanas. Por exacerbación de las poliartralgias consulta a Servicio de Urgencia HUAP, donde es hospitalizada y derivada a nuestro Hospital al día siguiente.

A su ingreso se encuentra febril (37,8° C axilar), con lesiones eritematosas faciales y torácicas y alopecia difusa. En los exámenes de laboratorio destaca una anemia con hematocrito de 30%, hemoglobina 10 mg/dl, leucopenia de 3.000/mm³, trombocitopenia leve al frotis y una leucocituria aséptica de 40-50 leucocitos por campo.

Evoluciona al segundo día de hospitalización con inflamación de articulaciones interfalángicas y metacarpofalángicas. Luego aparece dolor en fosa ilíaca derecha de intensidad progresiva, fiebre de 37,8° C y Blumberg (+) localizado en dicha zona. Por sospecha de una apendicitis aguda se decide cirugía, observándose durante la laparotomía un apéndice levemente inflamado con eritema en su base, ausencia de líquido libre peritoneal con ciego e íleon distal normales. Recibe antibióticos en el preoperatorio inmediato (gentamicina y metronidazol), a lo que se agrega hidrocortisona en dosis de 100 mg cada 8 horas, la que luego se cambia a prednisona y cloroquina, con rápida remisión de la sintomatología articular y de la curva febril.

El estudio inmunológico confirma un LES, con anticuerpos antinucleares (+), complemento disminuido, anticuerpos antimúsculo liso y antiribonucleoproteínas elevados.

La paciente egresa al día undécimo del postoperatorio en buenas condiciones generales sin complicaciones quirúrgicas y asintomática. Mantiene controles en reumatología con un seguimiento de 11 meses asintomática y sin nuevos cuadros de dolor abdominal. En este tiempo ha recuperado peso y mantiene tratamiento con prednisona 40 mg por día.

La biopsia mostró vasculitis con necrosis fibrinoide de los vasos medianos del apéndice (Figura 1).

DISCUSIÓN

El dolor abdominal se presenta con frecuencia en los pacientes con un LES. Muchos episodios son autolimitados y responden adecuadamente al tratamiento sintomático o al ajuste de la terapia esteroideal.⁶ Sin embargo, con cierta frecuencia este cuadro requiere de hospitalización y estudios com-

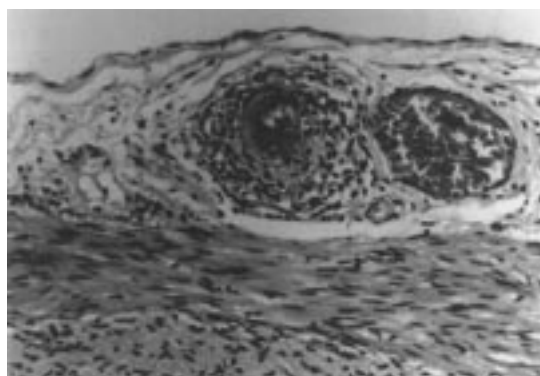


Figura 1. Vasculitis con necrosis fibrinoide de la capa media en arteriolas medianas.

plementarios para aclarar su naturaleza y su adecuado tratamiento.

Una vez establecido el diagnóstico de abdomen agudo en un paciente de estas características, una primera aproximación etiológica debe ser definir si se trata de una patología común o por el contrario nos encontramos frente a una complicación propia del lupus o su terapia. Una forma de aproximarse a ésta consiste en la aplicación de una serie de parámetros clínicos y de laboratorio que se reúnan en un puntaje, conocido como SLEDAI (*systemic lupus erythematosus disease activity index*).⁷ Medina⁵ reconoce que en el grupo de pacientes sin enfermedad activa, es decir un puntaje en el SLEDAI entre 0 y 4 puntos, los hallazgos de la laparotomía corresponden a patología habitual no relacionada con el lupus en el 100% de los casos. Por el contrario, los pacientes con enfermedad activa que presentaron los mayores valores del SLEDAI se encontraron en los aquejados de una vasculitis o una trombosis de vasos intraabdominales. Un grupo intermedio lo constituyen pacientes con enfermedad activa que presentaron patología común, con valores entre los anteriores. El caso presentado cuenta con algunos criterios de actividad, como la artritis, las lesiones cutáneas y el complemento bajo. Aunque no fueron evaluados todos los parámetros, era posible sospechar en el preoperatorio una complicación derivada del lupus.

Si existe la fuerte sospecha clínica que se asiste a una complicación de la enfermedad, los cuadros principales a considera en el diagnóstico diferencial son la vasculitis y la trombosis de vasos mesentéricos. Si bien no difieren en cuanto a la presencia de actividad lúpica, es posible intentar un diagnóstico etiológico mediante algunos parámetros clínicos y de laboratorios.^{5,6} La presencia de vasculitis cutánea, trombocitopenia y compromiso del sistema nervioso central, es más frecuente en los cuadros asociados a vasculitis. La presencia de anticuerpos anticardiolipinas, en cambio, se asocia con la trombosis mesentérica por hipercoagulabilidad. Nuestra paciente presentaba lesiones de tipo vasculitis y trombocitopenia, por lo cual era planteable la existencia de un cuadro vasculítico abdominal.

En cuanto a los estudios radiológicos, en la radiografía simple de abdomen es posible encontrar neumatosis intestinal, signo casi patognomónico de vasculitis y mandatorio de cirugía.⁶ La tomografía computada de abdomen puede mostrar cambios en

el grosor de la pared intestinal, aumento del coeficiente de atenuación de la grasa mesentérica, ascitis o trombosis de vasos mesentéricos.⁸ Ninguno de estos exámenes se realizó en el caso presentado, pero si se dispone de ellos son un elemento útil en la toma de decisiones. También es posible realizar estudios cintigráficos, especialmente con glóbulos blancos marcados con Indio¹¹¹, técnica capaz de detectar compromiso inflamatorio del intestino en pacientes con mesenquimopatías.¹

Hechas las consideraciones diagnósticas, la oportunidad de la laparotomía resulta fundamental en los resultados de sobrevivencia de los pacientes. Independiente de la causa del cuadro doloroso, relacionado o no con la enfermedad, si la laparotomía se realiza después de 48 horas la mortalidad alcanza sobre el 80%. En cambio si la laparotomía es realizada antes de las 48 horas de iniciado el cuadro, la mortalidad es menor al 5% en general, y ausente en la serie de Medina.⁵ También resulta importante en evitar complicaciones mayores como la necrosis intestinal por vasculitis, como en el caso presentado por Palma,⁴ al instaurar el tratamiento esteroideal en forma precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Al-Hakeem M, McMillen M: Evaluación of abdominal pain in systemic lupus erythematosus. *Am J Surg* 1998; 176: 291-4.
2. Osler W: On the visceral complications of erythema exudativum multiforme. *Am J Med Sci* 1985; 110: 629-46.
3. Hallegua D, Wallace D: Gastrointestinal manifestations of systemic lupus erythematosus. *Curr Opin Rheumatol* 2000; 12: 379-85.
4. Palma C, Arellano R, Melkonian E *et al*: Abdomen agudo por vasculitis mesentérica como forma de presentación de lupus eritematoso diseminado. *Rev Méd Chile* 1995; 124: 89-93.
5. Medina F, Ayala A, Jara L *et al*: Acute abdomen in systemic lupus erythematosus: the importance of early laparotomy. *Am J Med* 1997; 103: 100-5.
6. Alocer-Gouyonnet F, Chan-Núñez C, Hernández J *et al*: Acute abdomen and lupus enteritis: thrombocytopenia and pneumatosis intestinalis as indicators for surgery. *Am Surg* 2000; 66: 193-5.
7. Bombardier C, Gladman DD, Urowitz MD *et al*: Derivation of SLEDAI. A disease activity index of lupus patients. *Arthritis Rheum* 1992; 35: 630-40.
8. Byun JY, Ha HK, Yu SY *et al*: CT features of systemic lupus erythematosus in patients with acute abdominal pain: emphasis on ischemic bowel disease. *Radiology* 1999; 211: 203-9.