

PRESENTACIÓN DE CASO

Manejo y enfoque inicial del dolor abdominal en un paciente inmunosuprimido

Héctor René Hazbón Nieto¹, Mario Andrés Quintana Duque², Rubén Darío Mantilla³, Antonio Iglesias⁴

Resumen

En este artículo describimos el caso de una paciente con abdomen agudo y antecedente de púrpura trombocitopénica idiopática, trasplante hepático y tratamiento inmunosupresor. Ante la duda diagnóstica, la paciente fue llevada a laparoscopia exploratoria encontrándose una apendicitis aguda.

Presentamos el enfoque y manejo de la patología abdominal quirúrgica en pacientes con enfermedad autoinmune y tratamiento inmunosupresor exponiendo las ventajas de la invasión mínima frente al procedimiento convencional.

Palabras clave: infección, abdomen agudo, inmunosupresión, antibióticos.

Summary

In this article we described the case of a patient with acute abdomen and previous history of idiopathic thrombocytopenic purple, liver transplant and immunosuppressor treatment. Because of the doubt in the diagnosis, an exploratory laparoscopic was done and an acute appendicitis was found.

We presented the initial surgical approach of abdominal pathology in patients with autoimmune

disease and immunosuppressor treatment and also explain the advantages of the minimum invasion compared with conventional procedure.

Key word: infection, acute abdomen, immunosuppressor antibiotics.

Introducción

El enfoque del paciente con enfermedad autoinmune que se presenta con abdomen agudo, es un verdadero reto para el médico, no solo por la cantidad de diagnósticos diferenciales que se deben considerar, sino porque en la mayoría de los casos el paciente recibe tratamiento inmunosupresor. Es bien sabido que este hecho altera la presentación clásica del dolor abdominal. Incluso en casos de peritonitis, la función intestinal es normal y los signos de irritación peritoneal son mínimos o ausentes en la mayoría de los pacientes¹. Por tal motivo los médicos en cualquier nivel de atención deben estar familiarizados con las complicaciones poco usuales que pueden ocurrir en esta población de pacientes y con la forma en que la enfermedad autoinmune y su terapia inmunosupresora pueden modificar la presentación clínica de patología medicoquirúrgica² tan frecuente como la apendicitis y la colecistitis aguda que ocupan actualmente el mayor número de casos en los servicios de urgencias.

1 Cirujano general especialista en Cirugía de Invasión Mínima. Profesor de Cirugía del departamento de Cirugía de la Universidad Nacional de Colombia. Coordinador de la unidad de Invasión Mínima, CIM. Universidad París VI.

2 Médico Cirujano. Universidad Nacional de Colombia.

3 Médico internista Reumatólogo, Universidad Nacional de Colombia, Universidad París V.

4 Profesor Reumatología, Universidad Nacional de Colombia.

Recibido para publicación: abril 27/2007

Aceptado en forma revisada: mayo 25/2007

Revisamos el caso de una paciente de 17 años con antecedente de enfermedad autoinmune, trasplante hepático y tratamiento inmunosupresor con Ciclosporina que presenta dolor abdominal agudo. Este caso ilustra el enfoque, el manejo y las ventajas de la exploración por laparoscopia en este tipo de pacientes.

Presentación del caso

Mujer de 17 años que hace dos días presenta dolor abdominal difuso sin síntomas asociados. Antecedente de trasplante hepático a los dos años de edad por atresia de vías biliares y púrpura trombocitopénica idiopática. Actualmente en tratamiento con ciclosporina 50 mg/día repartidos así: 10 mg-mañana y 40 mg-noche.

Es valorada inicialmente por el reumatólogo quien considera patología quirúrgica y solicita valoración por cirugía general. En la anamnesis la paciente refiere síntomas inespecíficos de cinco días de evolución. Al examen físico no se encuentra compromiso del estado general y a la palpación abdominal encontramos signos clásicos de Rovsing y Blumberg dudosos con ruidos intestinales presentes. El hemograma reportó una leucocitosis de 20.127 leucocitos con 90 por ciento de segmentados sin cayados, ni eosinofilia. La creatinina y pruebas de función hepática se encontraban dentro de límites normales.

Ante la sospecha clínica y de laboratorio decidimos realizar una laparoscopia dx para aclarar dudas con la primera posibilidad diagnóstica de una apendicitis aguda.

Procedimiento quirúrgico

El paciente es anestesiado con inducción endovenosa e intubación orotraqueal en posición decúbito supino con los brazos abiertos, Figura 1.

Se inició tratamiento antibiótico con ampicilina sulbactam (Unasyn) 1,5 grs ev cada 12 hrs.

Pese a que la paciente presentaba una cicatriz en el abdomen superior por la realización de su trasplante hepático en forma de Mercedes Benz, se realizó el neumoperitoneo en la región umbilical,

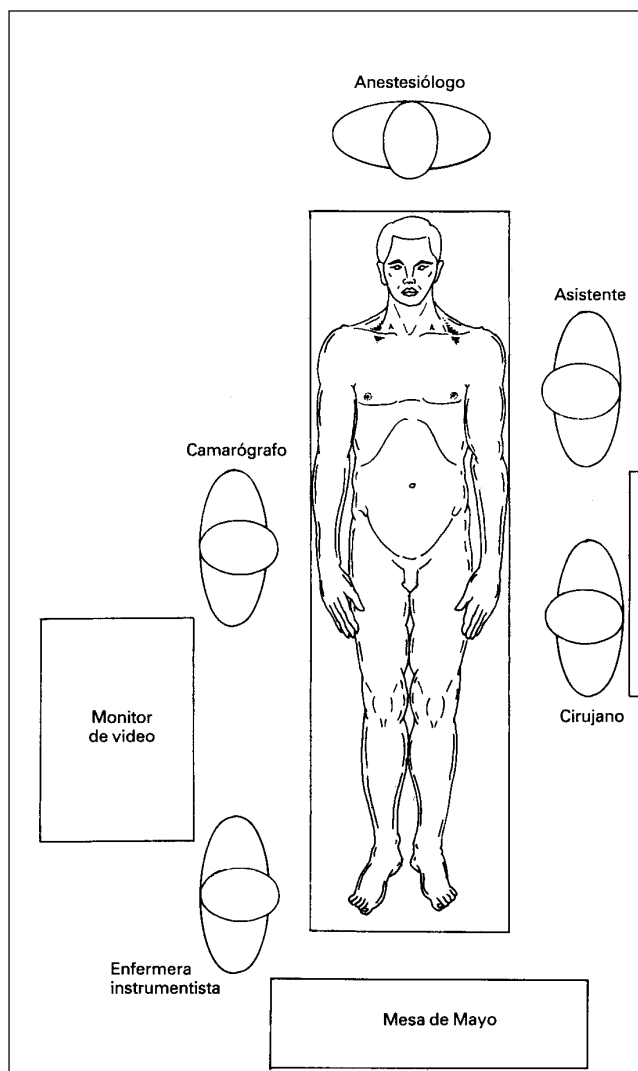


Figura 1. Colocación paciente en el quirófano

alterando la manera usual del autor en la realización del neumoperitoneo en el Hipocondrio izquierdo por ser una zona de la pared abdominal en donde el peritoneo es más fijo a la pared y da más sensibilidad en el paso de la aguja de Verres. El neumoperitoneo se arregló a 14 mms de mercurio a un flujo de 25 lts por minuto.

El primer trocar colocado fue el de 10 mms de diámetro a nivel del ombligo en su porción superior previa prueba con aguja hipodérmica para detectar si hay asas abdominales adheridas a la pared por su antecedente quirúrgico en el sitio donde se colocará el primer trocar con técnica cerrada.

Una vez se introduce el sistema óptico de cero grados, se realiza una inspección de toda la cavidad abdominal, encontrando varias adherencias en el abdomen superior por su antecedente quirúrgico. Curiosamente no encontramos líquido libre en cavidad pero si se encontraba con eritema aumentado todas la serosas de los intestinos y pared parietal. Los hipocondrios estaban libres de líquido y el hígado transplantado se encontraba en buenas condiciones generales.

Cuando inspeccionamos la fosa iliaca derecha, hallamos una apéndice definitivamente comprometida por su turgencia, erección como signo inequívoco en la visión laparoscópica de la apendicitis y cambios de color por su compromiso vascular isquémico por aumento de la presión intraluminal. Figura 2.



Figura 2. Apéndice Inflamada.

El siguiente paso fue colocar los trocares operatorios de 5 mm en la pelvis baja, en número de 2, justo lateral a los vasos epigástricos inferiores y muy cerca de la espina iliaca antero superior. En el trocar operatorio del lado derecho introduzco una pinza grasping atraumática para sujetar la apéndice y en el otro trocar paso una pinza hooke para coagular con monopolar el borde del meso apéndice íntimamente adherido al órgano, para no tener que

realizar el control vascular directamente en la arteria apendiculocólica, Figura 3.

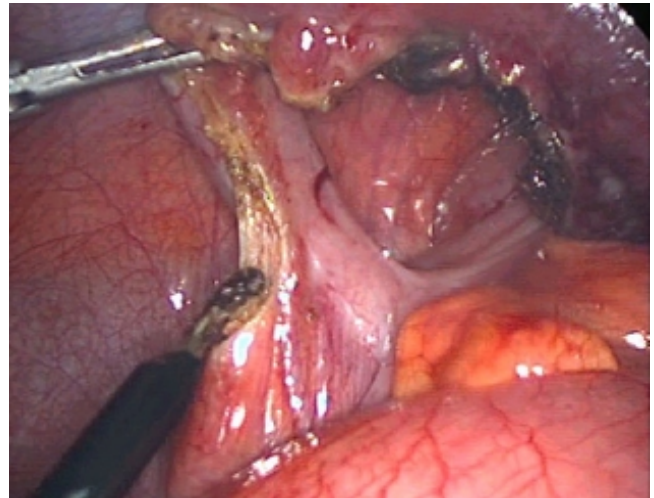


Figura 3. Disección mesoapendicular.

Una vez se ha separado la apéndice de su meso y verificado su completa hemostasia, se controla la base de la apéndice con dos nudos de Roeder para cortar la apéndice entre ellos y extraerla en una bolsa estéril adecuada por el autor para extraer piezas quirúrgicas del abdomen para los abordajes laparoscópicos.

Esta técnica evita utilizar suturas mecánicas para realizar el control tanto de la base apendicular y su meso con un costo definitivamente más bajo y replica más exactamente al procedimiento convencional.

Finalmente se extrae la apéndice por el trocar de 10 mm umbilical con la bolsa y finalizamos el procedimiento extrayendo la mayor cantidad de gas del abdomen para disminuir el dolor post quirúrgico debido a esta causa³. Cierro los puntos con grapas para piel y disminuir el costo en la sutura que utilizaríamos para cerrar la piel con Nylon 3/0s.

El paciente al ser intervenido en la madrugada estuvo hasta el día siguiente en la clínica bajo manejo antibiótico y seguimiento por su estado inmunosupresor, dado que suspendimos este medicamento por tres días. En la valoración ambulatoria se observó petequias en miembros superiores e inferiores con artralgias que cedieron al reiniciar nuevamente el tratamiento inmunosupresor.

Discusión

El porcentaje de patología abdominal quirúrgica en pacientes con enfermedades autoinmunes es muy similar a la población general⁴. Sin embargo, hay que tener en cuenta que dentro de las manifestaciones clínicas de algunas enfermedades reumatológicas, puede existir compromiso abdominal que origine dolor y por lo tanto se convierta en un diagnóstico diferencial a la hora de hacer el abordaje de estos pacientes. Dentro de este grupo, la enfermedad que con mayor frecuencia puede generar cuadros de abdomen agudo no quirúrgico es el Lupus Eritematoso Sistémico debido a enteritis lúpica⁵ y pancreatitis, seguido por vasculitis primarias como la Panarteritis Nodosa⁶, Púrpura de Henoch-Schonlein⁷, Síndrome de Churgg-Strauss⁸, Enfermedad de Buerger⁹ y Granulomatosis de Wegener¹⁰. El común denominador en estas patologías es la isquemia intestinal secundaria al proceso inflamatorio o a la presencia de microtrombos a nivel vascular. En PAN y granulomatosis de Wegener el dolor puede ser explicado por ruptura de aneurismas intraabdominales, lo que constituye una verdadera urgencia quirúrgica¹¹.

Se calcula que hasta el 34% de los pacientes con vasculitis primarias y compromiso del tracto gastrointestinal presentan cuadros de abdomen agudo en algún momento de su enfermedad¹², siendo la apendicitis y colecistitis aguda las patologías más frecuentemente observadas tal cual ocurre en la población general. En pacientes con estado de inmunosupresión severo hay que tener en cuenta infecciones por gérmenes atípicos, enterocolitis neutropénicas, complicaciones medicamentosas y enfermedades del tracto biliar poco frecuentes en pacientes inmunocompetentes⁵.

El diagnóstico diferencial es difícil, especialmente porque el cuadro clínico en estos pacientes no es florido en razón a la terapia inmunosupresora y porque no hay paraclínicos que provean suficiente evidencia para definir el diagnóstico¹³. Por tal motivo y teniendo en cuenta que el retardar una decisión terapéutica incrementa la tasa de mortalidad¹⁴, la laparoscopia diagnóstica se convierte en una herramienta importante para resolver estos casos. Sus ventajas radican en el hecho de ofrecer una rápida y

exacta valoración de la cavidad abdominal, sumado a la gran posibilidad de realizar una intervención terapéutica¹⁵. Además, es mucho menos traumática e invasiva que la laparotomía exploratoria, con lo cual disminuye el riesgo de infección que *per se* se encuentra aumentado en estos pacientes.

Varias publicaciones¹⁶ han demostrado los beneficios que tiene la intervención quirúrgica precoz en los casos de pacientes con enfermedades autoinmunes e inmunosupresión; sin embargo, tan solo Gobbi et al.¹⁴ han reportado el uso de laparoscopia diagnóstica-terapéutica en un paciente con LES quien presentó un abdomen agudo quirúrgico secundario a infarto intestinal por vasculitis leucocitoclástica. Todavía muchos autores piensan que la laparotomía exploratoria debe ser el procedimiento de elección¹⁻¹⁷, quizá por la falta de experiencia con laparoscopia en estos pacientes.

Conclusión

El describir este caso sirve para recordar las dificultades diagnósticas que se presentan con el paciente inmunosuprimido y las estrategias que se pueden utilizar para resolver estos casos. En particular, presentamos el abordaje laparoscópico¹⁷ que aparte de aclarar dudas y servir como herramienta terapéutica, es tan seguro como el procedimiento convencional ofreciendo todas las ventajas de la invasión mínima.

Referencias

1. Menegaux F. Acute abdominal pain in immunodepressed patients. *Rev Prat* 2001; 51(15): 1665-1669.
2. Nylander WA Jr. The acute abdomen in the immunocompromised host. *Surg Clin North Am* 1988; 68(2): 457-470.
3. Mouret Ph., Marsaud H. L'appendicectomie par coelioscopie. Technique et evaluation. 2 World Congress of surgical Endoscopy, Atlanta (Georgia) 1990.
4. Scott-Conner CE, Fabrega AJ. Gastrointestinal problems in the immunocompromised host. A review for surgeons. *Surg Endosc* 1996; 10(10): 959-964.
5. C-K Lee, M S Ahn, E Y Lee, J et al. Acute abdominal pain in systemic lupus erythematosus: focus on lupus enteritis (gastrointestinal vasculitis). *Ann Rheum Dis* 2002; 61: 547-550.
6. Zizic TM, Classen JN, Stevens MB. Acute abdominal complications of systemic lupus erythematosus and polyarteritis nodosa. *Am J Med* 1982; 73(4): 525-531.
7. Lawes D, Wood J. Acute abdomen in Henoch-Schonlein purpura. *J R Soc Med* 2002; 95: 505-506.

8. Alvarez C, Asensi V, Rodriguez-Guardado A, Casado L, Ablanado P, Alvarez-Navascues C. Unusual complications in the Churg-Strauss syndrome. *Ann Rheum Dis* 2002; 61(1): 94-95.
9. Kobayashi M, Kurose K, Kobata T, Hida K, Sakamoto S, Matsubara J. Ischemic intestinal involvement in a patient with Buerger disease: case report and literature review. *J Vasc Surg* 2003; 38(1): 170-174.
10. Storesund B, Gran JT, Koldingsnes W. Severe intestinal involvement in Wegener's granulomatosis: report of two cases and review of the literature. *Br J Rheumatol* 1998; 37(4): 387-390.
11. Ha HK, Seung HL, Rha SE, et al. Radiologic features of vasculitis involving the gastrointestinal tract. *Radiographics* 2000; 20: 779-794.
12. Pagnoux C, Mahr A, Cohen P, Guillevin L. Presentation and Outcome of Gastrointestinal Involvement in Systemic Necrotizing Vasculitides. *Medicine* 2005; 84: 115-128.
13. Gobbi S, Sarli L, Violi V, Roncoroni L. Laparoscopically assisted treatment of acute abdomen in systemic lupus erythematosus. *Surg Endosc* 2000; 14(11): 1085-1086. Epub 2000 Sep 7.
14. Harvey AM, Shulman LE, Tumulty PA. Systemic lupus erythematosus: review of the literature and clinical analysis of 128 cases. *Medicine* 1954; 33: 291-437.
15. Golash V, Willson P. Early laparoscopy as a routine procedure in the management of acute abdominal pain. A review of 1,320 patients. *Surg Endosc* 2005; 19: 882-885.
16. Medina F, Ayala A, Jara LJ, Becerra M, Miranda JM. Acute abdomen in systemic lupus erythematosus: the importance of early laparotomy. *Am J Med* 1997; 103(2): 100-105.
17. Easter D, Cushieri A. The utility of diagnostic laparoscopy for abdominal disorders. *Arch Surg* 1992; 127: 379-383.

CONGRESOS 2007

**XI CONGRESO
COLOMBIANO DE REUMATOLOGÍA
Hotel Intercontinental – Medellín
Agosto 16 al 19 de 2007
www.asoreuma.org**

**II CONGRESO
COLOMBIANO DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
Hotel Intercontinental – Medellín
Agosto 18 y 19 de 2007
www.asoreuma.org**

**V CONGRESO
DEL COLEGIO IBEROAMERICANO DE REUMATOLOGÍA
Buenos Aires - Argentina
Agosto 21 al 23 de 2007
www.comgredi.com.ar**

**CONGRESO AMERICANO DE REUMATOLOGÍA
Boston, Massachusets
Noviembre 7 al 11 de 2007
www.rheumatology.org**