



Reumatología clínica en imágenes

## Íleo e hidronefrosis de causa atípica

An atypical cause of intestinal occlusion and hidronephrosis

María Lucía Alvela-Suárez, Mercedes Gómez-Munuera, Moncef Belhassen-García\*, Ignacio Novo-Veleiro, Víctor Chimpén-Ruiz y Milagros Bécares-Lozano

Servicio de Medicina Interna III, Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

On-line el 22 de noviembre de 2009

### Introducción

Presentamos un paciente que desarrolló un íleo intestinal como debut de un lupus eritematoso sistémico (LES), con una buena respuesta a tratamiento corticoideo.

### Caso clínico

Varón de 56 años de edad con antecedentes de psoriasis y cuadros ocasionales de artritis tratados con antiinflamatorios no esteroideos y corticoides. Comienza los días previos a su ingreso con mal estado general, artritis simétrica (codos, muñecas e interfalángicas) y fiebre mantenida de hasta 38,5 °C acompañado de disnea progresiva hasta hacerse de reposo, sin tos, expectoración ni dolor torácico. En la exploración observamos la presencia de lesiones psoriasiformes generalizadas, artritis en codos y muñecas, hipoventilación en bases pulmonares y tonos cardiacos rítmicos apagados con roce pleural. Analíticamente destaca hemoglobina de 11,3 g/dl, leucocitos  $14,8 \times 10^3/\mu\text{l}$ , neutrófilos  $13,3 \times 10^3/\mu\text{l}$ , linfocitos  $1 \times 10^3/\mu\text{l}$ , plaquetas  $298 \times 10^3/\mu\text{l}$ , tiempo de protrombina del 58%, tiempo de tromboplastina parcial activada: 57,9 s, proteína C reactiva  $>9 \text{ mg/dl}$ , velocidad de sedimentación globular 83 mm/1.<sup>a</sup> h y enzimas cardiacas dentro de valores normales. El electrocardiograma muestra ritmo sinusal a 100 latidos por min, con un eje a  $+30^\circ$ , sin evidenciarse alteraciones en la repolarización ni signos de isquemia. En la radiografía de tórax se aprecia cardiomegalia grado III/V y derrame pleural. En el ecocardiograma se objetiva derrame pericárdico moderado sin signos de taponamiento ni hipomotilidad segmentaria. Se solicita escáner torácico, donde se confirma la existencia del derrame pericárdico y pleural (fig. 1). Ante la sospecha de sepsis de posible origen respiratorio, se inicia antibioterapia

empírica con ceftriaxona. Los cultivos de sangre, orina y esputo para bacterias y bacilo de Koch realizados de manera seriada fueron repetidamente negativos. El paciente evoluciona desfavorablemente, persiste la fiebre y presenta íleo intestinal con marcada distensión abdominal, dolor difuso a la palpación y vómitos fecaloideos, con incremento progresivo de los reactantes de fase aguda. Se realiza escáner abdominal (fig. 2) donde se observa importante dilatación del marco cólico intestinal desde sigma hasta cámara gástrica inclusive sin evidenciarse causa obstructiva. El riñón derecho muestra dilatación de grupos caliciales, con hidronefrosis grado III y dilatación de la porción inicial del uréter. En la colonoscopia no se objetiva causa de estenosis. En este momento recibimos autoinmunidad, con anticuerpos antinucleares (ANA) a título de 1/320, que junto a la linfopenia, artritis y poliserositis hacen que el paciente cumpla criterios del American College of Rheumatology



Figura 1. Derrame pericárdico y pleural.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mbehassen@hotmail.com](mailto:mbehassen@hotmail.com) (M. Belhassen-García).

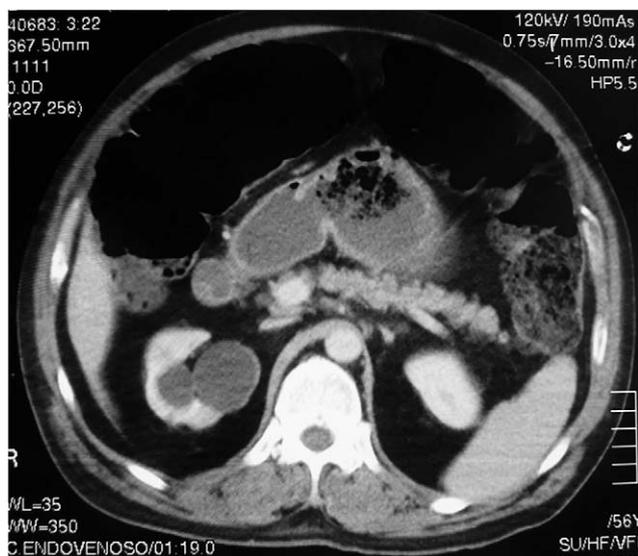


Figura 2. Íleo e hidronefrosis.

(ACR) de 1997 para LES. Se inicia tratamiento corticoideo a altas dosis (metilprednisolona 1g cada 24 h durante 5 días). El paciente presenta mejoría clínica con defervescencia, resolución del íleo, de la poliserosistis, de la artritis, y normalización analítica. En las revisiones posteriores está paucisintomático, con episodios ocasionales de artritis.

## Discusión

El LES es una enfermedad autoinmune multisistémica de etiología desconocida. A pesar de que las manifestaciones gastrointestinales se presentan durante la evolución de la enfermedad en más del 50% de los pacientes, estas están infravaloradas<sup>1</sup>. La clínica digestiva es muy variada y puede afectar a cualquier órgano, aunque la mayoría de las complicaciones ocurren a nivel de intestino delgado y grueso. El proceso más frecuente a dicho nivel es la vasculitis<sup>1</sup>. Recientemente se ha descrito la relación de la

pseudoobstrucción intestinal con el LES<sup>2</sup>, existiendo menos de 30 casos publicados<sup>2</sup>. La pseudoobstrucción intestinal puede aparecer dentro del cuadro de debut del LES en un porcentaje en torno al 40%<sup>2</sup> de los casos, como el paciente presentado (con la consiguiente dificultad diagnóstica), o dentro de un brote de la enfermedad tras años de evolución<sup>3</sup>. La clínica es de vómitos, dolor abdominal y cuadros de diarrea en casos de afectación del intestino delgado por el sobrecrecimiento bacteriano o estreñimiento si actúa sobre el intestino grueso. La pseudoobstrucción intestinal se acompaña de ureterohidronefrosis hasta en un 63,6% de los casos<sup>4</sup>. El mecanismo íntimo de producción es desconocido. Su asociación con la ureterohidronefrosis se explicaría por la circulación de anticuerpos contra la musculatura lisa<sup>1</sup> o por una posible afectación vasculítica de la misma que produciría la hipomotilidad y el daño muscular<sup>2</sup>, llevando a la atrofia y a la degeneración de la media con necrosis fibrinoide de los vasos de la pared e infiltración de la lámina propia<sup>5</sup>. El tratamiento consiste en altas dosis de esteroides y/o inmunosupresores junto a procinéticos. Presenta un mal pronóstico, con una mortalidad en torno al 18% a los 6 meses de aparición de la pseudoobstrucción<sup>2</sup>. Es importante destacar que una alta sospecha clínica es fundamental para evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Luman W, Chua KB, Cheong WK, Ng HS. Gastrointestinal manifestations of systemic lupus erythematosus. *Singapore Med J.* 2001;42:380–4.
2. Ceccato F, Salas A, Gongora V, Ruta S, Roverano S, Marcos JC, et al. Chronic intestinal pseudo-obstruction in patients with systemic lupus erythematosus: report of four cases. *Clin Rheumatol.* 2008;27:399–402.
3. Nguyen H, Khanna N. Intestinal pseudo-obstruction as a presenting manifestation of systemic lupus erythematosus: case report and review of the literature. *South Med J.* 2004;97:186–9.
4. Alexopoulou A, Andrianakos A, Dourakis SP. Intestinal pseudo-obstruction and ureterohidronephrosis as the presenting manifestations of relapse in a lupus patient. *Lupus.* 2004;13:954–6.
5. Munyard P, Jaswon M. Systemic lupus erythematosus presenting as intestinal pseudo-obstruction. *J R Soc Med.* 1997;90:48–9.