

Angioedema abdominal

Abdominal angioedema

Data de receção / Received in: 05/11/2010

Data de aceitação / Accepted for publication in: 19/11/2010

Rev Port Imunoalergologia 2010; 18 (6): 603-604

Leonor Paulos Viegas, Ana Célia Costa, Manuel Branco Ferreira, Amélia Spínola Santos, Manuel Pereira Barbosa

Serviço de Imunoalergologia / *Immunoallergy Department*
Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE



Figura 1 / Figure 1

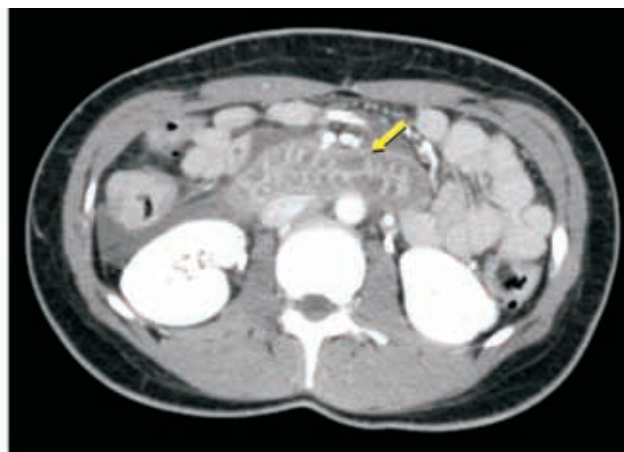


Figura 2 / Figure 2

COMENTÁRIO

Mulher de 30 anos, com antecedentes pessoais de angioedema hereditário de tipo II, recorreu ao serviço de urgência, três dias após infecção respiratória alta, por início súbito de dores abdominais intensas, de tipo cólica, náuseas e vômitos, que não aliviaram após as medidas habituais (estanazolol e ácido épsilon-aminocapróico). No ano anterior, a doença tinha sido classificada como grave (crises graves, necessidade de tratamento emergente com CI inibidor e profilaxia de longo prazo com estanazolol 6mg/dia). O exame objectivo revelava hipotensão, com frequência cardíaca e oximetria normais. A palpação abdominal era difusamente dolorosa, com ruídos hidroaéreos presentes. A TC abdominal revelou líquido livre entre estômago, pâncreas e intestino delgado, espessamento das paredes gástrica e intestinal (setas, Figura 1), edema da parede intestinal em D3 com 9 mm, 6 mm acima do normal (seta, Figura 2). Foi tratada com icatibant 30 mg/sc, um antagonista selectivo dos receptores β_2 da bradicinina, com alívio sintomático após 60 minutos.

COMMENT

A 30 year old woman, with type II Hereditary Angioedema, came to the emergency room 3 days after an upper respiratory tract infection with sudden abdominal colic, nausea and vomiting, that did not improve after the usual measures (stanazolol and epsilon-aminocaproic acid). In the previous year her disease was classified as severe (severe attacks, need for emergency treatment with CI inhibitor, and long term prophylaxis for more than 6 months with stanazolol 6mg daily). Physical examination revealed hypotension, normal heart rate and oximetry. The abdomen was diffusely tender, with normal bowel sounds. Abdominal CT showed free liquid between stomach, pancreas and small intestine, thickened gastric and intestinal wall (arrows, Figure 1), intestinal wall oedema in D3 with 9mm, 6 mm above normal (arrow, Figure 2). She was treated with icatibant 30 mg/sc, a selective bradykinin beta-2 receptor antagonist, with reversal of the symptoms within 60 minutes.