

## **Manifestaciones gastrointestinales del lupus eritematoso sistémico**

Gastrointestinal manifestations of systemic lupus erythematosus

María Isabel Pérez Rodríguez<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0009-0008-7190-8098>

Elsa García Bacallao<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-7743-7636>

Idalmis Aguilera Matos<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-7364-1533>

Lorena Sixto Simpson<sup>2</sup> <https://orcid.org/0009-0000-0849-5034>

<sup>1</sup>Instituto de Gastroenterología. La Habana. Cuba.

<sup>2</sup>Hospital Pediátrico “Juan Manuel Márquez”. La Habana. Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [isisperez051089@gmail.com](mailto:isisperez051089@gmail.com)

### **RESUMEN**

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica de etiología autoinmunitaria. Las manifestaciones gastrointestinales de esta entidad fueron observadas por primera vez por William Osler en 1895. Se presentan en el 40 % de estos pacientes; y pueden ser, potencialmente letales o graves. Se presenta una paciente femenina de 13 años que comienza con lesiones en piel, dolor abdominal en fosa iliaca derecha, fiebre, vómitos y pérdida de peso aproximada de 10 kg. Durante el estudio se constata poliserositis y vasculitis gástrica. En la endoscopia digestiva superior los hallazgos son inespecíficos; se describe con mayor frecuencia la presencia de úlceras y los cambios histológicos son predominantemente submucosos; lo que complejiza el diagnóstico. La angiotomografía computarizada podría ser una herramienta útil para establecer el diagnóstico de vasculitis. Se trata de una condición infrecuente, que puede comprometer a otros órganos.

**Palabras clave:** Lupus; enteritis lúpica; vasculitis.

## **ABSTRACT**

Systemic lupus erythematosus (SLE) is a chronic disease of autoimmune etiology. The gastrointestinal manifestations of this condition were first observed by William Osler in 1895. They occur in 40% of these patients and can be potentially fatal or severe. We present the case of a 13-year-old female patient who presented with skin lesion, right lower quadrant abdominal pain, fever, vomiting, and an approximate weight loss of 10 kg. During the evaluation, gastric polyserositis and vasculitis were found. Upper gastrointestinal endoscopy findings were nonspecific; the most frequently described finding was the presence of ulcers, and the histological changes were predominantly submucosal, which complicated the diagnosis. Computed tomography angiography could be a useful tool for establishing the diagnosis of vasculitis. This is an uncommon condition that can affect other organs.

**Keywords:** Lupus; lupus enteritis; vasculitis.

Recibido: 14/03/2025

Aceptado: 23/12/2025

## **Introducción**

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que puede comprometer todo el tracto gastrointestinal debido a una vasculitis por depósito de inmunocomplejos, lo que genera isquemia, ulceración y complicaciones graves.<sup>(1)</sup> Las manifestaciones digestivas en el LES fueron descritas desde 1895.<sup>(2)</sup> Estas son frecuentes (afectan al 40-60% de los pacientes).<sup>(3)</sup> Para el diagnóstico de la enfermedad se requieren criterios clínicos e inmunológicos establecidos por sociedades como el Colegio Americano de Reumatología (ACR, por sus siglas en inglés),<sup>(4)</sup> los cuales han ido evolucionando para permitir un diagnóstico más temprano y preciso.<sup>(5)</sup>

El LES puede asociarse a un síndrome de superposición (síndrome de overlap) cuando coexisten criterios clínicos para dos entidades autoinmunes, lo que hace el diagnóstico más difícil.<sup>(5,6,7,8,9,10,11)</sup>

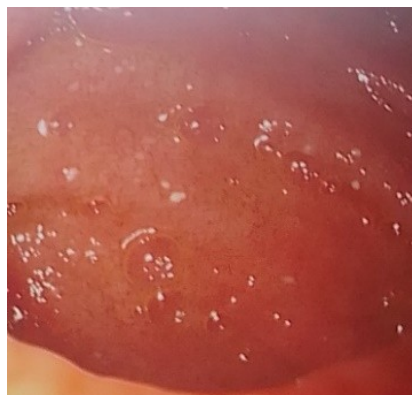
Este informe de caso clínico ilustra una forma de presentación gastrointestinal del LES. Se destaca los desafíos diagnósticos que surgen cuando los síntomas se instauran de manera progresiva. Cabe destacar que esta presentación atípica retrasa la consecución de los criterios diagnósticos establecidos, una dificultad que se acentúa en contextos con acceso limitado a estudios inmunológicos especializados. El caso subraya una paradoja clínica relevante: aunque las manifestaciones gastrointestinales son frecuentes y potencialmente graves, no están incluidas como criterios diagnósticos del LES, lo que puede llevar a un diagnóstico tardío y a complicaciones como la desnutrición severa. El objetivo de este reporte es alertar sobre este vacío y enfatizar la necesidad de incluir estas manifestaciones en la evaluación temprana de la enfermedad.

## **Presentación del caso**

Paciente femenina de 13 años procedente de una zona rural, sin antecedentes patológicos prenatal, perinatal o posnatal. Seis meses antes del diagnóstico final, comenzó con lesiones cutáneas tipo habones sin prurito, diseminadas por todo el cuerpo. Se indicó restricción dietética, antihistamínicos y antiparasitarios, sin mejoría clínica. Posteriormente se instauró dolor abdominal a tipo cólico, de localización difusa y moderada intensidad, acompañado de náuseas, vómitos recurrentes y pérdida de peso. En los estudios ambulatorios se constata poliserositis (derrame pleural y ascitis) y se decide su ingreso. Durante la hospitalización, además de los vómitos, se presenta un síndrome febril asociado a síntomas urinarios bajos y se constata la pérdida de peso de aproximadamente 10 kg, por este motivo se realiza urocultivo que resultó negativo, se realiza endoscopia digestiva superior la cual reportó pangastritis eritematosa severa, síndrome pilórico incompleto y una posible úlcera en bulbo duodenal. Las biopsias tomadas concluyeron; gastritis crónica moderada y *Helicobacter pylori*

positivo. Recibió tratamiento con omeprazol y sucralfato, sin mejoría clínica, y acude a consulta de Gastroenterología, del Instituto de Gastroenterología.

Al examen físico se observó mucosas pálidas y seca, disminución del panículo adiposo, caída del cabello, glositis, aftas bucales y dolor abdominal en fosa iliaca derecha. Se indican estudios complementarios y se decide realizar ileocolonoscopía (fig. 1), la cual reportó sospecha de linfangiectasia intestinal, pangastritis eritematosa erosiva moderada y lesión elevada en antro gástrico.



**Fig. 1-** Primera porción del duodeno. Duodenitis crónica ligera

La biopsia informó duodenitis crónica ligera, muestras superficiales de mucosa gástrica con infiltrado crónico ligero en lámina propia; *Helicobacter pylori* negativo. La lesión elevada mostró fragmentos de mucosa gástrica con presencia de glándulas hiperplásicas, algunas de ellas dilatadas, con infiltrado crónico ligero, zonas de erosión y de ulceración.

El estudio bioquímico reveló eritrosedimentación acelerada, anemia ferropénica, trombocitosis, inmunoglobulina G elevada. La cituria fue negativa para proteinuria y el seriado de heces también resultó negativo.

Se realiza ultrasonido abdominal que informó patrón gaseoso gástrico intestinal muy aumentado con presencia de líquido interasas y líquido libre en cavidad abdominal de moderada cuantía a nivel de hipogastrio, apreciándose engrosamiento parietal de 4 mm y moderada distensión

de asas, que alcanza 26 mm; riñón izquierdo sin alteración, riñón derecho con dilatación pielica, la pelvis mide 17 mm, sin que se aprecie la causa del obstáculo.

Se repitió la cituria y se solicitaron ANA, ANCA en ese momentos no disponibles y función renal fue normal.

Posteriormente se realizó tránsito intestinal baritado que mostró un rápido pase del contraste, dilatación moderada de asas intestinales, no se observa fragmentación o segmentación de la columna de bario, íleon terminal no presenta alteraciones. Signos de malabsorción intestinal.

Se realizó colonoscopia que informa sospecha endoscópica de hiperplasia linfoide de la cual se tomó biopsia. Que informa una muestra superficial con infiltrado crónico ligero, algunos histiocitos en la lámina propia, con inmunohistoquímica negativa.

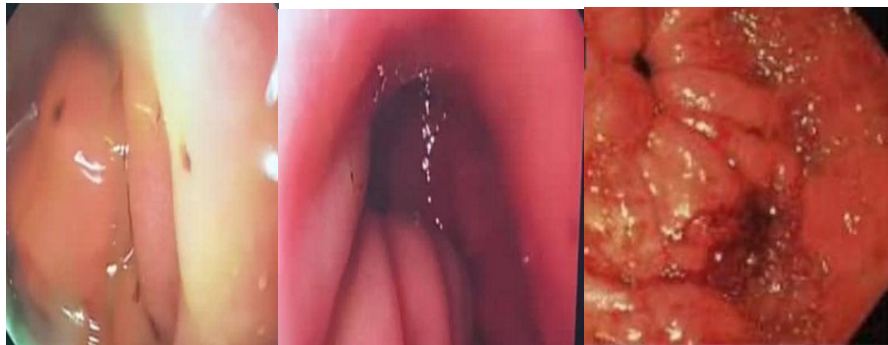
Minutos después de la colonoscopia, aparecen lesiones purpúricas sugestivas de vasculitis. Este hallazgo crucial motivó una interconsulta con Reumatología donde se diagnosticó una vasculitis sistémica (fig. 2).



**Fig. 2-** Vasculitis de miembros inferiores

La paciente fue trasladada a terapia, donde se documentó complemento ( $C_3$ ,  $C_4$ ) disminuido, proteinuria, ascitis y neumonitis intersticial. Persistió con los vómitos y se incrementó la pérdida de peso. Ante la sospecha de una enfermedad sistémica, se planteó el diagnóstico de LES. El cual se confirmó al recibirse un resultado positivo de ANA.

La paciente continuó con vómitos de retención, por lo que se repite endoscopia digestiva superior. En esta ocasión, se observaron hallazgos endoscópicos de vasculitis gástrica: mucosa de aspecto eritematoso erosivo y punteado hemorrágico tanto en cuerpo como antro gástrico y duodeno (fig. 3).



**Fig. 3-** Endoscopia digestiva superior. La mucosa de aspecto eritematoso erosivo y punteado hemorrágico tanto en cuerpo como antro gástrico y duodeno. (vasculitis gástrica)

En resumen, el diagnóstico de LES se estableció cuando la paciente cumplió con los criterios diagnósticos: inicialmente presentaba aftas bucales y alopecia, 5 meses después vasculitis, proteinuria, leucopenia, trombocitopenia y estudios que mostraron hipocomplementemia y ANA positivos, confirmando el diagnóstico del LES.

## Discusión

Las manifestaciones gastrointestinales se describen hasta en un 87 % de los niños con LES en algunos estudios.<sup>(12)</sup> Por ejemplo, Sonmez y otros, en Turquía, en una revisión retrospectiva de 69 historias clínicas, encontrando estas manifestaciones en el 27,5 % de los pacientes, siendo la hepatitis autoinmune (42,1 %) y la enteritis lúpica (5,2 %) las más relevantes.<sup>(13)</sup> De forma similar, en Francia, Richer y otros, identificaron afectación gastrointestinal en el 19 % de 201 pacientes con LES.<sup>(14)</sup>

La cavidad oral se ve afectada principalmente con ulceraciones indoloras en el paladar duro; también se han descrito lesiones hiperqueratosis e infiltrado liquenoides.<sup>(15)</sup>

La vasculitis gástrica, es un proceso inflamatorio que ocurre en la pared de los vasos pequeños, causada por el depósito de complejos inmunes, activación del complemento y trombosis. La incidencia notificada varía en un rango entre el 0.2 y el 14 %. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas, dolor abdominal difuso de intensidad leve a severo, vómito, sangrado digestivo, puede ocurrir perforación o necrosis que conlleva a un abdomen agudo. Endoscópicamente, se describe como una mucosa de aspecto erosivo y punteado hemorrágico, aspecto en piel de serpiente, tanto en cuerpo como antro gástrico o lesiones nodulares violáceas y úlceras.<sup>(16)</sup>

La enteritis lúpica tiene una prevalencia 0,2 al 9,7 %. Tiene una mortalidad cercana al 90 % cuando presenta complicaciones. Se asocia a actividad severa de la enfermedad y se define como una vasculitis intestinal. El mecanismo patogénico aún no se entiende completamente, pero parece ser consecuencia de un proceso inflamatorio que ocurre en la pared de los vasos pequeños, causada por depósito de complejos inmunes, activación del complemento y trombosis.<sup>(6,12,16,18)</sup>

Debido a la escasa especificidad de los hallazgos endoscópicos y anatomopatológicos, el diagnóstico definitivo de vasculitis gastrointestinal es difícil de establecer. Endoscópicamente, las lesiones más frecuentes son las de tipo ulcerosas, así como el eritema y hematoma de la mucosa. Las biopsias endoscópicas se toman de área mucosa y los cambios son predominantemente submucosos. Histológicamente, muestra depósitos de inmunoglobulinas y complemento en las paredes capilares y depósitos electrodensos en la microscopia electrónica.<sup>(6,12)</sup>

El mapeo de otros territorios por angio resonancia magnética nuclear en el contexto de una vasculitis inusual en pediatría parece ser una herramienta valiosa.<sup>(12)</sup>



Ante esta forma de presentación con manifestaciones predominantemente gastrointestinales que afecta todo el tubo digestivo, se debe investigar la presencia de enfermedades inflamatorias intestinales, que pudiera anteceder al LES o instaurarse posteriormente al diagnóstico del mismo.

Aunque la enteritis lúpica puede ser difícil de distinguir del inicio de una enfermedad de Cronh (EC), la afectación segmentaria en la tomografía y en la endoscopia es sugestiva de EC. La biopsia del colon sin datos de vasculitis debe cumplir los criterios diagnósticos de Leonnard - Jones para el diagnóstico de la EC. Estos criterios se dividen en mayores y menores. Los mayores incluyen: a) inflamación transmural, b) los granulomas no caseificantes y c) los agregados linfoides sin centro germinal; y los menores, a) la inflamación de carácter discontinuo, b) la inflamación de la submucosa con arquitectura epitelial conservada, c) la retención de moco con inflamación mínima y d) las fisuras.<sup>(17,19,20,21)</sup> En estos casos, el estudio histológico es necesario para hacer el diagnóstico diferencial entre estas dos condiciones, ambas son enfermedades autoinmunitarias crónicas, caracterizadas por episodios de recidiva y remisión. Es importante tener en cuenta que algunos fármacos utilizados para la EI, como la sulfasalazina, pueden inducir lupus.<sup>(15)</sup>

El yeyuno y el íleon son áreas comúnmente afectadas por la vasculitis lúpica, a menudo involucra a la arteria mesentérica superior. En la imagenología, se puede observar engrosamiento en íleon terminal, como el encontrado en la paciente, lo que sugiere el diagnóstico diferencial con varias entidades, tales como: tuberculosis intestinal, EC y linfoma intestinal.<sup>(12,22)</sup>

A pesar de la asociación infrecuente con la EC, este diagnóstico debe considerarse en un paciente diagnosticado con LES, que comience con síntomas gastrointestinales, como dolor abdominal y diarrea o hallazgos hematológicos o imagenológicos, especialmente si no están asociado a datos clínicos de recidiva de LES.



En la vasculitis lúpica no existe asociación clara con perfiles autoinmunes específicos; sin embargo, ocasionalmente los pacientes pueden presentar anticuerpos antifosfolípidos y un aumento del dímero D.<sup>(12)</sup> En la tomografía computarizada abdominal, generalmente se revela un engrosamiento difuso o focal de la pared intestinal de al menos 3 mm, con realce del borde periférico (signo de la diana o signo del peine), por la coestión de los vasos mesentéricos y grasa mesentérica borrosa.<sup>(6)</sup>

La vasculitis gástrica en niños con LES es una emergencia médica que requiere diagnóstico rápido y tratamiento agresivo, así como la coordinación de reumatólogos, gastroenterólogos, cirujanos e intensivistas.

Las manifestaciones gastrointestinales en el LES son potencialmente letales y no se incluyen las manifestaciones gastrointestinales como criterio diagnóstico del LES.

El diagnóstico diferencial entre EII y LES debe establecerse ante todo compromiso intestinal en el que no esté claro el proceso inflamatorio subyacente, más aún cuando compromete otros órganos (tabla 1).

A partir de lo anterior, se enfatiza la relevancia clínica de las manifestaciones gastrointestinales en el LES pediátrico, las cuales permanecen excluidos de los criterios diagnósticos estándar a pesar de la frecuencia y potencial gravedad de estas. Esta omisión constituye una paradoja crítica ya que complica el reconocimiento oportuno de procesos como la enteritis lúpica o la vasculitis gástrica, emergencia médica que requieren intervención inmediata.

La complejidad se amplía por la superposición sintomática e histológica con otras enfermedades autoinmunes, principalmente la EC, haciendo imperioso un diagnóstico diferencial meticuloso. En consecuencia, el presente análisis aboga por un elevado índice de sospecha clínica, la integración de un enfoque multidisciplinario y la consideración de incluir estas manifestaciones en los algoritmos diagnósticos, con el fin de optimizar el manejo terapéutico y mejorar el pronóstico de esta población vulnerable.

**Tabla 1.** Diagnóstico diferencial entre enteritis lúpica y enfermedad de Crohn

Aspectos	Enteritis lúpica	Enfermedad de Crohn
Etiología	Autoinmune	Autoinmune asociada a factores genéticos, ambientales y microbiota.
Síntomas principales	Dolor abdominal agudo, náuseas, vómitos, aftas bucales, diarreas (a veces sanguinolentas), fiebre, artritis o artralgia.	Dolor abdominal crónico más frecuente en fosa iliaca derecha, diarrea, fatiga, pérdida de peso, fistulas, úlceras, manifestaciones extradigestivas.
Localización	Intestino delgado (yeyuno e íleon) aunque pueden comprometer todo el tubo digestivo	Afecta cualquier parte del tubo digestivo, pero predomina en íleon terminal y colon (segmentaria)
Hallazgos imagenológicos	Edema de la pared intestinal, engrosamiento difuso, signos de isquemia o vasculitis en AngioTAC.	Engrosamiento asimétrico de la pared intestinal, ulceraciones profundas, estenosis (aspecto de empedrado en endoscopia) y la entero resonancia para evaluar estenosis y fistulas.
Histología	Inflamación aguda, vasculitis de vasos pequeños, necrosis isquémica.	Inflamación transmural, granulomas no caseificantes, ulceraciones profundas.
Complicaciones	Isquemia intestinal, perforación, ascitis	Estenosis, fistulas, absceso, desnutrición.
Marcadores serológicos	Anticuerpos antinucleares (ANA), AntiDNA, y anti - Sm positivos.	No específicos a veces ASCA (anticuerpo anti- <i>Sacharomyces cerevisiae</i> ) positivo.

## Referencias bibliográficas

1. Feldman, ML. Friedman LS and Lawrence JB. Sleisenger y Fordtran. Enfermedades digestivas y hepáticas: Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Elsevier Health Sciences, 2021.  
[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=O\\_tFEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=sleisenger&ots=8xp6Kx52ZG&sig=tgsYid\\_Dlqiv\\_VT78sGYiKrl2eY#v=onepage&q=sleisenger&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=O_tFEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=sleisenger&ots=8xp6Kx52ZG&sig=tgsYid_Dlqiv_VT78sGYiKrl2eY#v=onepage&q=sleisenger&f=false)

2. Felten R, Lipsker D, Sibilia J, Chasset F, Arnaud L. The history of lupus throughout the ages. *J Am Acad Dermatol*. 2022; 87(6): 1361-1369. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.04.150>.
3. Linacre V, Lagos W, Angel M, Zenteno C, Benveniste S. Manifestaciones gastrointestinales de lupus eritematoso sistémico en pediatría. Reporte de un caso. *Rev. de Cir. Infantil* 2003, 13 (3 y 4). <https://www.acacip.org.ar/revista-cirugia-infantil/indice-13/docs/133418.pdf>
4. Chávez EH, Coronel JMA, Nuñez MM. Hepatic and gastrointestinal manifestations in Mexican patients with juvenile systemic lupus erythematosus. March 28th, 2022 <https://orcid.org/0000-0002-6908-7146>.
5. Olguín G, Norambuena X, Quezada A. Evaluación comparativa de tres criterios de clasificación de lupus eritematoso sistémico en enfermos pediátricos. *Rev chil reumatol* 2022; 38(1):5-9 <https://revistareumatologia.cl/index.php/rcr/article/view/12>
6. Fritolli BR, Fernández VJ, Lavras CLT, Appenzeller S. Gastrointestinal involvement in systemic lupus erythematosus: A systematic review. *J Transl Autoimmun*. 2021; 4: 100106. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jtauto.2021.100106>.
7. Tian XP, Zhang X. Gastrointestinal involvement in systemic lupus erythematosus: Insight into pathogenesis, diagnosis and treatment. *World J Gastroenterol*. 2010; 16(24):2971-2977. DOI: <https://doi.org/10.3748/wjg.v16.i24.2971>.
8. Coronado AK, Sánchez A, Stichweh D, McCarthy F, Espino F. Manifestaciones gastrointestinales en lupus eritematoso sistémico: un espectro diferente. *Pediatr Panamá* 2019; 48 (1): 30-34. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1000427>
9. Stichweh D, Pascual BV. Lupus eritematoso sistémico pediátrico. *An Pediatr (Barc)* 2005;63(4):321-9 DOI: <https://doi.org/10.1157/13079833>.
10. Tagliaferro GJ, Busoni V, Bertinotti MC, Cunto C, Orsi M. Compromiso gastrointestinal inusual en paciente pediátrico con vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos. Reporte de un caso *Acta*

- Gastroenterol Latinoam 2021;51(4):437-440. DOI: <https://doi.org/10.52787/USCW3486>
11. Miranda HE, Calderón GS, Gándara M. Síndrome de superposición en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Cambios rev. méd. 2019; 18(2):32-38. DOI: <https://doi.org/10.36015/cambios.v18.n2.2019.538>
12. Mauro A, Giani T, Di Mari C, Sandini M, Talenti A, Ansuini V, et al. Gastrointestinal involvement in children with systemic lupus erythematosus. Children 2023; 10:309. DOI: <https://doi.org/10.3390/children10020309>
13. Sönmez HE, Karhan AN, Batu ED, Bilginer Y, Gümüş E, Demir H, et al. Gastrointestinal system manifestations in juvenile systemic lupus erythematosus. Clin Rheumatol. 2017;36(7):1521-1526. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10067-017-3571-3>.
14. Richer O, Ulinski T, Lemelle I, Ranchin B, Loirat C, Piette J, et al. Abdominal manifestations in childhood-onset systemic lupus erythematosus. Ann Rheum Dis. 2007;66(2):174-178. DOI: <https://doi.org/10.1136/ard.2005.050070>.
15. Reyes HDL. Manifestaciones orales de las enfermedades sistémicas. Reflexión médica y revisión bibliográfica. Acta Médica del Centro. 2016 / Vol. 10 No. 1 <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=64252>
16. Peña VR, Almanza ME, Vargas QE, Zaragoza AGR, Espinosa RP, Castaneda ORA et al. Vasculitis gastrointestinal en una adolescente con lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolípido catastrófico. Rev. Endoscopia. 2016; 28(4):174-77. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.endomx.2016.10.001>.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188989316300872>
17. Fernández RAM, Macías IF, Navaz GN. Lupus eritematoso sistémico y enfermedad de Crohn: un caso. Reumatología Clínica. 2012;8(3):141-142. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2011.08.004>.
18. Tu YL, Yeh KW, Chen LC, Yao TC, Ou L, Lee WI, et al. Differences in disease features between childhood onset and adult-onset systemic

lupus erythematosus patients presenting with acute abdominal pain. Semin Arthritis Rheum. 2011;40(5):447-454.

<https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2010.06.011>

19. Medina BE. Enfermedad inflamatoria intestinal. Diagnóstico y tratamiento. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. An Pediatr Contin. 2013;11(2):68-78 DOI: [https://doi.org/10.1016/S1696-2818\(13\)70121-5](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(13)70121-5)

20. Cuadro SC, Basabe CE, Urriago JD, Velásquez, NV, Prieto RG, Aponte DM. Enfermedad de Crohn y la sobreposición con el lupus eritematoso sistémico. Rev Méd Sanitas. 2016; 19(4):224-231. [https://scholar.google.es/scholar?](https://scholar.google.es/scholar?q=related:wwcfR3j6Dk4J:scholar.google.com/&scioq=enfermedad+de+crohn+y+Lupus+&hl=es&as_sdt=0,5)

[q=related:wwcfR3j6Dk4J:scholar.google.com/](https://scholar.google.es/scholar?q=related:wwcfR3j6Dk4J:scholar.google.com/&scioq=enfermedad+de+crohn+y+Lupus+&hl=es&as_sdt=0,5)  
[&scioq=enfermedad+de+crohn+y+Lupus+&hl=es&as\\_sdt=0,5](https://scholar.google.es/scholar?q=related:wwcfR3j6Dk4J:scholar.google.com/&scioq=enfermedad+de+crohn+y+Lupus+&hl=es&as_sdt=0,5)

21. Tapia LM, Gómez AP, Heras CB, Rubio ER. Protocolo diagnóstico del dolor abdominal en un paciente con lupus eritematoso sistémico. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2021;13(31):1793-1796. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.med.2021.04.008>.

22. Yang H, Zhang H, Liu W, Tan B, Guo T, Gao X, *et al*. Differential diagnosis of Crohn's disease and ulcerative primary intestinal lymphoma. A scoring model based on a multicenter study. Front Oncol. 2022; 12: 856345. DOI: <https://doi.org/10.3389/fonc.2022.856345>.

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.