



P-451 - ESPLENECTOMÍA COMO TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A TUBERCULOSIS ABDOMINAL

de Laguno de Luna, Ágata; Martín Carvajal, Francisco; Verdugo Carballeda, José Manuel; Arcas Marín, Luz María; Sánchez Rodríguez, Yolanda; Arias Romano, Alberto Jesús; Gándara Adán, Norberto

Hospital Costa del Sol, Marbella.

Resumen

Objetivos: La afectación abdominal por TBC es infrecuente y puede resultar un reto diagnóstico cuando la presentación clínica no es la típica. En la práctica clínica debemos tenerla en cuenta ante pacientes con cuadros de dolor abdominal inespecífico. Presentamos el estudio de un paciente con dolor abdominal, fiebre y HDA como manifestación clínica de una TBC abdominal.

Caso clínico: Varón de 27 años natural de Ucrania, con antecedentes de toxocariasis, que consultó en 2014 por fiebre y dolor abdominal. Durante el ingreso se realizó TAC con: 1. consolidación neumónica, 2. esplenomegalia con lesión hipodensa de 8 × 6 cm, 3 lesiones quísticas en hilio y cola pancreática, 4. afilamiento de la v. esplénica y varices a este nivel. Ante la sospecha de etiología infecciosa, se inició tratamiento con piperacilina-tazobactam y se solicitaron cultivos de sangre, orina y heces, broncoaspirado, ecocardiografía transtorácica, marcadores tumorales, autoinmunidad y serología, todas estas negativas. El paciente manifestó hemorragia digestiva aguda (HDA) que obligó a la realización de EDA (lesión submucosa de 4 cm en curvatura mayor con estigmas de sangrado reciente) y EcoEDA (lesión que depende de cola pancreática con fistulización a cuerpo gástrico). Se realizó punción de la lesión en la que se aisló *Mycobacterium tuberculosis* Complex resistente a quinolonas, etambutol, isoniazida, rifampicina, aminoglucósidos y estreptomina. Con el diagnóstico de TBC abdominal resistente, infarto esplénico y HDA por fistulización se inició tratamiento antiTBC. El paciente fue dado de alta asintomático y con un control de prueba de imagen con importante mejoría de los hallazgos torácicos y abdominales. Finaliza tratamiento antiTBC dos años después. En 2016 nuevo episodio de pérdida de conocimiento y HDA con inestabilidad hemodinámica que precisó transfusión y sonda de Sengtaken para control del sangrado. Se realizó EcoEDA (lesión en cara posterior gástrica extraparietal que infiltra pared gástrica compatible con tuberculoma) y angioTAC (1. aumento de la grasa del hilio esplénico que contacta con curvatura mayor y cola de páncreas, 2. trombosis de la v. esplénica, 3. circulación colateral esplenoportal). Como tratamiento de la HDA se realizó embolización selectiva de arteria esplénica, con infarto esplénico completo y disminución del número y calibre de las colaterales en TAC de control, y se llevó a cabo esplenectomía y pancreatectomía caudal sin incidencias. La AP de la pieza quirúrgica mostró necrosis, trombosis y reacción granulomatosa de cuerpo extraño compatible con embolización, sin signos de infección por TBC.

Discusión: La tuberculosis raramente se presenta con afectación pancreática y esplénica. La

mayoría de los pacientes con TBC abdominal se resuelven con tratamiento antituberculostático. En nuestro caso, ante la presencia de síntomas a pesar del tratamiento fue necesario realizar embolización y esplenectomía para el control de la HDA. Tres meses después del tratamiento las lesiones han desaparecido, ha disminuido la colateralidad del eje esplenoportal y el paciente se encuentra asintomático.