



P-205 - COLANGITIS AGUDA COMO COMPLICACIÓN DE TUBERCULOSIS PANCREÁTICA

Plata Illescas, Cristina; Mogollón González, Mónica; Navarro Sánchez, Daniel; Muffak Granero, Karim; Villegas Herrera, Trinidad; Becerra Massare, Antonio; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: La tuberculosis (TB) abdominal es una entidad poco común y suele comprometer principalmente el mesenterio, los ganglios linfáticos y la región ileocecal. La afectación pancreática es infrecuente, presentándose en 2,1 a 4,7% de los casos en el seno de una tuberculosis miliar. Presentamos un caso de sepsis abdominal secundaria a colangitis aguda en el seno de tuberculosis pancreática no conocida.

Caso clínico: Paciente de 44 años, sin antecedentes personales de interés. Consultó por cuadro de epigastralgia y pérdida de peso de meses de evolución. En la analítica destacaba una bilirrubina total de 4,5 mg/dl, GOT 112 U/l, GPT 87 U/l, FA 1.679 U/l y GGT 1.109 U/l, con hemograma y fórmula normales. La ecografía abdominal evidenció una masa en la cabeza pancreática con dilatación de la vía biliar intra y extrahepática. Con el diagnóstico de sospecha de ictericia obstructiva secundaria a neoplasia de páncreas, se decidió colocación de endoprótesis biliar mediante CTPH. Como parte del estudio de extensión, se realizó un TAC con contraste de abdomen y pelvis, donde se detectaron adenopatías en el hilio hepático y retroperitoneales, lesiones hipodensas hepáticas, así como micronodulaciones pulmonares y pleurales sugerentes de afectación metastásica. La biopsia de las lesiones informaba de inflamación crónica granulomatosa compatible con tuberculosis por lo que se realizó PAAF de la lesión pancreática. El estudio anatomopatológico confirmó la presencia de granulomas caseificantes, iniciándose terapia antituberculosa mediante esquema RHZE. Tras dos meses de tratamiento médico, la paciente presenta mala evolución, ingresando en la Unidad de Cuidados Intensivos por shock séptico secundario a obstrucción de la prótesis biliar. Se decidió intervención quirúrgica urgente realizando colecistectomía, drenaje de vía biliar mediante coledocotomía y colocación de tubo de Kehr con posterior extracción de prótesis previamente colocada. La paciente presentó buena evolución postoperatoria con extracción de drenaje externo en consulta, presentando controles correctos hasta la fecha.

Discusión: El diagnóstico de TB pancreática resulta complejo, ya que los hallazgos clínicos, analíticos y radiológicos son inespecíficos y no son concluyentes para establecer un diagnóstico preciso y excluir malignidad de la lesión, siendo necesario un alto índice de sospecha. El paciente podrá presentar abscesos, pancreatitis aguda o crónica, hemorragia digestiva alta, ictericia obstructiva o masa pancreática que simule un proceso neoplásico. La confirmación diagnóstica requiere demostrar la presencia de *M. tuberculosis* y/o granulomas caseificantes a partir del tejido

afectado, siendo la biopsia con aguja fina la herramienta diagnóstica más útil en estos casos. El tratamiento de primera elección será mediante fármacos antituberculosos (esquema RHEZ) presentando buena respuesta a los mismos, reservándose el manejo quirúrgico para pacientes que asocien complicaciones. La morbilidad dependerá del diagnóstico temprano, la condición clínica del paciente y estado inmune. La TBC pancreática deberá tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de lesiones ocupantes de espacio en páncreas dada la importancia del diagnóstico precoz para el adecuado manejo del enfermo.