



P-490 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TUBERCULOSIS Y CARCINOMATOSIS EN PERFORACIÓN INTESTINAL

Gras Gómez, Cristina María; Torres Melero, Juan; Rodríguez Perdomo, Martín de Jesús; Ruiz Pardo, Jose; Rico Morales, María del Mar; Estébanez Ferrero, Beatriz; García Redondo, Manuel; Reina Duarte, Ángel José

Hospital Torrecárdenas, Almería.

Resumen

Introducción: La tuberculosis pulmonar (TP) ha aumentado en España en los últimos años debido a múltiples factores, como la infección por VIH y terapias inmunosupresoras. La tuberculosis peritoneal (TBC) representa la sexta causa de tuberculosis extrapulmonar, suponiendo el 11% de los casos de tuberculosis. Puede cursar con una sintomatología silente presentándose múltiples diagnósticos diferenciales, entre ellos la carcinomatosis primaria. Esto también hace importante tenerla presente en una urgencia quirúrgica con una prueba de imagen compatible con carcinomatosis, ya que nuestra técnica quirúrgica, tratamiento y pronóstico difieren enormemente pudiendo ser muy difícil un diagnóstico certero en un paciente que presenta un abdomen agudo por perforación de víscera hueca por causa desconocida y un TC compatible con ambas entidades.

Caso clínico: Paciente varón de 28 años procedente de Mali, sin antecedentes de interés que acude por un cuadro de dolor abdominal y fiebre de dos días de evolución. Presenta hipotensión y taquicardia. En la exploración abdominal, abdomen distendido con irritación peritoneal generalizada y timpanismo. Se le realiza un TC abdominoperineal donde se informa de neumoperitoneo, abundante líquido libre, engrosamiento de la pared de las asas de intestino delgado y colon. En pelvis menor colección organizada con nivel hidroaéreo de 10cm. Engrosamiento del peritoneo con múltiples imágenes nodulares subcentrímetras y múltiples formaciones nodulares distribuidas por todo el abdomen, en probable relación con múltiples abscesos sin poder descartar implantes/adenopatías. Se realiza una laparotomía media suprainfraumbilical objetivando una peritonitis fecaloidea difusa, siembra miliar en epiplón y peritoneo tanto parietal como visceral. Gran nódulo necrosado en mesenterio adyacente a colon derecho y perforación ileal a 12 cm de la válvula ileocecal. Se realiza hemicolectomía derecha con lavado profuso con toma de biopsias de implantes. En el posoperatorio requiere ampliación de estudio con TC de tórax objetivando en LSD consolidación alveolar espiculada asociada a micronódulos satélites. Tras dichos hallazgos y sospechando Tuberculosis activa se inicia tratamiento con tuberculoestáticos. Al paciente se le realiza estudio microbiológico objetivando infección por VIH e inmunosupresión. El paciente progresó adecuadamente desde el punto de vista abdominal sin presentar clínica respiratoria. Con técnicas histoquímicas se detectaron bacilos ácido-alcohol resistentes confirmando la presencia de *Mycobacterium tuberculosis* en la pieza de resección intestinal. Tras 52 días de ingreso hospitalario fue dado de alta con seguimiento.

Discusión: Plantear un paciente con una perforación de víscera hueca con una carcinomatosis o bien con una tuberculosis peritoneal, supone una actitud quirúrgica por nuestra parte muy diferente, ya que, ante un paciente con carcinomatosis, nuestro enfoque debe ser realizar el mínimo gesto quirúrgico para evitar la diseminación tumoral y realizar un PCI intraoperatorio para poder plantear un plan terapéutico adecuado en su posoperatorio, `mirar mucho y hacer poco`. En un paciente con una patología no neoplásica, podemos realizar una técnica quirúrgica amplia y compleja acompañada siempre de una valoración exhaustiva intraoperatoria, sin el temor de una diseminación neoplásica. La laparoscopia es la técnica por la cual podemos diferenciar de visu entre tuberculosis peritoneal y carcinomatosis con visión directa de los implantes y toma de biopsia para su estudio.