



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/3246 - DOLOR ABDOMINAL Y FIEBRE EN MUJER JOVEN

M. Sánchez González

Médico de Familia. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Sevilla. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 27 años, profesión: cajera, sin antecedentes de interés, salvo ingreso por apendicitis (2004). Fumadora (15 cigarrillos/día), sin otros hábitos tóxicos. Único tratamiento: anticonceptivos orales. Consulta a urgencias de AP por dolor abdominal difuso, cólico y fiebre termometrada (hasta 38,7 °C, de cuatro días de evolución y un episodio de vómitos de carácter alimentario, sin hábito intestinal ni urinario comprometido. Se interroga por alergias, epidemiología familiar, trabajo, contactos sexuales y viajes, no refiriendo antecedentes. Tres días antes fue atendida en urgencias hospitalarias. Aportaba: hemograma: Hto 38,2. Htes 4,27, Hb: 12,4. Leucocitos: 7,35. Neutrófilos: 75,4%. Plaqueta: 352.000. Bioquímica: glucosa: 84, urea: 51, creatinina: 0,7, sodio: 138, potasio: 4,2, amilasa: 95. Sedimento de orina, test mononucleosis y test de gestación: negativos. Rx abdomen, senos paranasales y tórax: sin alteraciones. Ecografía abdominal: sin alteraciones. El diagnóstico: virasis con gastritis. Profundizando, el dolor abdominal es ocasional, desde hace tres meses, aumenta con inspiración profunda, y localizado en hipocondrio derecho. Tiene tos matutina que relaciona con su tabaquismo. No ha cambiado su expectoración, no presenta anorexia ni pérdida de peso, pero sí astenia, que achaca al trabajo.

Exploración y pruebas complementarias: Tª 38,2 °C, afectada, TA: 120/70, con buena hidratación y coloración muco-cutánea. Cabeza y cuello: orofaringe con ligera hiperemia, sin exudados, ni adenopatías. ACP: taquicárdica, sin soplos, hipofonesis clara en base derecha. Abdomen: molestias a la palpación de hipocondrio derecho. Murphy y Blumberg negativos. El resto de exploración normal. Ante la sospecha diagnóstica, se solicitó nueva Rx tórax urgente, y esta vez mostró derrame pleural derecho y se realizó prueba de Mantoux. Se derivó al hospital para completar estudio. Allí se realizan: toracocentesis de 400 cc de líquido pleural: seroso, pH: 7,27, glucosa: 75 mg/dl, amilasa: 38 UI/l, LDH: 1.656 UI/l, proteínas: 4,0 g/dl, ADA: 79 (elevado). Tinción-gram: negativa. Cultivo esputo: auramina negativa. Ag de Legionella y *S. pneumoniae* en orina: negativos. Angio-TAC torácico: no se observan defectos de repleción en arterias pulmonares. Importante derrame pleural derecho con atelectasia de lóbulo inferior. Tras descartar TEP mediante angio-TAC se realiza toracocentesis: muestra un líquido pleural exudativo, con ADA alto. Se ingresa e inicia tratamiento con tuberculostáticos, remitiendo la fiebre y el dolor abdominal. El Mantoux a las 72 horas fue: 20 mm. El cultivo Lowestein confirmó la sospecha.

Juicio clínico: Tuberculosis pleural.

Diagnóstico diferencial: Infecciones respiratorias o abdominales, TEP, otro derrame pleural

(oncológico, pancreático, cardiogénico...). En mujeres, un dolor abdominal, obliga a descartar causa ginecológica (embarazo ectópico, salpingitis, EPI, rotura ovárica, etc.).

Comentario final: En Atención Primaria, el objetivo en TBC es la detección, y la rápida notificación del caso, para favorecer la erradicación. En función de reacción que presente el huésped, el derrame en la TBC pleural, podrá pasar inadvertido o dar sintomatología: fiebre, dolor torácico (pleurítico) y disnea.

Bibliografía

1. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª edición. Mc Graw-Hill, 2012.
2. Unión Internacional contra la Tuberculosis y enfermedades respiratorias. Manejo de la Tuberculosis, 6ª ed, 2010.
3. Medicina Integral. Medicina preventiva y asistencial en atención primaria de la salud. Tema monográfico: Tuberculosis. Ed. Doyma, 2002.

Palabras clave: *Tuberculosis. Dolor abdominal. Derrame pleural.*