



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3030 - DALE TIEMPO Y LO SABRÁS

N. Vicente Gilabert<sup>a</sup>, R. Cantón Cortés<sup>a</sup>, C. Hosseinpour Olivares<sup>a</sup>, J. Escribano Poveda<sup>b</sup>, M. Vicente Gilabert<sup>c</sup> y C. Martínez Delgado<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calasparra. Murcia. <sup>b</sup>Médico Radiólogo. Hospital Universitario de Torrevieja. Alicante. <sup>c</sup>Médico Internista. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Calasparra. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 29 años de origen marroquí, sin antecedentes de interés, que acude en repetidas ocasiones al Centro de Salud por dolor abdominal de un mes de evolución que no cede con analgesia. En la última consulta refiere que se han ido intensificando los síntomas asociando náuseas y vómitos y 2-3 deposiciones diarreicas al día sin productos patológicos. No clínica respiratoria, urinaria ni fiebre. En la exploración física se observa un aumento del perímetro abdominal, por lo que se decide derivar a Urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes normales. Abdomen globuloso, blando y depresible. Doloroso a la palpación profunda generalizada, no masas ni visceromegalias, sin signos de irritación peritoneal. Resto de exploración sin alteraciones significativas. Analítica general con marcadores tumorales: normal. Mantoux: negativo. Quantiferon: positivo. Hemocultivos: negativos. Ecografía abdominal: ascitis abundante. Bioquímica del líquido ascítico: líquido claro. Gradiente de Alb > 1,1, proteínas > 2,5, LDH > 60% del plasma, Leucocitos 960 (85% mononuclear). ADA 145. TC toraco-abdomino-pélvico: adenopatías hiliares y subcarinales. Gran ascitis con congestión extensa del epiplon que hace posible la afectación neoplásica. No se han reconocido tumoraciones anexiales. Laparoscopia exploradora: carcinomatosis miliar por toda la cavidad abdominal. Biopsia de peritoneo: hallazgos histopatológicos de granulomatosis necrotizante, compatible con tuberculosis. Cultivo peritoneal negativo (no realizado cultivo de Lowenstein).

**Juicio clínico:** Tuberculosis intestinal.

**Diagnóstico diferencial:** Ascitis neoplásica, infecciosa, inflamatoria.

**Comentario final:** Cuando se hace un diagnóstico diferencial, sobre todo en pacientes con clínica subaguda, siempre debemos considerar la tuberculosis dentro del mismo, ya que aunque su presentación con afectación respiratoria es la más frecuente, se trata de una bacteria que puede afectar a cualquier órgano y normalmente con cuadros subagudos y con Mantoux negativo. De ahí la importancia del seguimiento en pacientes con clínicas inespecíficas para poder valorar la evolución y objetivar cualquier cambio de manera precoz que pueda guiarnos al diagnóstico definitivo.

## Bibliografía

1. Ghossain A, Sawaya E, et al. Abdominal tuberculosis. *Dis Col & Rect.* 1987;30:724-35.
2. Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. *Harrison. Principios de Medicina Interna*, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2012. p. 1340-59.

**Palabras clave:** Tuberculosis intestinal. Dolor abdominal. Ascitis.