



242/2710 - LOE ESPLÉNICA EN PACIENTE CON ASTENIA: TUBERCULOSIS ESPLÉNICA

J. Gil Gascón^a, M. Vilchez Jaímez^b, I. Galindo Román^c y J. Mostazo Torres^d

^aFEA Medicina Interna. Hospital Punta Europa. Cádiz. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Tarifa. Cádiz. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz. ^dEspecialista Aparato Digestivo. Hospital de la Línea de la Concepción. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 65 años, fumadora habitual de 20 cigarrillos/día, HTA. Acude a Urgencias por cuadro de 3 días de dolor en hipocondrio izquierdo, con irradiación hacia FI izquierda, sin fiebre, ni cambio del hábito intestinal. No pérdida de peso ni otros síntomas de interés. No refería datos epidemiológicos relacionados.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: dolor a la palpación en hipocondrio izquierdo, sin esplenomegalia ni adenopatías periféricas palpables. Analítica: ligera leucocitosis (13.500/μL) con fórmula leucocitaria normal, 410.000 plaquetas, 1,4 creatinina y PCR 34. TAC abdomen: dos lesiones esplénicas, la de mayor tamaño de 6,1 × 4,7 cm heterogénea, sin hallarse adenopatías ni otras lesiones significativas. Analítica control: 10.700 leucocitos, 13,5 hb, 473.000 plaquetas, TP% 99, creatinina 0,8, GOT 12, GPT 57, GGT 198, FA 167. PCR 15,9, Beta-2-microglobulina 3,65 y un proteinograma con ligero aumento de alfa globulinas. La serología para virus hepatotropos, VIH e hidatidosis resultó negativa. PET: mostró una lesión hipermetabólica a nivel esplénico sin afectación a otro nivel. Se programó para esplenectomía, con la sospecha diagnóstica de linfoma sin poder descartar causa metastásica, dado el antecedente de tabaquismo y los nódulos milimétricos pulmonares. La esplenectomía fue diagnóstica: linfadenitis granulomatosa caseificante tipo tuberculosis y ganglios linfáticos extirpados, confirmada con PCR positiva para *Mycobacterium tuberculosis*. Se inició tratamiento antituberculoso con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol, con buena evolución clínico-analítica. Sin evidenciar en revisiones posteriores afectación tuberculosa en otros órganos.

Juicio clínico: TBC esplénico.

Diagnóstico diferencial: Linfoma esplénico.

Comentario final: La TBC es muy inespecífica, siendo los síntomas generales los más frecuentes (astenia, anorexia, ligera elevación febril, pérdida de peso). La prevalencia de TBC esplénica es muy difícil de determinar debido a los pocos casos comunicados en las diferentes partes del mundo. Esta forma de presentación de TBC extrapulmonar, como LOE esplénica es muy rara en nuestro medio, tanto en pacientes inmunocompetentes como inmunodeprimidos (asociado a VIH, enfermedades hematológicas, trasplante de órganos sólidos, toma crónica de esteroides), habiéndose descrito muy

pocos casos en la literatura a nivel mundial y alguno en España.

Bibliografía

1. Divyashree S, Gupta N. Splenic Abscess in Immunocompetent Patients Managed Primarily without Splenectomy: A Series of 7 Cases. Perm J. 2017;21.

Palabras clave: LOE esplénica. TBC esplénica. TBC.