



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/542 - UN DOLOR ABDOMINAL COMPLICADO

M. Ortiz del Amo^a, M. Rodríguez Prieto^b, D. de Freitas Clemente^b y A. Mata Martínez^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud San Fermín. Madrid. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fermín. Madrid. ^cResidente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Calesas. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 50 años colitis ulcerosa de larga evolución, HTA y DL. En tratamiento con prednisona, pentasa, infliximab, atorvastatina y atenolol. Acude por cuadro de 15 días con febrícula, presentando hoy dolor abdominal muy intenso acompañado de náuseas y fiebre de hasta 41 °C. Niega hábitos tóxicos, viajes al extranjero y/o ingesta de comida en mal estado. Sin clínica respiratoria ni urológica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general. TA 130/79, FC 130, Tª 39 °C. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho. Hepatomegalia dolorosa. RHA conservados. No irritación peritoneal. MMII: no edemas ni signos de TVP. Dada la clínica y los antecedentes se deriva a hospital de referencia. Analítica: PCR de 4,86, resto sin alteraciones. Rx tórax: derrame pleural bilateral, no infiltrados ni consolidaciones. TAC toracoabdominopélvico: derrame pleural bilateral con aumento de densidades en LSD y LSI. Hepatoesplenomegalia y lesiones hipodensas en probable contexto de TBC, con perforación ileal con sangrado activo. Hidronefrosis bilateral. Microbiología: jugo gástrico con PCR positivo para *Mycobacterium tuberculosis complex*.

Orientación diagnóstica: Tuberculosis diseminada por *M. tuberculosis complex* multisensible en paciente inmunodeprimido por colitis ulcerosa en tratamiento con corticoterapia e infliximab. Peritonitis bacteriana con perforación de asa secundaria a TBC.

Diagnóstico diferencial: Con las complicaciones secundarias a la colitis ulcerosa siendo la más frecuente la afectación del colon e intestino delgado cursando en ocasiones con perforación intestinal, megacolon tóxico, fístulas y abscesos sobre todo en pacientes con inmunosupresión.

Comentario final: Queremos destacar la importancia del control y seguimiento de pacientes inmunodeprimidos realizando estudios y descartando infección o enfermedad tuberculosa, sabiendo que son pacientes con más riesgo de infecciones por patógenos atípicos y recordando que no todo paciente con TBC activa presenta clínica respiratoria y puede tener radiografía de tórax normal.

Bibliografía

1. García Rodríguez JF, Álvarez Díaz H, Lorenzo García MV, et al. Extrapulmonary tuberculosis:

- epidemiology and risk factors. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011;29(7):502-9.
2. Espinosa-Gimeno A, Martínez-Sanz J, Asong Engonga L. et al. Protocolo diagnóstico y terapéutico de las tuberculosis extrapulmonares. *Medicine*. 2014;11(52):3091-7.

Palabras clave: Mycobacterium tuberculosis. Inmunosupresión. Complicación.