Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):1613

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/749 - TUBERCULOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Nieto Pérez[1], D. Ramírez Sánchez[2], J. Gómez Torres[1] y A. Carmona González[1]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isla Chica. Huelva. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 17 años, natural de Rumanía, sin antecedentes de interés que acude a nuestra consulta por aumento de perímetro abdominal y dolor de dos semanas de evolución que no mejora a pesar de analgesia. Estreñimiento de 3 días de evolución. Hoy comienza con sensación febril. Niega posibilidad de embarazo.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Eupneica. TA: 110/78 mmHg. FC: 104 lpm. Tª: 38,1 ºC. Abdomen distendido, doloroso a la palpación generalizada. Signo del rebote sin marcada oleada ascítica impresiona de ascitis sin tensión. No palpo masas. Resto de exploración sin hallazgos. Test de gestación y orina: negativos. Radiografía de abdomen: imagen compatible con ascitis. Rx de tórax sin hallazgos. Hemograma, coagulación y bioquímica sin alteraciones, excepto PCR: 174,8 mg/l, tacto vaginal, especuloscopia y ecografía transvaginal sin hallazgos. TC abdomen: adenopatías epifrénicas bilaterales, ascitis libre, implantes peritoneales y omentales múltiples, lesión aspecto sólido y abigarrada en ovario derecho. Estudio liquido ascítico: Predominio mononuclear con ADA elevado. Laparoscopia exploradora: infiltrado miliar abundante en peritoneo, toma de muestra. Biopsia muestra: material inflamatorio/infeccioso, no hallazgos malignidad.

Orientación diagnóstica: Síndrome febril y ascitis en contexto de tuberculosis peritoneal.

Diagnóstico diferencial: Ascitis cardiaca. Carcinomatosis peritoneal. Síndrome nefrótico. Rotura linfática post intervención. Mixedema. Hepatitis. Cirrosis. Tumor de origen ginecológico.

Comentario final: La tuberculosis (TBC) abdominal representa el 5% de casos de TBC. La localización es muy variada, pudiendo afectar a peritoneo, intestino, esófago, estómago, vía hepatobiliar, páncreas, área perianal y nódulos linfáticos, siendo la primera la más frecuente. La TBC peritoneal suele cursar con dolor abdominal, ascitis y fiebre que se mantiene semanas/meses antes de poder establecer su diagnóstico. Para ello se necesita aislar M. tuberculosis en el fluido peritoneal o en biopsia. Con un adecuado tratamiento antituberculoso en el 90% de los casos la ascitis mejora en pocas semanas. No olvidar la importancia de declarar los casos de TBC, como enfermedad de declaración obligatoria que es, para poder identificar las tendencias de la enfermedad y ayudar a controlar futuros brotes.

Bibliografía

1. Tellez L, Aicort-Ramos M, Albilles A, et al. Ascitis: Diagnóstico diferencial y tratamiento. Med. 2016;12(12):673-82.
2. Ahuja V. Abdominal Tuberculosis [Internet]. Uptodate.com [actualizado 29 Sep 2017; citado 29 Jul 2017]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/abdominal_tuberculosis

Palabras clave: Tuberculosis. Ascitis. Fiebre.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.