

Diagnóstico por laparotomía de tuberculosis abdominal

Sr. Editor:

La tuberculosis abdominal es una entidad muy rara en pacientes inmunocompetentes y su forma de presentación puede simular un abdomen agudo, indicándose tratamiento quirúrgico precozmente sin realizar otras pruebas complementarias^{1,2}. En estos casos, la presencia de una imagen macroscópica del *caseum* amarillento muy característica permite su diagnóstico. Se presenta el caso de un niño cuya sintomatología fue orientada como secundaria a apendicitis aguda, y en el que en el acto quirúrgico se encontró una tuberculosis abdominal.

Niño de 10 años, de origen marroquí, sin antecedentes de interés, remitido desde otro centro por presentar abdominalgia de 4 días de evolución asociado a vómitos y febrícula. En la exploración destaca dolor en fosa ilíaca derecha. Se realizaron determinaciones analíticas presentando leucocitosis con desviación izquierda (leucocitos 17.100; 86% neutrófilos) y proteína C reactiva de 16,3 mg/dl (valor normal < 0,8 mg/dl); en las pruebas de imagen destaca radiografía de abdomen con una imagen calcificada por encima de la apófisis transversa derecha de S₁; ecografía abdominal con imagen sonolucida de 3-4 cm en fosa ilíaca derecha. En la TC abdominal (fig. 1) se observa una masa en fosa ilíaca derecha de baja atenuación heterogénea de 5-5-4 cm con captación periférica e irregular. Calcificaciones bizarras en su borde inferior interno. Compresión de la vena cava inferior.

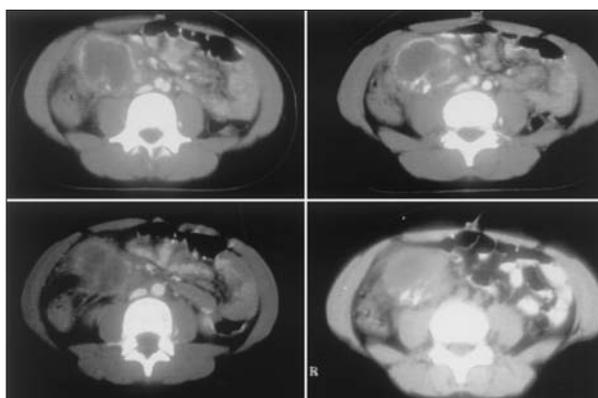


Figura 1. TC abdominal: masa en fosa ilíaca derecha de baja atenuación heterogénea de 5-5-4 cm con captación periférica e irregular. Calcificaciones bizarras en su borde inferior interno. Compresión de la vena cava inferior.

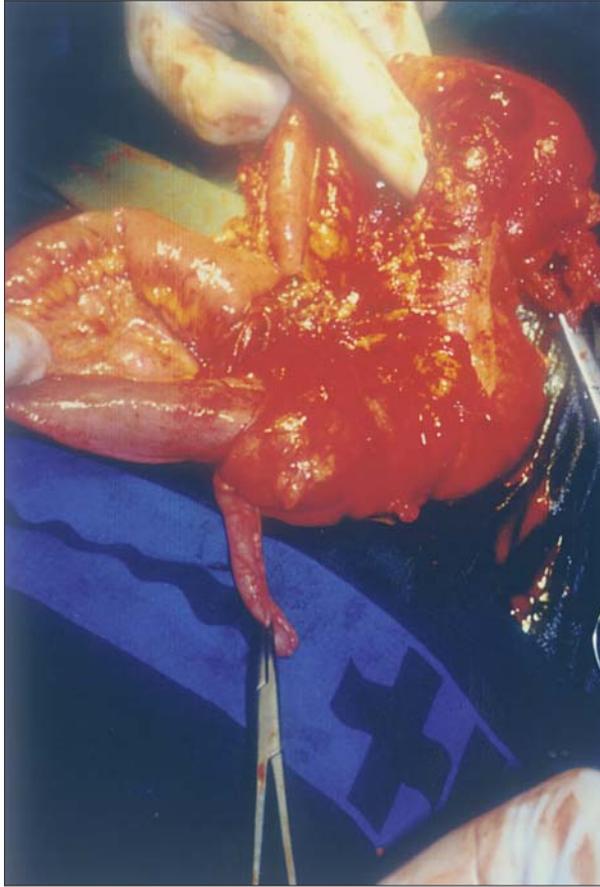


Figura 2. Tumoración en meso yuxtacecal con secreción amarillenta (caseum) con apéndice cecal normal.

irregular, calcificaciones en su borde inferior interno y compresión de la vena cava inferior.

Con la sospecha diagnóstica de plastrón apendicular calcificado se indicó revisión quirúrgica urgente por laparotomía donde se observa una tumoración en meso yuxtacecal con secreción amarillenta con apéndice cecal normal (fig. 2). Se obtuvieron muestras para cultivos y estudios histológicos. Por el aspecto macroscópico se orientó de posible tuberculosis abdominal. Ante la sospecha diagnóstica se realizó prueba de tuberculina que fue positiva y aspirados de jugo gástrico para baciloscopia y cultivo de *Mycobacterium* que fueron negativos. El estudio de antígenos de *M. tuberculosis* mediante la prueba de ampliación por reacción en cadena de polimerasa (PCR) de las muestras obtenidas de la secreción amarillenta fue positiva. El estudio histológico mostraba una inflamación granulomatosa necrosante de tipo tuberculoide. En el estudio familiar se detectó tuberculosis pulmonar activa en el padre.

Con el diagnóstico de tuberculosis abdominal se trató con isoniazida y rifampicina durante 6 meses asociándose pirazinamida los 2 meses iniciales. El estudio inmunológico fue normal. La evolución fue favorable, con normalización de la sintomatología.

La tuberculosis es una infección causada por agentes del grupo *Mycobacterium tuberculosis complex* (*M. tuberculosis*, *M. bovis* y *M. africanum*) que puede afectar a la mayoría de órganos y aparatos del organismo, siendo el más frecuente el respiratorio y excepcional el intestinal. La tuberculosis abdominal ha ido disminuyendo en los países industrializados desde el control del *M.*

tuberculosis con las campañas de realización de pruebas de tuberculina y la erradicación del *M. bovis* con el sacrificio del ganado contaminado y la pasteurización de la leche. La aparición del síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida (SIDA) y la elevada inmigración de los últimos años ha aumentado la incidencia de la tuberculosis³, aunque sobre todo las formas pulmonares, manteniéndose la forma abdominal con una incidencia muy baja⁴. En una revisión de los últimos 12 años en nuestro servicio de pediatría se encontraron 91 casos de tuberculosis, encontrando sólo este caso de tuberculosis abdominal⁵.

La tuberculosis abdominal puede presentarse de tres formas clínicas: intestinal o mesentérica, peritoneal o calcificaciones abdominales asintomáticas⁶. La diseminación hacia el abdomen puede suceder por microingestas de esputos contaminados desde una tuberculosis pulmonar, linfohematógena o por la ingesta de alimentos (sobre todo leche no pasteurizada) contaminados. El más frecuente actualmente es el primero con el foco de inoculación en el pulmón.

El diagnóstico se realiza ante la sospecha clínica por la prueba de la tuberculina, estudios de imagen (radiografía de abdomen, ecografía, TC y RM abdominal), colonoscopia con estudio histológico, cultivos y PCR de biopsias.

En la mayoría de casos, la clínica es anodina y en algunos puede simular un abdomen agudo indicándose una intervención precoz ante la sospecha de apendicitis aguda⁷. En estos casos es importante para el diagnóstico la imagen macroscópica del *caseum* pudiéndose confundir con un absceso o quiste sobreinfectado.

El tratamiento recomendado es el mismo de las formas extrapulmonares con pirazinamida 2 meses e isoniazida y rifampicina 6 meses^{8,9}, reservándose el tratamiento quirúrgico para las complicaciones. Los corticoides no se recomiendan de entrada y sólo cuando aparecen complicaciones⁶. El pronóstico es bueno, y evoluciona a la curación total sin secuelas aunque se han descrito complicaciones abdominales como la obstrucción, perforación, fístulas y sangrado gastrointestinal¹⁰.

Como conclusión, deseamos resaltar la importancia del diagnóstico precoz en casos de sintomatología de abdomen agudo en grupos de riesgo lo que puede evitar una posible intervención quirúrgica y la importancia del diagnóstico a través de los hallazgos macroscópicos en caso de indicarse tratamiento quirúrgico evitándose resecciones innecesarias.

**A. Rosell Camps^a, M.^aC. Pérez Velasco^a,
J.F. Mulet Ferragut^b, J. Bregante Ucedo^b,
E. Boya Verdós^b y M. Herrera Savall^c**

^aUnidad de Gastroenterología Pediátrica.

^bServicio de Pediatría. Servicio de Cirugía Pediátrica.

^cServicio de Radiología. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. Baleares. España.

Correspondencia: Dr. A. Rosell Camps.
San Eduardo, 9. Costa d'en Blanes.
07181 Calviá. Baleares. España.
Correo electrónico: insagasp@hds.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez del Río MJ, Fresno Forcelledo M, Díaz Iglesias JM, Veiga González M, Álvarez Prida E, Ablanado Ablanado P, et al. Tuberculosis intestinal, un difícil diagnóstico de presunción. *An Med Interna* 1999;16:469-72.

2. Jadvar H, Mindelzun RE, Olcott EW, Levitt DB. Still the great mimicker: Abdominal Tuberculosis. *AJR Am J Roentgenol* 1997;168:1455-60.
3. Rey R, Ausina V, Casal M, Cayla J, De March P, Moreno S, et al. Situación actual de la tuberculosis en España. Una perspectiva sanitaria en precario respecto a los países desarrollados. *Med Clin (Barc)* 1995;105:703-7.
4. Maltezou HC, Spyridis P, Kafetzis DA. Extra-pulmonary tuberculosis in children. *Arch Dis Child* 2000;83:342-6.
5. Fuertes Blas S, Cañellas Fuster M, Osona Rodríguez de Torre B, Figuerola Mulet J, Román Piñana JM. Motivo de consulta y manifestaciones de la enfermedad tuberculosa en pacientes pediátricos en el hospital de referencia de las Baleares. 52 Congreso de AEP. *An Pediatr (Barc)* 2003;58(Supl 3):195.
6. Veeragandham RS, Lynch FP, Canty TG, Collins DL, Dankner WM. Abdominal tuberculosis in children: Review of 26 cases. *J Pediatr Surg* 1996;31:170-6.
7. Gurkan F, Ozates M, Bosnak M, Dikici B, Tas MA, Haspolat K. Tuberculosis peritonitis in 11 children: Clinical features and diagnostic approach. *Pediatr Int* 1999;41:510-3.
8. Balasubramanian R, Ramachandran R. Management of non-pulmonary forms of tuberculosis: Review of TRC studies over two decades. *Indian J Pediatr* 2000;67(Suppl 2):S34-40.
9. Tardío Torío E, Alcaide Megías J, Altet Gómez M, Cobos Barroso N, Escribano Montaner A, Fernández Recuero J, et al. Protocolo del tratamiento de la tuberculosis infantil. *An Esp Pediatr* 1998;48:89-97.
10. Ha HK, Ko GY, Yu ES, Ion KH, Hong WS, Kim HR, et al. Intestinal tuberculosis with abdominal complications: Radiologic and pathologic features. *Abdom Imaging* 1999;24:32-8.