

Tuberculosis abdominal seudotumoral

Sr. Editor:

La linfadenitis mesentérica tuberculosa suele corresponder a una respuesta de los ganglios linfáticos a una lesión tuberculosa intestinal. Ésta generalmente ha sido la puerta de entrada de la infección, aunque la sintomatología entérica puede haber pasado desapercibida. La presentación en forma de masa abdominal es poco frecuente, su diagnóstico es difícil y a menudo tardío debido a que se presenta con síntomas inespecíficos^{1,2}. Los movimientos migratorios de viajeros de áreas endémicas para tuberculosis y los pacientes inmunodeprimidos han favorecido la emergencia de la tuberculosis en nuestro medio^{3,4}. Se presenta el caso de una paciente de origen magrebí diagnosticada de tuberculosis abdominal en forma de pseudotumor.

Paciente de sexo femenino de 12 años, de origen magrebí, sin antecedentes de interés, que ingresó por dolor abdominal generalizado, de carácter cólico, de 4 meses de evolución, febrícula intermitente y síndrome constitucional (astenia, anorexia y pérdida de peso de 5 kg). En la exploración clínica destacaba febrícula, afectación del estado general y palidez cutaneomucosa. El abdomen era doloroso difusamente y se observaba a la palpación una masa dura en mesogastrio de márgenes mal definidos. No presentaba adenopatías en otras localizaciones ni otros hallazgos exploratorios.

En la analítica sanguínea inicial presentaba una anemia microcítica e hipocroma (hemoglobina: 9,8 g/dl; hematocrito, 30,1%). Los va-

lores plasmáticos de proteína C reactiva fueron de 91 mg/l. El resto de parámetros analíticos fueron normales. La radiografía de tórax y abdomen mostraban un ensanchamiento mediastínico superior y un efecto masa en hemiabdomen derecho, y en la ecografía abdominal múltiples imágenes nodulares sólidas intraperitoneales de menos de 5 cm de diámetro, localizadas a ambos lados de la línea media, por debajo del área renal y anterior a los grandes vasos sin afectarlos, indicativos de proceso expansivo. La TC toracoabdominal apreciaba adenopatías en mediastino superior y una gran masa intraperitoneal indicativa de mazacotes adenopáticos mesentéricos, sin afectación de vísceras sólidas ni ascitis (figs. 1 y 2).

La reacción de Mantoux fue positiva (vesiculosa para *Mycobacterium tuberculosis*). Se realizó laparotomía exploradora, recogiendo muestras de adenopatías abdominales con degeneración caseosa para citología, histología y microbiología. Con la hipótesis diagnóstica de adenitis tuberculosa abdominal se inició tratamiento tuberculostático con cuatro fármacos (isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol) con buena tolerancia. Los resultados de la biopsia ganglionar confirman el diagnóstico (bacilos ácido-alcohol resistentes en la tinción de Ziehl-Nielsen, linfadenitis granulomatosa tuberculoide en el examen histológico y cultivo de Löwenstein positivo). En el estudio familiar resultaron casos índice el padre y un hermano, aunque no presentaban sintomatología indicativa. La evolución clínica es satisfactoria y en la actualidad la adherencia al tratamiento es correcta.

La forma abdominal es una causa poco frecuente de tuberculosis extrapulmonar⁵ ocasionada con mayor frecuencia que las otras formas por el bacilo bovino. En los últimos decenios ha

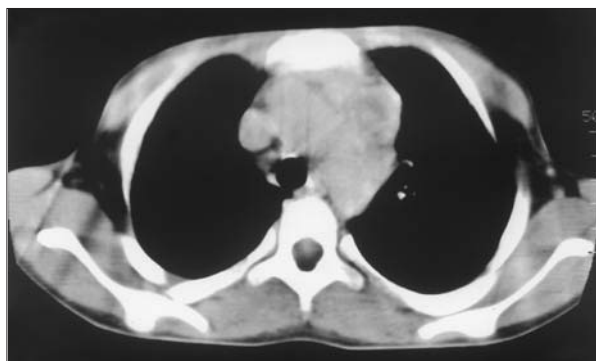


Figura 1. Imagen de TC torácica. Múltiples adenopatías en mediastino superior.

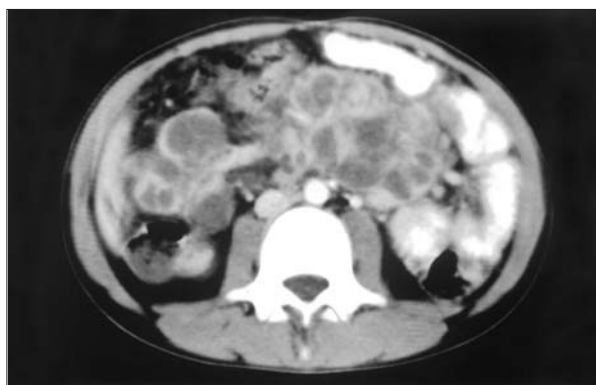


Figura 2. Imagen de TC abdominal. Gran masa intraperitoneal indicativa de mazacotes adenopáticos mesentéricos.

experimentado un gran descenso, por la disminución global de la tuberculosis bovina, la mejoría de las condiciones sanitarias de la leche y los antibióticos antituberculosos.

Actualmente la tuberculosis abdominal suele ser una manifestación posprimaria de la infección por *M. tuberculosis*, ya sea por diseminación linfática o hematogena. La adenitis mesentérica se suele iniciar en los ganglios de la región ileocecal⁶, tiende a la caseificación y a formar mazacotes ganglionares de aspecto seudotumoral⁷.

La presentación clínica más frecuente es fiebre, pérdida de peso y dolor abdominal^{1,6}. Los síntomas abdominales dependerán de la existencia o no de enteritis y con frecuencia cursarán con dolores cólicos periumbilicales. La afectación peritoneal puede manifestarse de manera aguda simulando una apendicitis aguda, pero es más frecuente que la sintomatología sea solapada, con dolor sordo o intermitente y distensión abdominal progresiva, como en el caso que nos ocupa. La exploración física puede ser negativa o, en casos excepcionales, cuando los ganglios son grandes, limitarse a la palpación de una masa abdominal de aspecto abollonado.

En el diagnóstico se valorará la anamnesis, la sintomatología y el resultado de las pruebas tuberculínicas.

La TC^{8,9} y la ecografía constituyen una valiosa ayuda en la mayoría de los casos. Aunque el diagnóstico etiológico sólo se consigue realizando una tinción de Ziehl-Nielsen y cultivo en medio de Löwenstein del material intestinal obtenido mediante biopsia de la zona afectada. Es excepcional la presentación en forma de masa abdominal, y como en nuestro caso, deberá entonces establecerse el diagnóstico diferencial con otras causas de tumores abdominales. En el estudio inicial de nuestra paciente se contempló la posibilidad de un linfoma abdominal, pero se descartó tras el resultado de las pruebas complementarias.

El pronóstico suele ser favorable, como ocurre en nuestro paciente, y en otros casos comunicados en la literatura médica^{4,5,10}.

**S. Artigas Rodríguez, Z. Lobato Salinas,
J.J. García García y J.L. Séculi Palacios**

Unidad Integrada de Pediatría. Hospitals Sant Joan de Déu-Clínic. Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. España.

Correspondencia: Dr. S. Artigas Rodríguez.
Servicio de Endocrinología. Hospital Sant Joan de Déu.
Pº de Sant Joan de Déu, 2.
08950 Esplugues de Llobregat. Barcelona. España.
Correo electrónico: zulosa@terra.es
suleima@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

- Bernhard JS, Bhatia G, Knauer CM. Gastrointestinal tuberculosis: An eighteen-patient experience and review. *J Clin Gastroenterol* 2000;30:397-402.
- Singh-Ranger D, Rockall T, Narward AH, Haldane M, Abrahams R, McDonald P. Abdominal tuberculosis: The problem of diagnostic delay. *Scand J Infect Dis* 1999;31:517.
- Balian A, De Pinieux I, Belloula D, Barthelemy P, Montembault S, Girard T, et al. Abdominal Tuberculosis: Deceptive and still encountered. *Presse Med* 2000;29:994-6.
- Badaoui E, Berney T, Kaiser L, Mentha G, Morel P. Surgical presentation of abdominal tuberculosis: A protean disease. *Hepato-gastroenterology* 2000;47:751-5. tuberculosis in children. *Arch Dis Child* 2000;83:342-6.
- Maltezou HC, Spyridis P, Rafetzi DA. Extra-pulmonary tuberculosis in children. *Arch Dis Child* 2000;83:342-6.
- Pérez del Río MJ, Fresno M, Díaz JM, Veiga M, Álvarez E, Ablanedo P, et al. Intestinal tuberculosis, a difficult suspected diagnosis. *An Med Intern* 1999;16:469-72.
- Romand F, Gaudin JL, Bobichon R, Souquet JC. Abdominal tuberculosis of pseudotumor aspect. *Presse Med* 1997;26:1717-21.
- Suri S, Gupta S, Suri R. Computed tomography in abdominal tuberculosis. *Br J Radiol* 1999;72:92-8.
- Gulati MS, Sarma D, Paul SB. CT appearances in abdominal tuberculosis. A pictorial essay. *Clin Imaging* 1999;23:51-9.
- Palmer KR, Patil DH, Basran GS, Riordan JF, Silk DB. Abdominal tuberculosis in urban Britain— a common disease. *Gut* 1985;26:1296-305.