



## P-115 - UNA CAUSA RARA Y UNA PATOLOGÍA MUY FRECUENTE: APENDICITIS TUBERCULOSA

M.I. Navarro García<sup>1</sup>, S. Gálvez Pastor<sup>1</sup>, F.J. Espinosa López<sup>1</sup>, M.J. Carrillo López<sup>2</sup>, E. Romera Barba<sup>2</sup>, A. Sánchez Pérez<sup>2</sup>, J.C. Castañer Ramón-Llín<sup>1</sup>, M.A. García López<sup>1</sup>, N. Torregrosa Pérez<sup>1</sup>, J.A. García Marcilla<sup>1</sup> y J.L. Vázquez Rojas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General de Área Santa María del Rosell, Cartagena. <sup>2</sup>Hospital General Básico de la Defensa, Cartagena.

### Resumen

**Introducción:** La tuberculosis puede afectar a cualquier órgano del cuerpo humano, siendo la localización más frecuente el pulmón. Dentro de la tuberculosis extra-pulmonar, la afectación intestinal es rara, sobre todo en países occidentales. Siendo su tasa de incidencia variable entre 35,7 y 0,43/100.000 habitantes/por año (población inmigrante y autóctona respectivamente). La región ileocecal es la localización gastrointestinal más común, afectando raramente al apéndice, incluso en áreas donde la tuberculosis es endémica. Su etiopatogenia es incierta, puede ser una infección primaria de la mucosa intestinal o secundaria, por extensión de la tuberculosis pulmonar primaria. La presentación clínica de la tuberculosis apendicular es poco específica. La forma de aparición de la clínica puede ser aguda (compatible con un cuadro de apendicitis aguda obstructiva) o crónica, con un cuadro de dolor intermitente en fosa iliaca derecha asociado a náuseas y vómitos, indistinguible de una tuberculosis ileocecal. En ocasiones puede ser asintomática y aparece como un hallazgo incidental al realizar una apendicectomía en cualquier cirugía. Por ello su diagnóstico suele ser difícil, siendo definitivo tras el estudio anatomopatológico de la pieza. Presentamos un paciente intervenido de urgencia con diagnóstico de apendicitis aguda, donde el informe de anatomía patológica reveló tuberculosis intestinal en el apéndice cecal.

**Caso clínico:** Varón de 43 años, sin ningún antecedente de interés. De nacionalidad marroquí, residente en España desde hacía más de 20 años. Acude a urgencias por dolor abdominal de 24 horas de evolución, de comienzo en epi-mesogastrio y posteriormente localizado en fosa iliaca derecha, asociado a náuseas sin vómitos, sin otra sintomatología asociada. A la exploración presenta dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha y signos de irritación peritoneal a ese nivel, signo de Blumberg positivo. En el hemograma presenta una Hb 17 g/dl, leucocitosis de 16.000 sin neutrofilia. Bioquímica y coagulación sin alteraciones relevantes. Con el diagnóstico de sospecha de apendicitis aguda, se decide intervención quirúrgica urgente. Realizando un abordaje laparoscópico y hallando un apéndice inflamado, purulento, con escaso líquido libre peritoneal. Se practica apendicectomía y limpieza de la cavidad. El informe de anatomía patológica habla de apendicitis aguda localizada, con múltiples granulomas epitelioides con multinucleados tipo Langerhans, sin necrosis y con hiperplasia neuromatosa. Compatible con apendicitis granulomatosa. Tras el resultado se realiza estudio molecular con PCR específico para *Mycobacterium tuberculosis*, siendo el resultado positivo. La radiografía de tórax no mostraba hallazgos significativos. Recibió tratamiento antibiótico con antituberculosos durante seis meses, evolucionando satisfactoriamente y sin complicaciones.

**Discusión:** La tuberculosis intestinal afecta más frecuentemente a la región ileocecal, siendo poco frecuente la afectación apendicular. La clínica es inespecífica, pudiéndose presentar como un cuadro de apendicitis

aguda. El diagnóstico se establece después de la cirugía mediante el examen de anatomía patológica, debiéndose iniciar el tratamiento antibiótico precozmente.