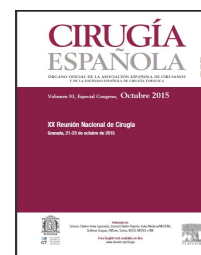




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-420 - Linfadenitis periportal tuberculosa: un reto diagnóstico

García Amador, Cristina; Kuhnhardt Barrantes, Andree Wolfgang; Díaz Morfa, Miguel; Valenzuela Torres, José del Carmen; López Marcano, Aylhin; Gijón, Luis; de la Plaza Llamas, Roberto; Ramia Ángel, José Manuel

Hospital General Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Resumen

Introducción: La existencia de un conglomerado linfático periportal puede presentarse en pacientes con neoplasias hematológicas, neoplasias abdominales o infecciones. Habitualmente no producen síntomas pero pueden causar hipertensión portal o ictericia obstructiva. El diagnóstico es complejo y puede requerir la realización de una laparotomía. Presentamos un paciente con infección VIH y linfoma de Burkitt que presenta un cuadro de adenopatías periportales y fiebre causado por tuberculosis (TB).

Caso clínico: Varón de 37 años, intervenido en 2012 de obesidad mórbida en otro centro (banda gástrica), diagnosticado en abril 2014 de infección VIH y linfoma Burkitt estadio IV-B tratado con quimioterapia esquema R-CODOX-M/R-IVAC hasta julio 2014 alcanzando la remisión completa. Ingresa en Octubre de 2014 por cuadro de fiebre de 10 días de evolución, sin focalidad. Tratado con cefuroxima y posteriormente levofloxacino, sin remisión, se decide hospitalización. La exploración física es rigurosamente normal. El hemograma muestra leucocitos: $5.700/\text{mm}^3$, actividad de protrombina 63% y plaquetas $84.300/\mu\text{l}$. El estudio bioquímico es normal y en el perfil hepático destacan GGT y FA elevadas. En la TAC abdominal, se observan en la región periportal lesiones que no existían previamente. Los hemocultivos y urocultivos seriados son estériles. La ecocardiografía transtorácica y el estudio del fondo de ojo son normales. Se decide abordaje laparoscópico debido a la imposibilidad de punción percutánea por la localización de las lesiones, pero ante una gran circulación periportal, se realiza laparotomía subcostal derecha, observándose múltiples ganglios linfáticos periportales de gran tamaño ($> 2\text{ cm}$), el más grande comprimiendo la vena porta izquierda posteriormente (3 cm), en el territorio de la arteria hepática y tronco celíaco. No hay ascitis y el parénquima hepático es normal. Se practica exéresis de ganglio de 2 cm en la región periportal izquierda (grupo 12a). El postoperatorio transcurre sin incidencias aunque la fiebre persiste. La histología muestra linfadenitis granulomatosa no necrotizante. El inmunofenotipo ganglionar confirma que los linfocitos TCD4, TCD8 y NK son la población predominante, sin hallar celularidad B. En el estudio microbiológico se observa crecimiento de *Stenotrophomonas maltophilia*. Se realiza PCR observándose amplificación de *Mycobacterium tuberculosis*. Se inicia tratamiento con rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol, con desaparición de la fiebre. En el seguimiento efectuado se ha comprobado la resolución.

Discusión: La linfadenitis tuberculosa periportal es una entidad de difícil diagnóstico en ausencia de otro foco de tuberculosis, especialmente si sucede en un paciente diagnosticado previamente de

linfoma de Burkitt. Los síntomas más frecuentes son dolor epigástrico, fiebre, pérdida de peso y masa abdominal. En cuanto al diagnóstico radiológico, la TC es el más sensible, mostrando ganglios con realce periférico y una zona central de baja densidad, hecho que no ocurre en los pacientes inmunodeprimidos. La punción de los ganglios periportales establecen el diagnóstico con sensibilidad de 80% aproximadamente, lo que rara vez es factible debido al riesgo de la punción por la cercanía de grandes vasos y siendo requerida la cirugía para hallar el diagnóstico. La instauración del tratamiento antituberculoso suele acompañarse de la regresión de las lesiones.