



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-487 - TUBERCULOSIS GANGLIONAR MESENTÉRICA: CASO CLÍNICO

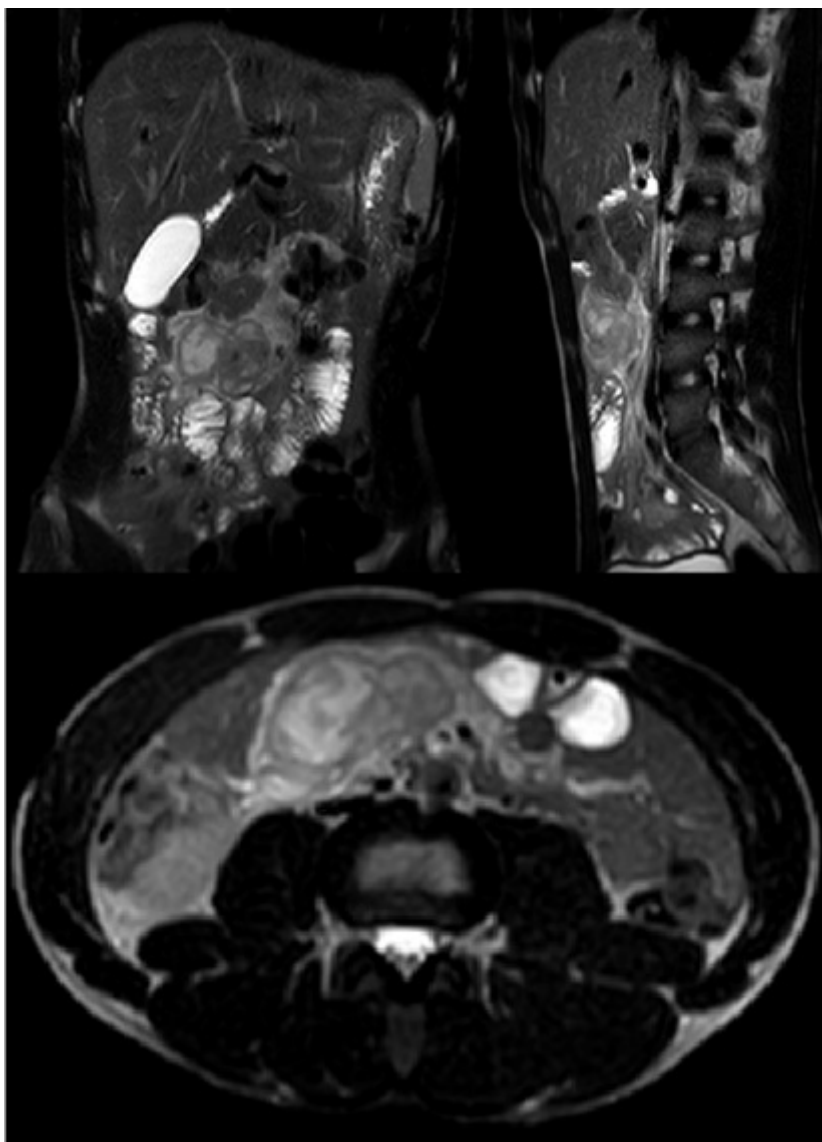
Muñoz Plaza, Nerea; Baudino, Maximiliano Ezequiel; Domínguez Arroyo, Idoia; Casaval Cornejo, Luis; Ferrando, Luciano; Jorge Tejedor, David; Cruza Aguilera, Iris; Álvarez Rico, Miguel Ángel

Hospital Universitario, Burgos.

Resumen

Introducción: La tuberculosis (TBC) afecta a un tercio de la población mundial, principalmente en países subdesarrollados. No obstante, a consecuencia del incremento de la prevalencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en países desarrollados, el tratamiento con inmunosupresores, la resistencia a los antituberculosos y los cambios migratorios, resurge en regiones donde previamente se encontraba controlada. La TBC abdominal supone el 11-12% de los casos extrapulmonares, pudiendo afectar a distintas estructuras como tracto gastrointestinal, tracto genitourinario, órganos sólidos, vesícula, aorta, peritoneo y ganglios linfáticos. Su diagnóstico es complicado dada la multitud de patologías que simula.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 32 años, natural de Ecuador, que acude a urgencias por dolor en mesogastrio de 4 días de evolución asociado a vómitos, diarrea, pérdida de peso y síndrome febril de predominio vespertino. Se realiza una TC urgente que revela una colección en mesenterio heterogénea, con bordes anfractuados, paredes gruesas y componente quístico-necrótico de $3 \times 5,5 \times 4,3$ cm (AP \times TR \times CC) en posible relación con absceso. Desde el ingreso hospitalario se completa el estudio con RMN que describe la tumoración como una masa poliadenopática confluyente en posible relación con linfadenitis abscesificada por gérmenes infrecuentes. Se realiza punción mediante control ecográfico de la porción más líquida de la tumoración, obteniendo material espeso y purulento con baciloscopia y PCR de *Mycobacterium tuberculosis* positiva. Tras la confirmación diagnóstica, es trasladado a Medicina Interna para estudio de enfermedad pulmonar, inicio de tratamiento y vigilancia. Su evolución fue favorable, con desaparición de la fiebre y progresivamente de los síntomas abdominales tras el inicio del tratamiento antituberculoso.



Discusión: La TBC es una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterium tuberculosis*, habitualmente provocando su forma pulmonar, aunque puede afectar a cualquier parte del organismo. La clínica clásica subaguda de TBC se caracteriza por pérdida de peso, astenia, anorexia, febrícula de predominio vespertino y sudoración nocturna. El compromiso ganglionar es la manifestación más frecuente de TBC abdominal, afectando generalmente a la región mesentérica, omental y peripancreática. Los hallazgos en la imagen no son patognomónicos, aunque sí sugestivos: la mitad de las adenopatías se muestran aumentadas de tamaño, con centro hipodenso y realce periférico tras contraste endovenoso, hallazgos típicos de necrosis caseosa. Otras formas de presentación son el aumento en el número de adenopatías y la formación de conglomerados adenopáticos. El diagnóstico definitivo es microbiológico, con el hallazgo del bacilo, y el tratamiento no difiere de la tuberculosis pulmonar. El aumento de la incidencia en países europeos no endémicos hace importante tener en cuenta la TBC dentro del diagnóstico diferencial de multitud de síndromes, especialmente en pacientes con inmunodepresión.