



P-731 - TUBERCULOSIS PERITONEAL COMO CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO: UN RETO DIAGNÓSTICO EN PAÍSES NO ENDÉMICOS

Olmo Santiago, Rocío; Álvarez Aguilera, Miriam; Montosa García, Ana; García León, Anabel; Martos Martínez, Juan Manuel; Rubio-Manzanares Dorado, Mercedes

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: La tuberculosis peritoneal (TBP) es una forma rara de tuberculosis extrapulmonar que representa del 3 al 5% de los casos. Su diagnóstico es complejo debido a la inespecificidad clínica y su baja prevalencia en regiones no endémicas, lo que retrasa frecuentemente su diagnóstico y tratamiento, no siendo inusual que se diagnostique a raíz de complicaciones como distensión abdominal inducida por ascitis u obstrucción intestinal secundaria bridada por el proceso infeccioso-inflamatorio.

Caso clínico: Mujer de 32 años, originaria de Colombia, residente en Europa desde hace un año, con antecedente de dolor abdominal intermitente asociado a estreñimiento de siete años de evolución, sin intervenciones quirúrgicas previas. Consulta en urgencias por dolor abdominal tipo cólico de inicio abrupto y gran intensidad en las últimas 12 horas, asociando náuseas y vómitos. A la exploración, se encuentra hemodinámicamente estable, con moderada distensión abdominal y dolor difuso, sin peritonismo. Analítica anodina. Ingresa en observación ante regular control del dolor, barajando como diagnóstico diferentes causas de abdomen agudo como isquemia mesentérica aguda, perforación de víscera hueca, cuadros infecciosas y/o ginecológicos, así como obstrucción intestinal. La tomografía computarizada objetiva dilatación de asas con imagen en "remolino", sugestiva de hernia interna o síndrome adherencial congénito, asociada a adenopatías mesentéricas y líquido libre en pelvis. Tras intento fallido de manejo conservador con descompresión y administración de contraste hidrosoluble (Gastrografín), se procede a laparoscopia exploradora convirtiéndose a laparotomía por importantes adherencias. La cirugía revela hernia interna secundaria a brida de asa de delgado al meso sin signos de sufrimiento. Se identifican múltiples implantes subcentimétricos en la serosa intestinal, hepática, gástrica y diafragmática con adenopatías mesentéricas, sospechosos de carcinomatosis peritoneal. Se realiza exploración oncológica, detallando el índice de carcinomatosis peritoneal (PCI) y se toman muestras para citología y anatomía patológica (AP). Ante la ausencia de tumor primario evidente, se plantea la posibilidad de una TBP, por lo que se toman también muestras para microbiología. Posteriormente, AP confirma granulomas necrotizantes compatibles con TBP, corroborándose por microbiología existencia de *Mycobacterium tuberculosis*. Se inicia tratamiento antituberculoso específico con resolución clínica satisfactoria.

Discusión: La TBP supone un desafío diagnóstico, especialmente en países de baja endemidad

como España, donde la sospecha inicial es baja. Además, la presentación como abdomen agudo obstructivo secundario a bridas tuberculosas es rara, por lo que retrasó más el diagnóstico definitivo. Además, la baja sospecha inicial hizo que no se implementaran medidas preventivas durante la cirugía y previa a la misma. Según protocolos vigentes, se deberían haber utilizado mascarillas FFP2 o superiores, realizado aislamiento ventilatorio de la paciente desde el primer momento y mantenido adecuada ventilación del quirófano tras la intervención. Este caso subraya la necesidad de mantener un alto índice de sospecha en pacientes provenientes de áreas endémicas de tuberculosis, destacando la importancia de considerar factores epidemiológicos como el país de origen y contactos previos. Así pues, es necesario ampliar nuestros diagnósticos diferencias habituales en casos de abdomen agudo, especialmente en población migrante, mejorando así la precisión diagnóstica, el manejo clínico inicial y la implementación de medidas preventivas adecuadas.