



<http://www.elsevier.es/semergen>

387/117 - OTRO DOLOR ABDOMINAL

M. Ramos Oñate¹, J. Capellades I Lloparr², C. Laguna Cárdenas³, E. Saiz Yoldi⁴, A. Ukar Naberan¹, L. Fernández-Vega Suárez⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Santander. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Sardinero. Santander. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 20 años, sin antecedentes personales de interés, fumadora de 10 cigarrillos/día desde los 16 años, sin otros hábitos tóxicos. No tratamiento habitual. Consulta a la consulta de atención primaria por cuadro de dolor abdominal de carácter difuso tipo cólico de tres días de evolución asociado a fiebre de hasta 39 °C y un episodio de vómitos de carácter alimentario. Además, refiere tos matutina desde hace varios meses. Niega pérdida de peso. No refiere viajes ni otros antecedentes epidemiológicos de interés. El diagnóstico fue de viriasis y posible gastritis. Se solicitó analítica de rutina con Rx tórax.

Exploración y pruebas complementarias: T^o 38,2 °C, TA 120/70. Saturación 100%. ORL: faringe hiperémica. ACP: rítmica, sin soplos. Ligera hipofonesis de base derecha. Abdomen: blando y depresible, no datos de irritación peritoneal, no defensa, no se palpan masas ni megalias. Resto de exploración normal. Se solicita analítica sanguínea de rutina y Rx tórax. Bioquímica: glucosa 84, urea 51, creatinina 0,7, sodio 138, potasio 4,2, amilasa 95. Hemograma: Hto 39,2, Htes 4,37, Hb 13,7. Leucocitos 6,50; N 75,4%; plaquetas 342. Paul Bunell negativo. Elemental y sedimento negativo. Rx tórax: derrame pleural derecho. Mantoux con lectura a las 72 horas y se deriva para ingreso en el que se realizan las siguientes pruebas. Líquido pleural: exudado con ADA. Ag de Legionella y S. pneumoniae en orina: negativos. Mantoux: 20 mm. Angio-TAC torácico: no se observan defectos de repleción en arterias pulmonares. Importante derrame pleural derecho con atelectasia de lóbulo inferior, probablemente pasiva. Tras descartar posible TEP se inicia tratamiento con tuberculostáticos, remitiendo la fiebre y también el dolor abdominal referido.

Juicio clínico: Tuberculosis pleural.

Diagnóstico diferencial: Infecciones (bacterianas, TBC, parasitosis, micosis...). Enfermedad cardiovascular (ICC, TEP, pericarditis constrictiva...). Enf. neoplásica. Enf. inmunológicas (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, lupus inducido por drogas, espondilitis anquilosante, síndrome de Sjögren). Farmacológica. Otros (asbestosis benigna, uremia, linfangoleiomomatosis, histiocitosis X, mixedema, amiloidosis).

Comentario final: El derrame pleural tuberculoso (DPTB) es la causa más frecuente de tuberculosis (TB) extrapulmonar en nuestro país y uno de los motivos más habituales de derrame pleural. La afectación de la pleura es relativamente frecuente en la tuberculosis primaria y se deben al paso de los bacilos tuberculosos al espacio pleural. En función de la capacidad de reacción que presente el hospedador así el derrame podrá

pasar inadvertido o ser extenso y dar sintomatología: fiebre, dolor torácico de tipo pleurítico y disnea. La clínica varía dependiendo de la población (más aguda en los jóvenes y más prolongada en los ancianos). El derrame es casi invariablemente un exudado unilateral (según los criterios de Light), más frecuentemente del lado derecho, y la prueba de la tuberculina es negativa en la tercera parte de los casos. Los diagnósticos de certeza tienen limitaciones, por lo que para ello se han utilizado diversos biomarcadores en el líquido pleural. El tratamiento es el de cualquier TB.

Bibliografía

WHO Report Global Tuberculosis Report. World Health Organization; 2012. WHO/HTM/TB/2012,6.

Harrison. Principios de Medicina Interna, 16^a edición. Mc Graw-Hill. 2006.