



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/342 - La gran simuladora

N. Navarro Aparicio^a, L. López Puerta^b y J. Sandoval Codoní^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Mojonera. La Mojonera. Distrito Poniente. Almería. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Roquetas de Mar. Almería. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Mojonera. La Mojonera. Distrito Poniente. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 45 años, natural de Mali, reside en España desde hace 8 años. Convive con 2 personas, sin animales domésticos. Profesión agricultor. No hábitos tóxicos. NAMC. No enfermedades conocidas. No IQ. Acude a Urgencias derivado por médico de DCCU (Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgentes) de la zona por dolor abdominal, herniación inguino-escrotal y hemorroides trombosadas de una semana de evolución. No clínica infecciosa acompañante. No síndrome constitucional. Habito intestinal estreñimiento habitual.

Exploración y pruebas complementarias: MEG, CyO, irritable, ligera deshidratación de piel y mucosas, eupneico en reposo y al habla, Tª 38,6, TA 100/60, 80lpm, Sat95%. ACR: rítmico, hipoventilación basal izquierda, con algún roncus aislado. Abdomen: distendido, no masas ni megalias, muy doloroso a la palpación difusa, matidez a la percusión, Blumberg y Murphy negativos. PPRB-. RHA+. Hernia inguinoescrotal no incarcerada, hemorroide externa trombosada. Analítica: Hb 9,6; leve leucopenia y monocitosis relativa. Trombocitosis. PCR: 33. Hemocultivos, urocultivos, coprocultivo, serologías resultados negativos. Rx tórax: pinzamiento seno costofrénico derecho y lesiones residuales apicales LSI. ECO abdomen: ascitis probablemente secundaria a carcinomatosis peritoneal, hidrocele derecho. TAC: ascitis tumoral con engrosamiento nodular de epiplón mayor y colon sigmoide. Se considera colonoscopia, pero por la imposibilidad para la preparación la técnica, se decide paracentesis diagnóstico-terapéutica, resultado de líquido peritoneal: glucosa normal, pt 4 g/dL, LDH 554 U/L, monocitosis, ADA 143. Para la confirmación diagnóstica, se realizó laparoscopia con toma de muestras que confirmaron el diagnóstico de TBC miliar. Durante todo el ingreso, el paciente se mantuvo febril y con difícil control del dolor precisando morfínicos.

Juicio clínico: Tuberculosis peritoneal.

Diagnóstico diferencial: Carcinoma de colon.

Comentario final: El primer caso documentado de tuberculosis peritoneal data de 1843, en un hospital neoyorquino. Conocida como “La gran simuladora”, la tuberculosis mimetiza toda una variedad de padecimientos. La tuberculosis peritoneal es una manifestación extrapulmonar rara. La causa más frecuente es la reactivación de un foco latente pulmonar. El 20% de pacientes no tienen factores de riesgo (cirrosis, VIH, diabetes mellitus, malignidad, tras tratamiento con anti-TNF y pacientes en diálisis peritoneal). Nuestra práctica clínica habitual no debe de alejarnos de la patología menos común, debemos estar siempre alerta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bymes V, Chopra S. Tuberculous peritonitis. 2014. Uptodate.
2. Protocolo diagnóstico y terapéutico de las tuberculosis extrapulmonares. 2014;11(52)3091-7.