

## 347/542 - UN DOLOR ABDOMINAL COMPLICADO

*M. Ortiz del Amo<sup>a</sup>, M. Rodríguez Prieto<sup>b</sup>, D. de Freitas Clemente<sup>b</sup> y A. Mata Martínez<sup>c</sup>*

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Fermín. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fermín. Madrid. <sup>c</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Calesas. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 50 años colitis ulcerosa de larga evolución, HTA y DL. En tratamiento con prednisona, pentasa, infliximab, atorvastatina y atenolol. Acude por cuadro de 15 días con febrícula, presentando hoy dolor abdominal muy intenso acompañado de náuseas y fiebre de hasta 41 °C. Niega hábitos tóxicos, viajes al extranjero y/o ingesta de comida en mal estado. Sin clínica respiratoria ni urológica acompañante.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general. TA 130/79, FC 130, T<sup>a</sup> 39 °C. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho. Hepatomegalia dolorosa. RHA conservados. No irritación peritoneal. MMII: no edemas ni signos de TVP. Dada la clínica y los antecedentes se deriva a hospital de referencia. Analítica: PCR de 4,86, resto sin alteraciones. Rx tórax: derrame pleural bilateral, no infiltrados ni consolidaciones. TAC toracoabdominopélvico: derrame pleural bilateral con aumento de densidades en LSD y LSI. Hepatoesplenomegalia y lesiones hipodensas en probable contexto de TBC, con perforación ileal con sangrado activo. Hidronefrosis bilateral. Microbiología: jugo gástrico con PCR positivo para *Mycobacterium tuberculosis* complex.

**Orientación diagnóstica:** Tuberculosis diseminada por *M. tuberculosis* complex multisensible en paciente inmunodeprimido por colitis ulcerosa en tratamiento con corticoterapia e infliximab. Peritonitis bacteriana con perforación de asa secundaria a TBC.

**Diagnóstico diferencial:** Con las complicaciones secundarias a la colitis ulcerosa siendo la más frecuente la afectación del colon e intestino delgado cursando en ocasiones con perforación intestinal, megacolon tóxico, fistulas y abscesos sobre todo en pacientes con inmunosupresión.

**Comentario final:** Queremos destacar la importancia del control y seguimiento de pacientes inmunodeprimidos realizando estudios y descartando infección o enfermedad tuberculosa, sabiendo que son pacientes con más riesgo de infecciones por patógenos atípicos y recordando que no todo paciente con TBC activa presenta clínica respiratoria y puede tener radiografía de tórax normal.

### Bibliografía

1. García Rodríguez JF, Álvarez Díaz H, Lorenzo García MV, et al. Extrapulmonary tuberculosis: epidemiology and risk factors. Enferm Infect Microbiol Clin. 2011;29(7):502-9.
2. Espinosa-Gimeno A, Martínez-Sanz J, Asong Engonga L, et al. Protocolo diagnóstico y terapéutico de las tuberculosis extrapulmonares. Medicine. 2014;11(52):3091-7.

**Palabras clave:** *Mycobacterium tuberculosis. Inmunosupresión. Complicación.*