

## 349/110 - ¿BLUMBERG POSITIVO? ¿APENDICITIS?

A. Sánchez Agüera<sup>1</sup>; J. Sánchez Sánchez<sup>2</sup>; J. Gutiérrez García<sup>3</sup>; M. Martínez Martínez<sup>2</sup>; S. Jiménez Moya<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Los Arcos del Mar Menor. Murcia.;<sup>2</sup>Médico Residente. Hospital Los Arcos del Mar Menor. Murcia.;<sup>3</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón marroquí de 26 años que acude a Urgencias remitido por su MAP por dolor abdominal de 2 meses de evolución que 12 horas antes aumenta focalizándose en fosa ilíaca derecha. Consultó dos días antes con una clínica similar pero más larvada siendo dado de alta como “masa abdominal a estudio” y en tratamiento con AINEs sin mejoría. Refiere pérdida de apetito sin náuseas ni vómitos asociados y permaneciendo afebril. El paciente había estado en su país dos veces en los últimos tres meses y tenía un hermano mayor con antecedentes de tuberculosis.

**Exploración y pruebas complementarias:** Se encuentra muy dolorido presentando defensa abdominal y dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha con Blumberg positivo. A la palpación profunda, se aprecia masa abdominal. Resto de exploración anodina. Analítica con leucocitosis de 19960 y PCR de 6,73 sin otras alteraciones. Radiografía abdomen: abundantes heces y gases en marco cólico sin niveles hidroaéreos. Ecografía abdominal: plastrón en fosa ilíaca derecha de probable origen apendicular. Tras estos hallazgos, se contacta con el cirujano de guardia quien valora y decide realizar una intervención quirúrgica urgente por probable apendicitis aplastronada. Laparoscopia: adherencias entre masa ileal y pared abdominal que hacen imposible su liberación. Laparotomía media: tumoración ileal de 6 cms situada a 5 cms de ciego. Múltiples adenopatías mesentéricas de color amarillento de 1 cm con apéndice cecal normal.

**Juicio clínico:** Resección ileal y colectomía derecha en paciente con tumoración intestinal a nivel de íleo de probable origen infeccioso.

**Diagnóstico diferencial:** Tuberculosis intestinal, Tumor intestinal tipo GIST, Apendicitis aguda, Apendicitis aplastronada.

**Comentario final:** Sin la Anatomía Patológica, la sospecha es de tuberculosis intestinal. La clínica y los resultados de las pruebas complementarias orientaban a una apendicitis aguda. Sin embargo, los hallazgos encontrados durante la intervención dieron un giro al diagnóstico. La tuberculosis ha sufrido un aumento en la incidencia en países desarrollados por la prevalencia creciente de individuos inmunodeprimidos y población inmigrante. Los síntomas de la tuberculosis abdominal pueden ser inespecíficos y la localización más común de aparición es la ileocecal.

### Bibliografía

Debi U, Ravisankar V, Prasad KK, Sinha SK, Sharma AK. Abdominal tuberculosis of the gastrointestinal tract: Revisited. *World J Gastroenterol* 2014; 20 (40): 14831-14840.