

Absceso tuberculoso frío simulando una hernia inguinal encarcerada

Cold tuberculous abscess mimicking an incarcerated inguinal hernia

Sr. Editor:

La tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública en España. Su presentación más habitual es la pulmonar, pero de las formas extrapulmonares cabe resaltar la ganglionar, que ha ido aumentando asociada a la progresión del VIH. La forma ganglionar es relativamente frecuente, pero dentro de ésta la presentación inguinal es excepcional¹.

Presentamos el caso de un varón de 72 años con muy buen estado general, independiente para las actividades de la vida diaria y con antecedentes de sida con adenitis tuberculosa por *Mycobacterium tuberculosis*, hernioplastia inguinal derecha hacía 5 años y tratamiento domiciliario con rifampicina, etambutol y atripla (combinación a dosis fija de 600 mg de efavirenz, 300 mg de tenofovir y 200 mg de emtricitabina). Acude a urgencias por dolor a nivel de bultoma inguinal derecho de tres días de evolución. A la exploración el paciente está afebril, con dolor a la palpación a nivel de bultoma inguinal derecho irreducible y sin datos de inflamación/infección. La analítica de sangre es normal. Se le realiza una ecografía abdominal que demuestra una tumoración inguinal derecha sugestiva de hernia inguinal encarcerada.

Ante la sospecha de hernia inguinal derecha recidivada encarcerada se interviene de urgencia. Se realiza una incisión inguinal derecha con salida de abundante contenido purulento del que se toma muestra para cultivo, objetivándose restos de la malla inguinal previa sueltos en medio del absceso. No se evidencia recidiva herniaria. Se realiza drenaje del absceso inguinal frío y lavado abundante de la herida. Se deja un drenaje y la herida parcialmente abierta. En el cultivo del absceso se confirmó la presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes. Durante el ingreso es valorado por el servicio de Infecciosos que indica proseguir con el tratamiento tuberculostático y antirretroviral previo.

La incidencia de tuberculosis extrapulmonar oscila en los estudios entre el 15 y el 50%. Esta incidencia aumentó en países en

desarrollo donde la incidencia global de tuberculosis y la coinfección por el VIH son más altas. Las localizaciones más frecuentes son la pleural y ganglionar en los pacientes inmunocompetentes y la milar y ganglionar en los inmunodeprimidos².

La tuberculosis ganglionar puede afectar a cualquier ganglio del organismo, siendo la presentación más habitual la cervical y muy poco frecuente la inguinal. La tuberculosis inguinal aparece generalmente como una tumefacción indolora unilateral, con escasos o ningún síntoma general o local. El cuadro puede permanecer indolente durante semanas, meses o incluso años, hasta que puede progresar presentado generalmente síntomas inflamatorios locales del ganglio: calor, rubor y dolor local, y ocasionalmente fistulización ganglionar¹. Sin embargo, no debemos olvidar la existencia de los abscesos tuberculosos fríos^{3,4} que se presentan sin los clásicos síntomas inflamatorios locales y que en localizaciones como la inguinal pueden simular una hernia complicada como ocurrió en nuestro caso.

Bibliografía

1. Ballester Cantón G, Guerrero Laleona C, Padilla Ruiz C, Colás Oros C, Zapater Montserrat M. Tumoración abscesificada en región inguinal izquierda. *An Pediatr*. 2007;67:181-2.
2. García JF. Formas extrapulmonares de la tuberculosis: situación en un nuevo siglo. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2008;26:537-9.
3. Bustamante-Sarabia J, Núñez-Camacho J, Juárez-Rabadán S, Castro-Campos A, Zúñiga-Andrade R, Arellano I. El absceso frío tuberculoso. ¿Entidad olvidada? Consideraciones a propósito de un caso de autopsia. *Rev Gastroenterol Mex*. 2007;72:47-51.
4. Rivo Vázquez JE, Fernández Villar A, Cañizares Carretero MA. Absceso frío de pared torácica 58 años después de una toracoplastia. *Arch Bronconeumol*. 2004;40:540-1.

Marlén Alvite Canosa*, Rocío González López,
Inmaculada Monjero Ares
y Félix Arijá Val

Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Lucus Augusti, Lugo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marlenqx@hotmail.com (M. Alvite Canosa).

doi:10.1016/j.regg.2011.04.001