

Tuberculosis Peritoneal

María del Mar Soriano Liébana - G3-G4

HGU Elda - Unidad de Enf. Infecciosas

Imágenes aprobadas por la Dra. Paloma Romero

MOTIVO DE ATENCIÓN: Vómitos y diarrea de 4 días de evolución y dolor abdominal

ANTECEDENTES PERSONALES:

- No RAMc, no HTA, no DLP, no DM
- Exfumador 10 años/paquete. No hábitos tóxicos
- No antecedentes qx
- Natural de Ecuador. Hace 10 años que no viaja a su país
- AF: padre fallecido en Ecuador por posible infección respiratoria

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente varón, 38 años. Acude a urgencias por dolor abdominal difuso, vómitos alimentarios y deposiciones diarreas sin productos patológicos (moco o sangre) acompañados de fiebre de hasta 40°C.

2 días antes había sido dado de alta en urgencias con dx de GEA y tto correspondiente (Ciprofloxacino y Metrodinazol).

Urgencias

EXPLORACIÓN FÍSICA

REG. NN. NC. Sequedad de mucosas. Consciente y orientado.

Dolor 5 sobre 10

Tª: 38,5°C. TA: 138/91 mmHg FC 107 lpm SaO2: 84%

AC: rítmica, sin soplos

AP: MVC, sin crepitantes, sin soplos

ABDOMEN: blando y depresible, defensa voluntaria a la palpación. Dolor difuso. Sin megalias. Ruidos hidroaéreos presentes. Sin signos de irritación peritoneal. Murphy (-). Blumberg (-). Puñopercusión (-)

No edemas en MMII. No signos de TVP

AS: Glucosa 101mg/dL; Creatinina 0,85; Sodio 134 mEq/L; Potasio 4 mEq/L; GOT 22 UI/L; GPT 26 UI/L; PCR 288 mg/L

Hemoglobina: 15,6 g/dL

Leucocitos 8600/uL (84,9%N); Plaquetas 386000/uL

Sin alteraciones en coagulación

Gasometría a Ph: 7,451; HCO3: 26,5

RX TÓRAX: Normal

RX ABDOMEN: Normal

Planta UEI 3 y 4 días después

MEG. NH. NC. Consciente y orientado.

Dolor epigástrico intenso

Tª: 37,5°C. TA: 125/89 SaO2: 97%

AC: anodina

AP: disminución del murmullo vesicular en hemitórax derecho

ABDOMEN: distensión generalizada (ascitis a tensión)

No edemas en MMII

MEG. NH. NC (no ictericia). Consciente y orientado.

Dolor costal derecho y disnea. Mejora sustancial del dolor abdominal referido el día anterior

Tª: 38°C. TA: 118/95 SaO2: 96%

AC: anodina

AP: disminución del murmullo vesicular en hemitórax derecho

ABDOMEN: Blando y depresible. No impresión de ascitis. Dolor difuso sin protección a la palpación

No edemas en MMII. No signos de TVP



PARACENTESIS EVACUADORA Y DX (3L):

- Características del líquido de transudado
- ADA: 69 ui/L
- Hematíes 4080 u/mm³

OTROS ESTUDIOS:

- Hemocultivos (-)
- VIH (-)
- Coprocultivos (-)
- Parásitos heces (-)
- Toxina Cl. difficile (-)

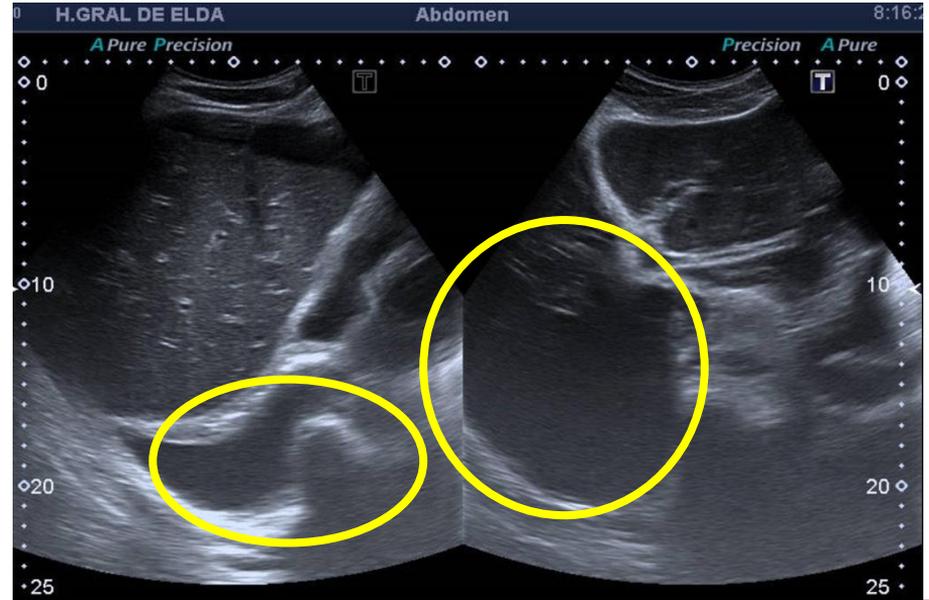
- Hemocultivos (-),
CR M. tuberculosis del
líquido ascítico (+)
- Cultivo del líquido
ascítico (pendiente)

- Quantiferón (+ → 2,73)
- Mantoux (+),
- Esputo inducido (sin
BAAR)

Rx (planta) / Eco abdominal (planta)

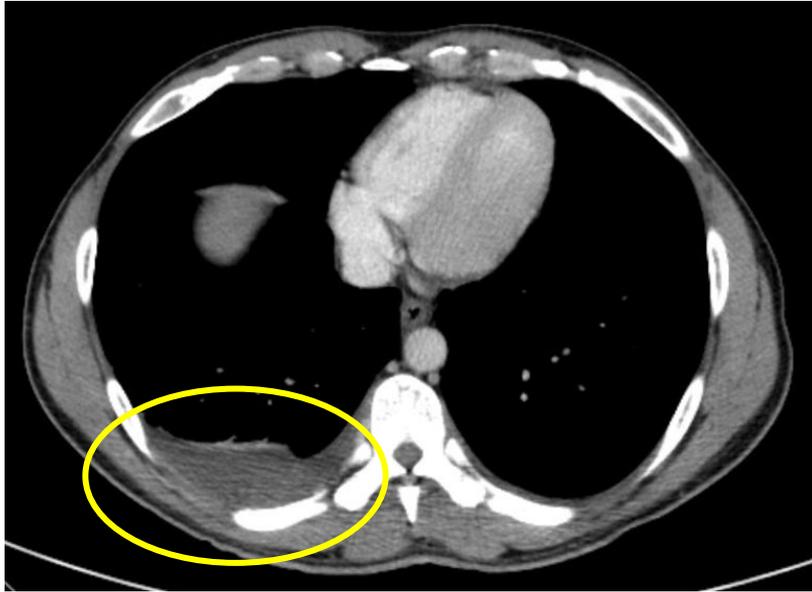


Derrame pleural derecho

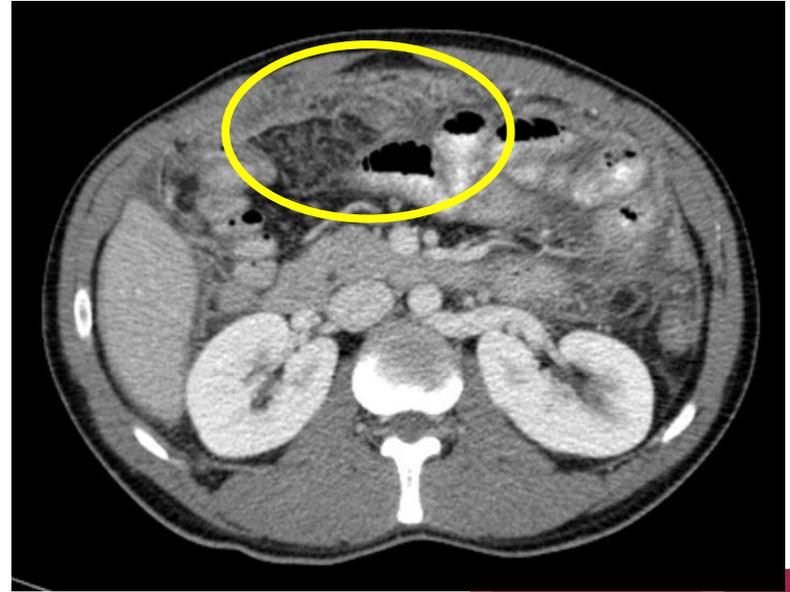


Hígado de morfología y tamaño normales. No LOES. Versícula normal. No dilatación de la vía biliar. Bazo normal. Porta con calibre normal y flujo hepatópeto. Ascitis

TAC toracoabdominopélvico (planta)



Derrame pleural derecho. No se observan lesiones parenquimatosas pulmonares.



Engrosamiento peritoneal difuso (epiplon en torta) y ascitis moderada asociada de carácter inflamatorio (TB).

Diagnóstico y actitud terapéutica

TUBERCULOSIS PERITONEAL

(La PCR para *M. tuberculosis* (+) y la ADA > 39 ui/L en el líquido ascítico permiten el diagnóstico)

1. Suspensión del tratamiento empírico de la GEA con Ciprofloxacino + Metrodinazol
 2. Aislamiento respiratorio
 3. Inicio del tratamiento antituberculoso prolongado (9-12 meses) con Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol
- 