

Carta al director

PANCREATITIS Y PERITONITIS TUBERCULOSA COMO DIAGNÓSTICO FINAL EN UN DOLOR ABDOMINAL AGUDO

R.P. López-Segura, M.E. Cervilla-Sáez de Tejada, P. Martínez-Tirado, A. Selfa-Muñoz

Unidad de Aparato Digestivo. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Sr. Director:

Las pancreatitis y las peritonitis tuberculosas son dos entidades poco frecuentes y de difícil diagnóstico si no se piensa en ellas, aún más si consideremos su coexistencia en un mismo paciente.

Presentamos el caso de un varón sirio de 59 años, que acudió a Urgencias por dolor abdominal difuso, más intenso en epigastrio y fiebre de 9 días de evolución. Bebedor moderado.

A la exploración estaba sudoroso, taquipneico, taquicárdico, con murmullo vesicular disminuido en bases. Abdomen distendido, depresible, con peritonismo y semiología ascítica.

- Analítica: amilasa 2062 UI/L, PCR 12 mg/dl, leucocitos 13660/mm³ (88% PMN).

- TAC toraco-abdomino-pélvico CIV: Derrame pleural bilateral. Ascitis perihepática, periesplénica, en transcavidad de los epiplones y entre asas (**Figura 1**). Rarefacción de la grasa mesentérica sugerente de peritonitis. Páncreas con dos imágenes hipocaptantes en cabeza-cuerpo (**Figura 2**).



Figura 1

Abundante ascitis perihepática y periesplénica.

- Laparotomía exploradora: Ascitis serosanguinolenta (citología y microbiología). Estómago, intestino delgado, colon, omento mayor y apéndices epiploicos sigmoides sin alteraciones salvo diseminación miliar (biopsia). Páncreas sin signos claros de pancreatitis.

- Líquido ascítico: amilasa 72 U/L, proteínas 2.6 mg/dl, leucocitos 290 mm³, polinucleares 47%, hematíes 10000 mm³, adenosindeaminasa (ADA) 56.9 UI/L, citología negativa.

- Microbiología: negativa.

- Mantoux: positivo.

CORRESPONDENCIA

Rosario del Pilar López-Segura
Unidad de Aparato Digestivo, Hospital U. San Cecilio.
Avenida Doctor Oloriz, nº 16
18012 Granada, España
TEL. 679105771
rosariopilarlopezsegura@hotmail.com



Figura 2

Páncreas de tamaño normal con dos pequeñas lesiones hipocaptantes en cabeza-cuerpo.

- Anatomía patológica: sugestiva de necrosis grasa por pancreatitis tuberculosa.

Ante la sospecha de pancreatitis y peritonitis tuberculosa (Mantoux positivo con ADA > 35 u/l) se instaura tratamiento tuberculostático con mejoría progresiva del paciente, descenso de la amilasa y desaparición de las lesiones pancreáticas.

La peritonitis tuberculosa es una entidad secundaria a otra lesión ya sea a través de diseminación de un foco distante, extensión local o como reactivación de un foco peritoneal latente¹. Los síntomas predominantes son: ascitis, síndrome general, dolor abdominal difuso (abdomen agudo) y fiebre². En el diagnóstico adquiere especial relevancia la prueba de la tuberculina (aunque con una negatividad estimada hasta en un 70%), la microbiología (cuya negatividad no excluye el diagnóstico), el líquido ascítico (exudado de predominio linfocitario con ADA por encima de 35 U/L) y la laparoscopia con biopsia a la que se suele recurrir con mucha frecuencia³. La afectación pancreática se manifiesta por fiebre y epigastralgia, hiperamilasemia y aumento persistente de lipasa sin edematización pancreática clara en las pruebas de imagen, siendo la punción-biopsia sugestiva de Tuberculosis (TBC)⁴. A veces, se manifiesta como una lesión pancreática hipocaptante, de difícil diagnóstico, pudiendo requerir la realización de laparotomía exploradora⁵. La mejoría clínica tras pauta de tratamiento tuberculostático apoya el diagnóstico¹. Al revisar la literatura médica no hemos encontrado descrito ningún caso en el que la pancreatitis tuberculosa y la peritonitis tuberculosa se presenten en un mismo paciente como ocurre en el que aquí presentamos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mourad FH, McLean A, Farthing MJ. Tuberculous pancreatitis: a diagnostic problem. Case report and review of literature. *J Clin Gastroenterol* 1995; 10: 237-240.
2. Varshney S, Johnson CD. Tuberculosis of the pancreas. *Postgrad Med J* 1995; 71: 564-566.
3. Franco-Paredes C, Leonard M, Jurado R, Blumberg HM, Smith RM. Tuberculosis of the pancreas: report of two cases and review of the literature. *Am J Med Sci* 2002; 1: 54-58.
4. Stock KP, Reimann JF, Stadler W, Rosch W. Tuberculosis of the pancreas. *Endoscopy* 1981; 13: 178-180.
5. Brusko G, Melvin WS, Formkes JJ, Ellison EC. Pancreatic tuberculosis. *Am Surg* 1995; 61: 513-515.