

# DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO Y PÉRDIDA DE PESO

Virginia Sancho Ariño. MIR Pediatría HCU.  
Anna Paola Di Giovambattista: MIR Pediatría HCU.  
Lara García Hernández. MIR pediatría HCU.  
Rotación AP C.S. "Delicias Sur"

# CASO CLÍNICO

- Niña de 8 años, de raza negra, nacida en España. Padres procedentes de Gambia. 4<sup>a</sup> hija de 7 hermanos.
- No antecedentes personales relevantes.
- Nunca había viajado fuera de España.



Consulta por dolor abdominal tipo cólico de un mes de evolución.

Deposiciones diarreicas (sin productos patológicos) de 4 días de evolución, no vómitos. Afebril.

EF: BEG. NC y NH. Abdomen no doloroso. No masas ni visceromegalias. Resto normal.



# ¿QUÉ HACEMOS?



1. Ya es el quinto dolor abdominal que veo hoy... dieta y a su casa.
2. Le derivo urgentemente al hospital y que le vean ahí.
3. Coprocultivo y parásitos en heces a ver si sale algo.
4. Solicitamos urgentemente una Rx de abdomen.



# CASO CLÍNICO

Coprocultivo.  
Parásitos en  
heces



negativos



# CASO CLÍNICO

2 meses más tarde...

Continúa con dolor abdominal y episodios de despeños diarreicos.

## Examen físico:



Can Stock Photo - csp11730E

- Pérdida de peso: 7 kg
- Microadenopatias laterocervicales e inguinales.



# ¿QUÉ HACEMOS?



1. ¡Urgentemente a cirugía, que le extirpen la *Tenia!*
2. Dolor abdominal crónico y signos de alarma: le pido una batería amplia de pruebas que incluya analítica sanguínea y orina, ECO-abdominal...
3. Le hago un Mantoux, progenitores de Gambia y con esa clínica esta claro que tiene una enfermedad tuberculosa.
4. Me preocupo y lo derivo a Oncología, una pérdida de peso y adenopatías... que no se nos pase un linfoma.



# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Lo más frecuente:

- Parasitosis.
- Infección bacteriana intestinal
- Enfermedad celiaca.
- Hipertiroidismo
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Intolerancia hidratos de carbono.



Más raro:

- Hepatitis, colecistitis, quiste colédoco...
- Linfoma intestinal u otros tumores digestivos.
- Enfermedad tuberculosa



Prueba	Resultados
Bioquímica (Fx renal-hepática)	
Hemograma	
VSG. PCR	
Metabolismo hierro	
Inmunoglobulinas. Anticuerpos digestivos	
TSH	
Sedimento orina	
Parásitos en heces	
ECO abdominal-pélvica	
Mantoux	

# Un sábado en CS “Bombarda”...

- Prueba de la tuberculina



POSITIVO

↓  
Infección  
tuberculosa

Descartar  
Enf.  
tuberculosis

# Se deriva urgente a Infecciosos: Rx tórax



# SE DECIDE INGRESO PARA COMPLETAR ESTUDIO

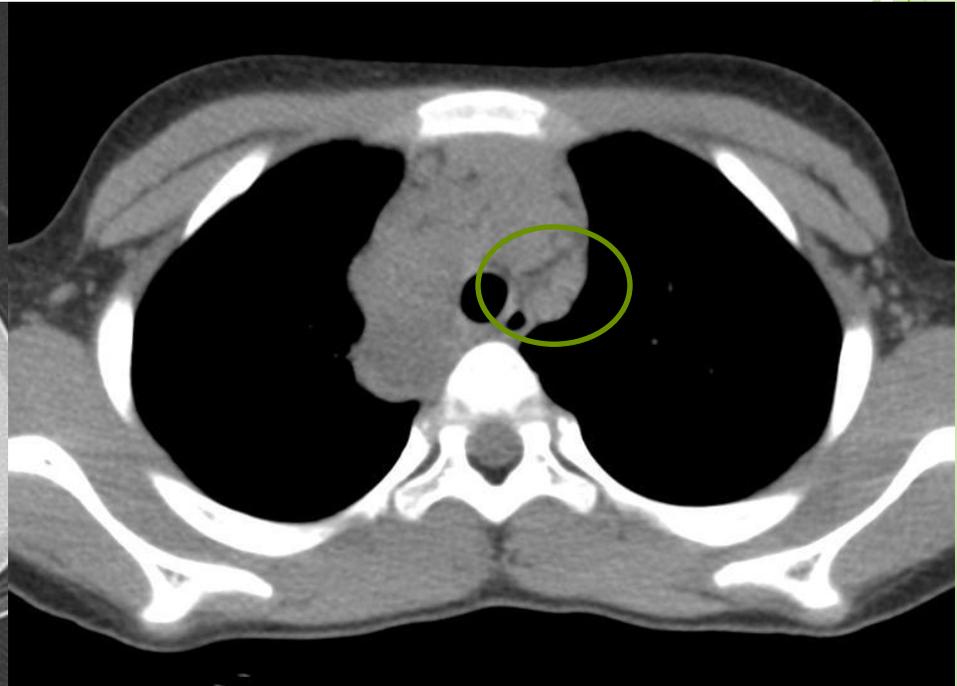
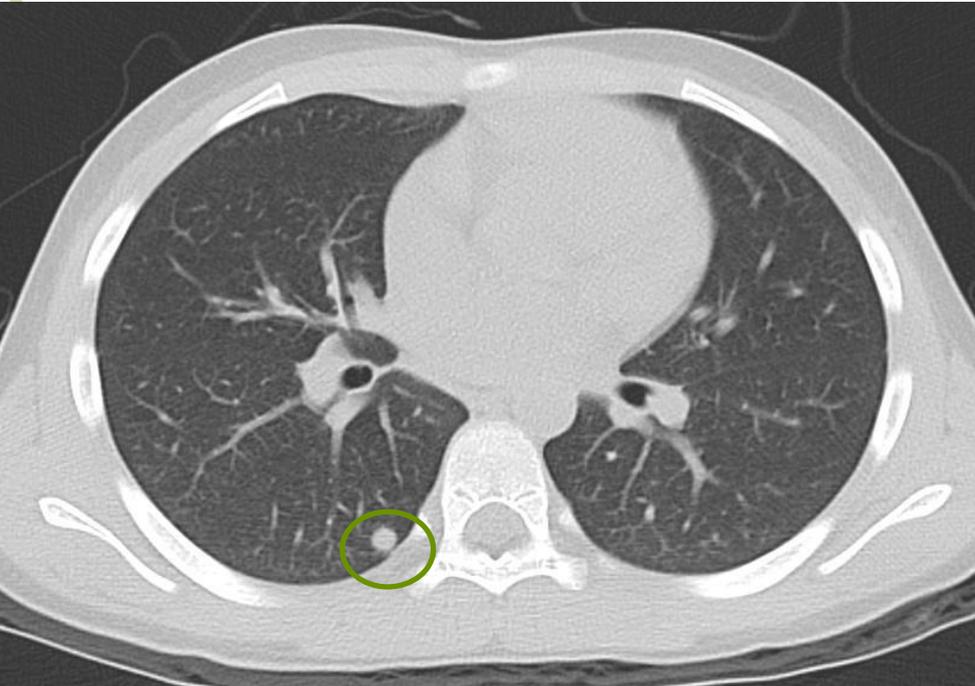


- 3 muestras de jugo gástrico, en días consecutivos:
  - Baciloscopia
  - PCR de micobacterias
  - Cultivo en medio de Lowenstein**Negativo**  
**Pendiente resultado**
- Estudio de hidatidosis, toxoplasmosis, Leishmania, Yersinia, Paludismo → **Negativo**
- Serologías VHA, VHC, VIH, CMV, VEB → **Negativas**
- Endoscopia digestiva: **Normal**
- Pruebas de imagen:
  - TAC torácico y abdominal
  - ECO-abdominal



# TAC TORÁCICO SIN CONTRASTE

- Nódulos en lóbulo inferior derecho, interpretados como granulomas.
- Conglomerado adenopático que produce ensanchamiento mediastínico a nivel paratraqueal derecho.
- Adenopatías en cadena anterior derecha.



# ECO-ABDOMINAL

- Discreta cantidad de líquido peritoneal que presenta alguna **imagen pseudonodular hiperecogénica** en su interior
- Hígado, vesícula, bazo y riñones sin alteraciones significativas.

→ Dado contexto clínico **Imágenes sugestivas de TBC peritoneal**



# TAC-ABDOMINAL CON CONTRASTE

- Marcada afectación del peritoneo con múltiples implantes peritoneales y engrosamiento generalizado.
- Adenopatías retroperitoneales e intraperitoneales
- Mínima cantidad de líquido libre peritoneal
- No afectación de hígado, páncreas, bazo ni riñones.



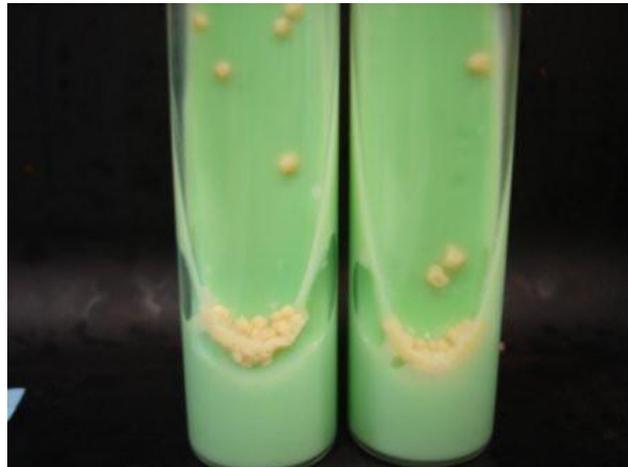


Compatible con  
TBC PERITONEAL

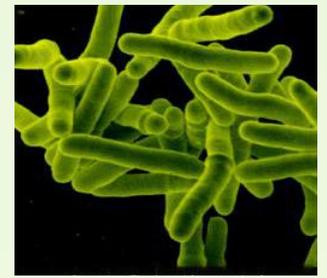


# AL MES DE TRATAMIENTO...

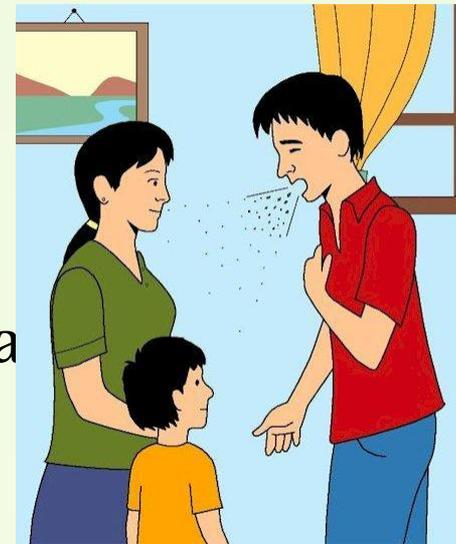
- Cultivo de Lowenstein Jensen:
  - **POSITIVO**: 1 colonia de Mycobacterium tuberculosis Sensible al tratamiento establecido



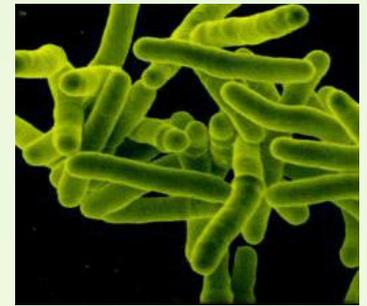
# TUBERCULOSIS



- Enfermedad infecciosa producida por *Mycobacterium tuberculosis*.
- Vía transmisión: respiratoria inhalatoria (procedentes enfermos bacilíferos)
- Incidencia TBC en España:
  - 0-4 años: 13 casos/100,000 niños
  - 5-14 años: 5 casos/100,000 niños
- Formas de enfermedad tuberculosa
  - TBC pulmonar (más frecuente)
  - TBC extrapulmonar



# TBC PERITONEAL



- Causa infrecuente de TBC extrapulmonar.
- Suele aparecer en pacientes con FR: **infección VIH**, cirrosis, Diabetes mellitus, neoplasias, tratamiento con inmunosupresores ó diálisis peritoneal.
- Etiopatogenia:
  - Deglución del bacilo en esputo en paciente con TBC pulmonar
  - Diseminación hematógica de TBC pulmonar, miliar ó durante la infección silente primaria.
  - Extensión desde focos contiguos intestinales, genitourinarios o tubáricos (menos frecuente)



# TBC PERITONEAL

- **CLÍNICA:**

Ascitis.

Pérdida de peso.

Cuadros diarreicos.

Dolor abdominal crónico

Astenia.

Fiebre



- **DIAGNÓSTICO:**

- Clínico: muy difícil.

- De certeza: aislamiento microbiológico de *M. tuberculosis*

- TAC toraco-abdominal: ↑ especificidad y sensibilidad



- **TRATAMIENTO:**

Iniciarlo si hay un alto grado de sospecha diagnóstica.

F. Inducción (2m): Isoniacida + Rifampicina + Etambutol + Pirazinamida.

F. Mantenimiento (10m): Isoniacida + Rifampicina



# EN LA ACTUALIDAD (UN AÑO DEL DIAGNÓSTICO)

- Ha finalizado el tratamiento en Enero 2015. No ha presentado efectos secundarios a fármacos.
- Desaparición sintomatología. Buena ganancia ponderal.
- Rx tórax control:
  - 2 meses: mejoría
  - Finalizar tratamiento: normalización.
- Se acaba de trasladar a Gambia. (No se a realizado TAC-abdominal de control)



GRACIAS POR SU  
ATENCIÓN



# BIBLIOGRAFÍA

- *Martínez Alfaro E., Mateo Rodrigo, Blanch Sancho JJ et al. Tuberculosis extrapulmonar. Formas clínicas. An Pediatr (Barc). 2010; 56 (vol. 10)*
- *Grupo de Trabajo de Tuberculosis de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Documento de consenso sobre el tratamiento de la tuberculosis extrapulmonar y formas complicadas de tuberculosis pulmonar. An Pediatr (Barc). 2008; 69: 271-8*
- *Mellado Peña MJ, Piñeiro Pérez R, Medina Claros A, Bravo Acuña J, Cabrera García L, Martínez Fernández-Llamazares C y Calvo Rey C. Documento técnico: Informe y recomendaciones del comité de medicamentos de la AEP sobre la modificación de las dosis de los fármacos antituberculosos de primera línea en niños.*
- *Byrnes V., Chopra S.. Tuberculous peritonitis. UpToDate Feb. 2014.*
- *Adams L., Starke J. Tuberculosis disease in children. UpToDate. Feb. 2014*
- *Moreno-Pérez D., Andrés Martín A., Altet Gómez N., Baquero Artigao F, Escribano Montaner A, Gómez-Pastrana Duran D, et al. Diagnóstico de la tuberculosis en la edad pediátrica. An Pediatr (Barc). 2010; 72 (4): 283,e1-283,e14*
- *Mellado Peña MJ, Méndez Echevarría A, Martínez Fernández MR. Tuberculosis. En Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Rubio Roldán LA, Clemente Pollán J, eds. Pediatría Extrahospitalaria. Aspectos básicos en Atención Primaria. 4ª edición. Madrid: Ergon; 2008. p443-50*
- *Grupo de Trabajo de Tuberculosis de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Documento de consenso sobre el tratamiento de la exposición a tuberculosis y de la infección tuberculosa latente en niños. An Pediatr (Barc). 2006; 64:59-65.*

