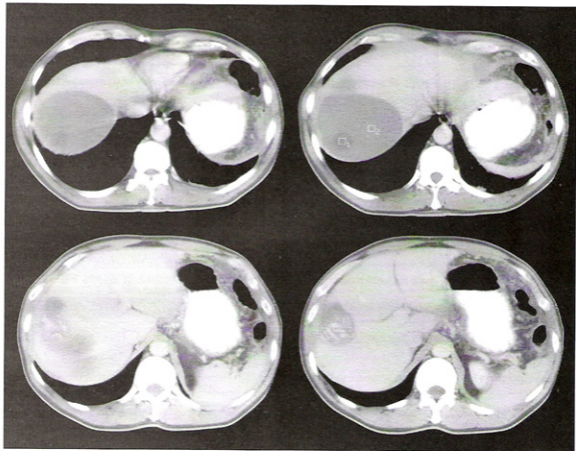


Invitamos a los lectores de Acta a que envíen casos con interés clínico o diagnóstico para su publicación en esta sección, de la cual el R. Mazure es el Editor.

EL DIFÍCIL DIAGNÓSTICO DEL ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO

Walter Vasen *



Paciente de sexo masculino, caucásico, de 52 años, internado por dolor abdominal de un mes de evolución, distensión abdominal de 5 días previos al ingreso, con pérdida de 8 Kg y diarrea de una semana de evolución.

Apendicectomizado sin referir otros antecedentes de importancia.

Al examen físico presentaba un abdomen distendido, timpánico, con dolor a la compresión y decompresión, diagnosticándose abdomen agudo quirúrgico. Una ecografía evidenció múltiples imágenes hipocóicas y heterogéneas en hígado y líquido libre en la cavidad abdominal. Presentaba 7.000GB/dl, y 35% de hematocrito. La radiografía de tórax era normal.

La laparotomía exploradora mostró: múltiples nódulos peritoneales en peritoneo parietal, visceral y epiplón mayor, hepatomegalia y ascitis (2.300 ml). Se interpretó el cuadro clínico quirúrgico como carcinomatosis peritoneal y metástasis hepáticas. Se efectuaron biopsias de los nódulos del peritoneo.

El paciente evolucionó favorablemente y fue derivado a cuidados paliativos.

* *Infectólogo.*

Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo.

Resolución del caso en página 54

◆ IMAGEN DEL NUMERO

Solución del caso: viene de la página 3

La TAC mostró dos importantes lesiones heterogéneas en hígado con aspecto hipodenso y otras con contenido heterogéneo en su interior.

Se recibió el informe de la biopsia de peritoneo descubriendo la presencia de granulomas tuberculosos en peritoneo con necrosis caseosa.

Se reevalúa el caso y constata que el paciente tenía antecedentes epidemiológicos para hidatidosis. Una revisión de la TAC corroboró que los hallazgos tomográficos y ecográficos correspondían a imágenes quísticas con vesículas hijas y áreas de calcificación, compatibles con hidatidosis hepática.

El paciente recibió tratamiento antituberculoso experimentando franca mejoría clínica luego de iniciarse el mismo y continúa en tratamiento.

COMENTARIO

La hidatidosis es una zoonosis frecuente en nuestro país, durante el año 2002 (últimos datos publicados) se han denunciado 359 casos en nuestro país, con una tasa de 1/1100.000 hab. en el país con importante variación dependiendo del área geográfica (12,7/100.000 hab en Santa Cruz a 1,4/100.000 hab. en Santiago del Estero).¹

Los hallazgos ecográficos y tomográficos son característicos de la enfermedad hepática hidatídica y se considera un hallazgo no relacionado con la sintomatología del paciente.

La hepatomegalia referida en el acto quirúrgico puede haber estado causada por el efecto de masa ocupante de estos grandes quistes o en relación al proceso tuberculoso, no hemos tenido anatomía patológica del parénquima hepático.

La tuberculosis abdominal (TBA) es una forma infrecuente de presentación de esta enfermedad, la Organización Mundial de la Salud estima que se producen 10.000.000 de casos por año de tuberculosis en el mundo y esta enfermedad es la causa 3.000.000 de óbitos por año. La República Argentina tiene una tasa de tuberculosis de 40 casos nuevos cada 100.000 habitantes. Se notifican por año 12.000 a 15.000 casos nuevos y en el año 2001 el

Boletín Epidemiológico de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires ha informado 424 nuevos casos en la Capital, sin especificar su localización anatómica. Sin embargo, la localización abdominal es infrecuente y ocurre solamente entre el 1% y el 2,5% del total de casos diagnosticados de tuberculosis en todas sus formas.²

La forma Abdominal puede presentarse como diagnóstico diferencial de un abdomen agudo y sus nódulos peritoneales ser indistinguibles de metástasis a la inspección quirúrgica.^{3,7}

Queremos remarcar que la tuberculosis es una enfermedad proteiforme y de difícil diagnóstico que siempre debe ser considerada como un diagnóstico diferencial de la patología abdominal.

REFERENCIAS

1. Boletín Epidemiológico Nacional año 2002, Ministerio de Salud de la Nación, 2003;62-69.
2. Verdejo, G: Argentina Situación de Salud y Tendencias 1986-1995. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS-OPS). Buenos Aires, Argentina 1998;4:90-91.
3. Aston NO, Chir MA: Abdominal tuberculosis. *World J Surg* 1997;21:492-499.
4. Szmigielski W, Venkatraman B, Ejeckam GC, Jarikre LN: Abdominal tuberculosis in Qatar: a clinico-radiological study. *Int J Tuberc Lung Dis* 1998;2:563-568.
5. Wei-Shone-Chen, Wei-Juin Su, Huann-Sheng Wang, et al. Large bowel tuberculosis and possible influencing factors for surgical prognosis: 30 years' experience. *World J Surg* 1997;21:500-504.
6. Chen YM, Lee PY, Perng RP: Abdominal tuberculosis in Taiwan: a report from Veterans' General Hospital, Taipei. *Tuberc Lung Disc* 1995;76:35-38.
7. Lingensfelser T, Zak J, Marks IN, et al. Abdominal tuberculosis: still a potentially lethal disease. *Am J Gastroenterol* 1993;88:744-750.