

No todo dolor abdominal es lo que parece.

González Fajardo N., Marcilla Vázquez C., Pareja León M., Romera Guarner I., Carrascosa Rabadán P., Pellicer Viudes C., Vicent Rozas M.
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).

Introducción.

El dolor abdominal es un motivo de consulta frecuente en la edad pediátrica. En ocasiones, obtenemos resultados inesperados durante el proceso diagnóstico. A continuación os presentamos el caso de un paciente con hallazgo de incidentaloma durante el estudio inicial de dolor abdominal.

Caso clínico.

Niño de 12 años, sin antecedentes de interés, derivado por presentar en radiografía abdominal (realizada por dolor abdominal) calcificación en región lumbar izquierda. Afebril. No síndrome miccional, no hematuria ni dolor lumbar. Hábito intestinal estreñido crónico. No astenia ni pérdida de peso. No cambios en el comportamiento. No otra sintomatología.

Exploración física por aparatos sin hallazgos patológicos. Para completar estudio, se solicita ecografía abdominal que muestra probable adenopatía calcificada intraabdominal, por lo que se coloca Mantoux, siendo éste positivo a las 72 horas (12 milímetros). La familia niega antecedentes de contacto cercano y reciente con un caso conocido o sospechoso de tuberculosis (TBC). Refieren vivienda en Marruecos durante un año cuando el niño era más pequeño. Los familiares son estudiados sin encontrarse ningún otro caso de TBC.



Ante la sospecha de TBC extrapulmonar (en nuestro caso ganglionar) se completa estudio con analítica (hemograma, bioquímica completa, serologías, VSG sin alteraciones), radiografía de tórax normal, cultivo y examen microscópico de esputo inducido y cultivo de orina sin poder aislarse ningún microorganismo.

Se inicia tratamiento con fase intensiva consistente en Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida y Etambutol durante 2 meses. Se realiza ecografía abdominal de control a los 3 meses con desaparición de la adenopatía calcificada. El paciente presenta buena evolución, actualmente se encuentra asintomático y en fase de mantenimiento con Isoniazida y Rifampicina con adecuada adherencia terapéutica.

Comentarios.

A pesar de la que la incidencia de TBC disminuye anualmente, nuestro país presenta el mayor número de casos pediátricos de Europa occidental. La mortalidad por TBC infantil es excepcional, aunque las formas extrapulmonares (diseminada, ganglionar, espinal,...) pueden provocar complicaciones y secuelas importantes.

Es importante realizar un diagnóstico de sospecha precoz para iniciar el régimen de tratamiento adecuado lo antes posible.

Los pacientes con diagnóstico de TBC ya sea pulmonar o extrapulmonar, deberán tener un calendario de seguimiento, monitorización y detección de efectos adversos en unidades con experiencia en esta patología.