

Irene	Nombre:
Cases Susarte	Apellido:
Helena Pérez Templado Ladrón de Guevara, Alba Patricia Solano Romero, Elisabeth Cruz Fuentes, Carmen Botía González, Irene Vicente Zapata	Otros Autores:
Irene_sagitario23@hotmail.com	E-mail:
Hospital Morales Meseguer	Hospital:
690191106	Ciudad:
Formas atípicas de presentación de la TBC	Título:
<p>Varón de 19 años senegalés que acude a urgencias por dolor de características pleuríticas en hemitórax derecho y dolor en hipocondrio derecho de dos semanas de evolución. No fiebre ni otras alteraciones. No antecedentes médicos relevantes. En la Rx de tórax se observa un aumento de densidad en el hemitórax inferior y medio derecho con desplazamiento mediastínico contralateral que podría ser secundario a un derrame pleural, una masa mediastínica o menos probable a una hernia diafragmática o elevación frénica. Para aclarar el diagnóstico se realiza TC de tórax donde se confirma la existencia de un derrame pleural derecho masivo y loculado. Además, las pleuras derechas muestran un engrosamiento liso, sin realces. En el abdomen superior se observa una afectación peritoneal en forma de "omental cake" y leve ascitis difusa. Ante estos hallazgos se plantean los siguientes diagnósticos: carcinomatosis peritoneal secundaria a tumor desconocido, linfoma o tuberculosis peritoneal.</p>	Presentación:
<p>Se realizó una toracocentesis diagnóstica con datos de exudado y un ADA elevado compatibles con TBC. Se practicó una biopsia eco-guiada del omento con resultado de infiltrado inflamatorio granulomatoso necrotizante, sin atipias. Los cultivos realizados (líquido pleural y ascítico) fueron negativos. El diagnóstico final fue de TBC pleural y peritoneal diseminada.</p> <p>Por una parte el origen del paciente era un dato clave para orientar el diagnóstico diferencial a una etiología infecciosa. La opción de carcinomatosis peritoneal era poco probable dada su edad. Por otra parte, la rareza de nuestro caso es que coexisten dos formas de presentación de TBC atípicas, como son la tuberculosis peritoneal (frecuencia < 0,7% entre todas las formas de tuberculosis) y la presencia de TBC pleural en ausencia de foco pulmonar.</p>	Discusión :
<p>La TBC sigue siendo un diagnóstico frecuente, sobretodo en pacientes de zonas endémicas, siendo importe reconocer sus formas extrapulmonares.</p>	Conclusión:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Grau Bono, M., Estruch Gregori, A., Fos Gonzalvo, A., Espert Segarra, A., Sifres Alemany, M. and Carmona Moral, J. (2013). Tuberculosis peritoneal. Diagnóstico diferencial con carcinomatosis de origen ovárico. <i>Progresos de Obstetricia y Ginecología</i>, 56(7), pp.378-381. 2. Castiñeira Estévez A, et al. Manifestaciones radiológicas de la tuberculosis pulmonar. <i>Med Integral</i> 2002; 39(5):192-206 3. Webb, W., Müller, N. and Naidich, D. (2003). Alta resolución en TC de pulmón. 3rd ed. Madrid: Marbán, pp.371-376. 	Bibliografía:
<p>Imagen A y B: Rx PA y LAT de tórax: aumento de densidad en hemitórax inferior y medio derecho con desplazamiento mediastínico contralateral. Parénquima pulmonar visible sin alteraciones. Imagen C: TC de tórax con contraste intravenoso en ventana</p>	Pie de foto:

<p>partes blandas(corte axial) Derrame pleural derecho masivo, biloculado (pleura costal anterior y posterior) (estrellas blancas) que origina una atelectasia pasiva prácticamente completa del pulmón adyacente y un efecto masa sobre las estructuras cardio-mediastínicas. Además, engrosamiento liso de la pleura del pulmón derecho (flecha roja). El parénquima pulmonar ispilateral visible y el contralateral no muestran alteraciones. No hay adenopatías. Imagen D : TC de tórax con contraste intravenoso en ventana partes blandas (corte axial) En el abdomen superior se observan una grasa omental (flecha blanca) aumentada de tamaño y de densidad heterogénea compatible con un "omental cake". Leve ascitis (flecha amarilla) de distribución difusa.</p>	
---	--