

FIEBRE ELEVADA Y ASCITIS

E. López Varela*, M. Nieto,

Hospital Universitario Niño Jesús

Calle Villalar 9, 3 int dcha, CP 280001 Madrid. 696181762. elilvarela@gmail.com

Caso clínico. Adolescente de 14 años procedente de Perú que ingresa con sospecha de pielonefritis aguda con gentamicina iv. La paciente presentaba fiebre de 4 días (máximo 40°C), malestar general, disuria, vómitos y dolor abdominal. El examen físico era normal, el hemograma anodino, con una PCR de 17mg/dl y bacteriuria en el sedimento de orina. Tras 5 días de tratamiento persistiendo la fiebre, se asocia cefotaxima y posteriormente se cambia a meropenem, con aparición de distensión abdominal, vómitos, y con un resultado estéril del urocultivo. En ese momento se realiza una ecografía abdominal que muestra abundante líquido libre, y un TAC abdominal con marcado engrosamiento peritoneal en forma de “tarta omental”, adenopatías supradiafragmáticas y abundante ascitis de distribución patológica. Con la sospecha de patología tumoral vs tuberculosis peritoneal, se realiza punción aspiración de líquido peritoneal bajo control ecográfico con una elevación de la adenosina deaminasa (73.43U/l) y PCR para Mycobacterium Tuberculosis que a las 48h resulta positiva (sensible a rifampicina). Presenta un empeoramiento brusco clínico-analítico con íleo paralítico, patrón de colestasis y citolisis, aumento de los reactantes de fase aguda, hipoalbuminemia y coagulopatía, con hematemesis abundante y anemia aguda que precisan ingreso en UCIP y transfusión de hemáties. Ante la afectación hepática, se inicia tratamiento tuberculostático con amikacina, levofloxacino, etambutol y corticoides, añadiéndose a las 48h rifampicina e isoniazida.

La evolución tras una semana de tratamiento es tórpida, con empeoramiento clínico y radiológico, por lo que se procede a laparoscopia diagnóstica (video adjunto) con evidencia de marcada peritonitis plástica tabicada. El líquido es hemático, con predominio linfocitario, evidencia de escasos bacilos ácido alcohol resistentes mediante técnica de auramina, una 2º PCR positiva para TB en la biopsia peritoneal, y una imagen microscópica de granuloma caseificante (imagen adjunta). El resultado del Quantiferon-GOLD es patológico: 28.34 IU/ml.

Durante el ingreso en UCI la paciente precisa múltiples transfusiones de hemáties, plasma, administración de vitamina K y seroalbúmina. Tras mejoría inicial pasa a planta de hospitalización, y allí presenta un nuevo empeoramiento en el día +30 de ingreso, reapareciendo la fiebre, vómitos, afectación hepática, coagulopatía e insuficiencia renal, que se resuelven espontáneamente y se interpretan como reacción paradójica en el contexto de enfermedad tuberculosa.

Discusión. La importancia del caso clínico radica en el complejo diagnóstico diferencial, la gravedad del cuadro, la importancia del tratamiento precoz para evitar las complicaciones, y la dificultad del manejo de los casos complejos con afectación multisistémica.