

## TUBERCULOSIS APENDICULAR: REPORTE DE CASO

### APPENDICULAR TUBERCULOSIS: A CASE REPORT

PAOLA A. BASUALDO, GONZALO J. MAÑANES,  
PABLO A. TACCHI, JORGE I. MILSTEIN.

*Servicio Cirugía General Hospital Municipal de Agudos «Dr. Leónidas Lucero».  
Bahía Blanca. Argentina*

**Resumen: Introducción:** La Tuberculosis (TBC) digestiva de ubicación exclusivamente apendicular es sumamente infrecuente. **Caso Clínico:** Paciente masculino de 33 años que consulta por dolor abdominal de 12 horas de evolución en flanco y FID, continuo e intenso. Examen físico: dolor y defensa en hemiabdomen derecho. Ecografía abdominal: en flanco derecho imagen hipoeoica de 39 mm. que impresiona plastrón apendicular. Tomografía Axial Computada (TAC): muestra por delante de la fascia perirrenal derecha, a nivel del polo inferior renal, una formación redondeada con densidad de partes blandas que se ubica por detrás del colon ascendente y parece desplazarlo, de 40 mm. en diámetro mayor, con alteración de la grasa circundante. Se decide cirugía con diagnóstico presuntivo de apendicitis aguda retrocecal, realizando incisión paramediana derecha

**Correspondencia:** Servicio de Cirugía General. Hospital Municipal de Agudos «Dr. Leónidas Lucero». Estomba 968. (8000) Bahía Blanca. Argentina.

**E-mail:** [serviciodecirugia@hmabb.gov.ar](mailto:serviciodecirugia@hmabb.gov.ar)

**Recibido:** 21 de diciembre de 2007

**Aceptado:** 14 de febrero de 2008

infraumbilical. En el acto operatorio se identifica proceso inflamatorio apendicular retrocecal ascendente. Al desbloquear dicho proceso, se halla apéndice cecal con proceso tumoral en su tercio medio, realizándose apendicectomía.

**Resultados:** Buena evolución postoperatoria. Histopatología: TBC apendicular. Técnica Ziehl Neelsen (+). En el Servicio de Neumotisiología, se inicia tratamiento con 4 drogas durante 6 meses. **Conclusiones:** Infrecuentemente la TBC digestiva es de presentación exclusiva apendicular, requiriendo para su diagnóstico de la apendicectomía con posterior confirmación anatomopatológica

**Palabras claves:** tuberculosis apendicular, tratamiento quirúrgico, prevalencia, adultos.

**Abstract: Introduction:** Digestive Tuberculosis (TBC) with exclusively apendicular location is very rare. **Clinical Case:** Male, 33 year old patient that refers continuous and intense abdominal pain with a 12 hour evolution on the lateral flank and right iliac fossa (RIF). **Physical Examination:** Pain and defense in right hemi-abdomen. **Abdominal Ultrasound:** Hypoechoic, 39 mm image on the right flank that resembles an appendicular plastron. **Computerized Axial Tomography (CAT):** The CT scan shows, ahead of the right peri-renal fascia, in the level of the lower renal pole, a round formation with soft parts density located behind the

upward colon that seems to displace it, with a 40 mm greater diameter and alteration of the surrounding fat. Surgery is performed with a presumptive diagnosis of acute retrocecal appendicitis, by right infraumbilical paramedian incision. During surgery, an upward retrocecal appendicular inflammatory process is identified. When unblocking such process, a cecal appendix with a tumoral process in its medium third is found, thus performing appendectomy. **Results:** Good post-surgical evolution. **Histopathology:** Appendicular TBC. Ziehl Neelsen (+) Technique. A 4 drug treatment is begun at the Pneumotisiology Unit for 6 months. **Conclusions:** Digestive TBC is rarely exclusively appendicular, requiring appendectomy with later anatomopathological confirmation for its diagnosis.

**Key words:** appendicular tuberculosis, surgical treatment, prevalence, adults.

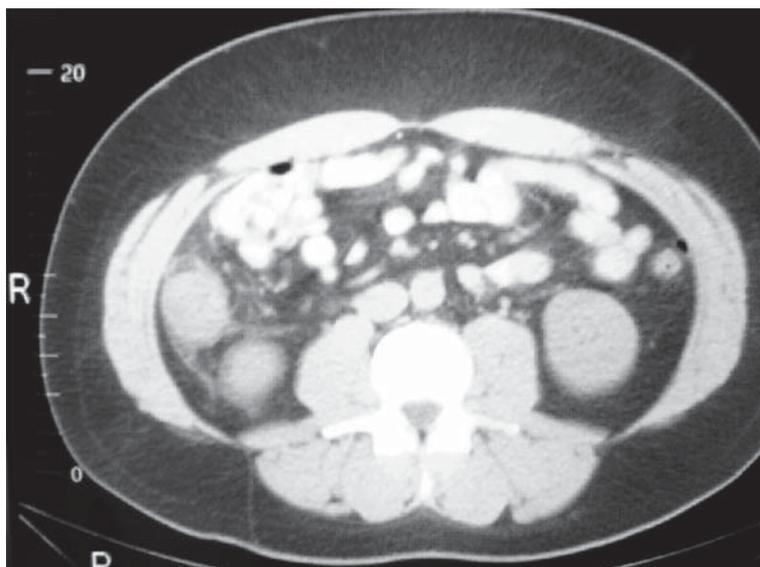
## INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis (TBC) apendicular es una patología que aparece frecuentemente en el contexto de una tuberculosis abdominal o pulmonar. Como entidad primaria tiene una incidencia que varía desde 0.27% al 1.1% en países orientales, como India, donde es más común (1). En el presente trabajo presentamos un caso de TBC apendicular primaria diagnosticado y tratado en nuestro hospital.

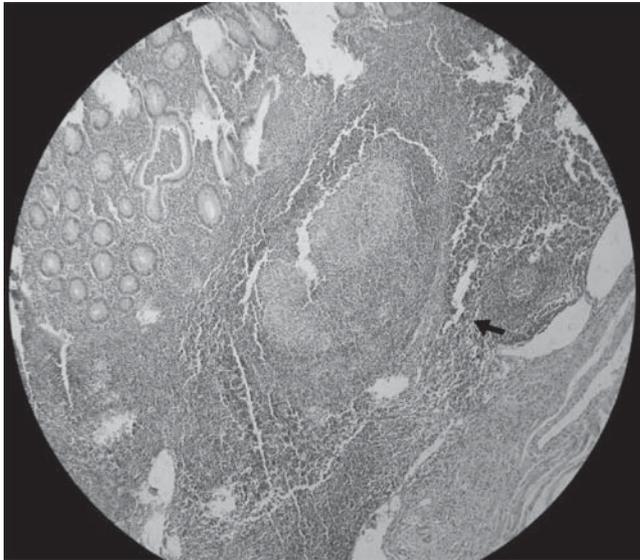
## CASO CLINICO

Paciente masculino de 33 años que consulta por dolor abdominal de 12 horas de evolución en flanco y fosa ilíaca derecha; según refiere, es muy intenso y continuo, acompañado de equivalentes febriles. Como antecedentes relata alergia a la penicilina. Al examen físico se presentaba hemodinámicamente estable, afebril con dolor y defensa en hemiabdomen derecho. Los estudios complementarios que se realizaron fueron: Laboratorio: leucocitos 12200/mm<sup>3</sup>; radiografía de tórax: normal; ecografía abdominal: en flanco derecho imagen hipocóica de 39 mm de diámetro; impresiona corresponder a plastrón apendicular alto. Por dudas diagnósticas se solicita Tomografía Axial Computarizada (TAC) abdominal (Figuras 1 y 2) con contraste oral, donde se advierte por delante de la fascia perirrenal derecha, a nivel del polo inferior renal, una formación redondeada con densidad de partes blandas que se ubica por detrás del colon ascendente y parece desplazarlo, de 40 mm en su diámetro mayor. Hay alteración de la grasa que lo envuelve, lo que puede indicar la presencia de un proceso inflamatorio (plastrón).

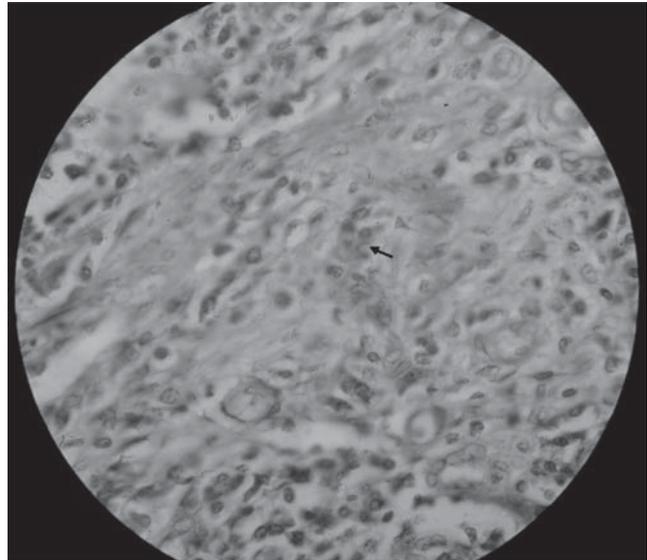
Se decide conducta quirúrgica con diagnóstico presuntivo de apendicitis aguda retrocecal. La vía de abordaje utilizada fue abierta, a través de una incisión paramediana derecha; identificándose proceso inflamatorio apendicular retrocecal ascendente. Al desbloquear dicho proceso, se



**Figura 1.** Imagen hipodensa detrás de colon ascendente y delante de polo inferior renal. Se visualiza desplazamiento de colon ascendente por formación hipodensa con grasa periférica alterada.



**Figura 2. Tinción Hematoxilina Eosina.** Se muestra la mucosa apendicular normal y en el centro de la imagen granuloma con células gigantes (flecha).



**Figura 3. Tinción Ziehl Neelsen.** Se evidencian los bacilos de Koch (flecha).

halla apéndice de características tumorales en su tercio medio, realizándose apendicectomía según técnica habitual con colocación de drenaje ofrecido al lecho quirúrgico.

Evoluciona favorablemente, otorgándose el alta al tercer día postoperatorio. El servicio de Anatomía Patológica informa: TBC apendicular, técnica Ziehl Neelsen positiva; por lo que se deriva al paciente al Servicio de Neumotisiología y se inicia tratamiento con 4 drogas durante 6 meses.

## DISCUSIÓN

La TBC apendicular es un cuadro poco frecuente y más aún si no se encuentra como manifestación secundaria de enfermedad pulmonar. En décadas pasadas, la tuberculosis apendicular presentaba mayor prevalencia, debido a que la tuberculosis era una enfermedad no controlada; actualmente resulta una entidad aislada (1-4). Los primeros casos descritos en la bibliografía datan de los años 40 (4,5). A partir de los años 90 (1-4) es raro hallar series de casos numerosas. La casuística presentada más importante de TBC abdominal es la que publicaron Whaila y col. (1987) con 50 casos y Singh y col. (1996) con 17 casos de TBC apendicular en la India.

Los pacientes con esta condición se presentan con los típicos signos y síntomas de una apendicitis aguda, lo que hace que el diagnóstico preoperatorio sea inespecífico. En el acto intraoperatorio generalmente se visualiza un apéndice

cecal de características tumorales lo que lleva a la sospecha de tumor apendicular y plantea dudas con la terapéutica: apendicectomía o hemicolectomía derecha?

Dentro de las tumoraciones apendiculares se hallan las enfermedades granulomatosas, siendo las más común la TBC; por lo tanto, nosotros sostenemos, al igual que otros autores, que ante el hallazgo de un apéndice cecal de características tumorales, la conducta más adecuada es realizar inicialmente la apendicectomía y si el resultado histopatológico certifica TBC se debe completar el tratamiento con drogas tuberculostáticas (7-11).

## CONCLUSIÓN

La TBC digestiva infrecuentemente es de presentación apendicular exclusiva y requiere para su diagnóstico de la apendicectomía con posterior confirmación anatomopatológica.

## BIBLIOGRAFIA

1. Agarwal P, Sharma D, Agarwal A, Agarwal V, Tandon A, Baghel KD, Raina VK. Tuberculous appendicitis in India. *Trop Doct* 2004;34:36-8.
2. Wadhwa N, Agarwal S, Mishra K. Reappraisal of abdominal tuberculosis. *J Indian Med Assoc.* 2004;102:31-2.
3. Walia HS, Khafagy AR, al-Sayer HM, Walia HK, al-Nakib B,

- Sivanandan R. Unusual presentations of abdominal tuberculosis. *Can J Surg*. 1994 ;37:300-6.
4. Szasz I. Tuberculosis of the vermiform appendix. *Orvosok Lapja Nepeu* 1949;5:775.
  5. Nardelli E. Histopathological observations on tuberculosis of the female internal genital organs and of the appendix following streptomycin therapy. *Riv Anat Patol Oncol* 1951;4:67-77.
  6. Singh MK, Arunabh, Kapoor VK. Tuberculosis of the appendix -a report of 17 cases and a suggested aetiopathological classification. *Postgrad Med J* 1987;63:855-7.
  7. Zhang Z, Gu J, Zhu Z. A clinicopathological observation of 15 cases of tuberculosis of the appendix. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi* 1996 ;19:236-8.
  8. Walia HS, Khafagy AR, al-Sayer HM, Walia HK, al-Nakib B, Sivanandan R. Unusual presentations of abdominal tuberculosis. *Can J Surg* 1994 ;37:300-6.
  9. Tucker ON, Healy V, Jeffers M, Keane FB. Granulomatous appendicitis. *Surgeon* 2003;1:286-9.
  10. Ronnie Tung-Ping Poon, MBBS, Kin-Wah Chu MBBS. Inflammatory Cecal Masses in Patients Presenting with Appendicitis. *World J Surg* 1999; 23: 713-6.
  11. Jakubowski A, Elwood RK, Enarson DA. Clinical features of abdominal tuberculosis. *J Infect Dis* 1988; 158:687.