

Caso clínico

Cuadro Oclusivo por tuberculosis Gastrointestinal

Ventayol Clar, Gabriel; López Celada, Susana; Galán Llopis, Juan Antonio; Martínez Meléndez, Salvador; Salinas García, Ramon; García Sanz, Mario*

Introducción

La tuberculosis intestinal, es una entidad de bajo índice de sospecha clínica en nuestro medio, por la gran diversidad de formas de presentación, coincidentes con otras enfermedades de mayor frecuencia, y por una disminución evidente de la enfermedad tuberculosa como consecuencia directa de un mayor control de los alimentos; la pasteurización láctea 1,2 y la eficacia terapéutica en la TB pulmonar.

Raramente se presenta como una urgencia quirúrgica lo que nos ha movido a revisar el tema, comprobando la existencia en primer lugar de un aumento de la incidencia de las complicaciones de la TB intestinal y una coincidencia plena en la rareza de su diagnóstico precoz, llegando-se al diagnóstico, en la mayor parte de las ocasiones, como consecuencia de un proceso de abdomen agudo de etiología desconocida.

Caso Clínico

Paciente, varón de 50 años, con antecedentes de tabaquismo y enolismo importantes e HTA sin tratamiento, que acude

al Servicio de Urgencias con un cuadro de dolor abdominal de tres semanas de evolución, de inicio FID y posteriormente localizado en epi/mesogastrio, acompañado de alteraciones en el ritmo intestinal, con despeños diarreícos sanguinolentos. Los tres últimos días previos al ingreso, presentó estreñimiento así como vómitos de aspecto fecaloideos. Refiere síndrome tóxico, astenia, anorexia y pérdida de peso de 10 kgs en las tres últimas semanas aproximadamente.

En la anamnesis por aparatos, tan sólo destaca, tos y expectoración habitual.

A la exploración física, el paciente está consciente, orientado, caquectico, afebril y normotenso; cabe destacar, un abdomen muy distendido, doloroso de manea generalizada a la palpación con hipoperistaltismo a la auscultación abdominal.

La RX de tórax se informa como normal. La radiología simple de abdomen demuestra múltiples niveles hidroaéreos de intestino delgado compatible con oclusión intestinal completa.

Análítica de sangre al ingreso sin alteraciones significativas.

Con el diagnóstico de oclusión intestinal, se indicó intervención quirúrgica urgente, practicándose laparotomía exploradora, con los hallazgos de tumoración cecal oclusiva de aspecto neoplásico y gran dilatación del intestino delgado proximal a dicha tumoración. No se hallaron adenopatías mesentéricas macroscópicas ni lesiones hepáticas. Se procedió a practicar una hemicolectomía derecha y anastomosis ileocólica T-T.

El postoperatorio inmediato fue favorable inicialmente, llegando a la tolerancia digestiva y al restablecimiento del tránsito gastrointestinal. Al noveno día tras la intervención, inicia un cuadro de distensión y dolor abdominal, de instauración aguda, con peritonismo y deterioro importante del paciente que obliga a reintervenir, poniéndose de manifiesto la existencia de una deshiscencia de sutura, practicándose la

(*) Servicio Cirugía General Y Apto. Digestivo. Hospital Universitario Son Dureta, Palma.

resección del tramo afecto y nueva anastomosis ileocólica con ileostomía de protección 20 cm proximal a dicha anastomosis.

A los cuatro días de la reintervención el paciente falleció tras un fallo multiorgánico que no se pudo remontar. Las determinaciones de CEA y CA 19.9 realizadas fueron normales.

El informe anatomopatológico reveló TBC intestinal con afectación de ganglios mesentéricos, peritoneo y grasa mesentérica y la existencia de adenoma tubular de colon.

Discusión

La tuberculosis del tracto gastrointestinal es una afección producida por el *mycobacterium tuberculosis*. La vía de contaminación principal es la digestiva, produciéndose de forma primaria por ingestión del germen, de origen bovino, a través de la leche contaminada. Dicha forma de contaminación tiene una baja incidencia en los países desarrollados como consecuencia del tratamiento de los productos lácteos. La forma de contaminación secundaria se produce como consecuencia de la deglución de esputos bacilíferos en pacientes con TB pulmonar activa, llegándose a producir según esta forma de contaminación una afectación gastrointestinal entre un 1% y un 25% de los casos, según lo avanzado de la enfermedad pulmonar (3).

Otras vías descritas son la hematógena, linfática, o por extensión directa de otros órganos afectados.

Existe un rebrote de la patología tuberculosa en aquella población de enfermos con inmunidad deprimida como consecuencia de tratamientos inmunosupresores (pacientes transplantados), o de ciertas enfermedades (hematologías, SIDA, etc) (4).

La mayoría de trabajos publicados coinciden en que la localización más fre-

cuente de la TBC gastrointestinal es en la región ileocecal con más del 80% de los casos (5,6). Otras localizaciones descritas de menor frecuencia son yeyuno, colon sigmoide, recto, duodeno, estomago, etc. También se ha descrito la afectación exclusiva apendicular (7).

La sintomatología de la TBC gastrointestinal es inespecífica, sin ninguna característica determinante, presentado como único síntoma coincidente según diversos autores, los cuadros dolorosos poco claros localizados en fosa ilíaca derecha o hipogastrio (5,8,9), que suele ser de características cólicas, como expresión del sustrato anatómico de obstrucción. No obstante, se describe un alto número de pacientes totalmente asintomáticos (8).

La semiología es muy variable pudiendo presentar según el grado de afectación, desde un aspecto de desnutrición e incluso caquexia a una exploración dentro de la normalidad. En algunos casos se describe la existencia de masa palpable o bien el dolorimiento difuso o distensión abdominal sin especificidad alguna.

Menos del 50% de los pacientes con tuberculosis gastrointestinal tienen evidencia radiológica de tuberculosis pulmonar activa (10,11,12), por ello un examen radiológico de tórax negativo no excluye la tuberculosis como causa de enfermedad abdominal.

Los estudios baritados realizados en estos pacientes no presentan signos específicos de la enfermedad pudiendo visualizar irregularidades, espiculaciones, fistulizaciones o estenosis similares a otras patologías que obligarán a realizar diagnósticos diferenciales con neoplasias, enfermedades granulomatosas, etc.

La TAC permite una mejor valoración del grado de afectación mesentérica, peritoneal y ganglionar sin que tenga tampoco especificidad clara.

Anatomopatológicamente se distinguen tres formas de TBC gastrointestinal, la ulcerada, la hipertrófica y la forma mixta.

Las complicaciones son el fruto de la evolución espontánea de la enfermedad. Hemorragias, fistulizaciones entre asas o a pared, abscesos, oclusiones en distintos grados o perforaciones, todas ellas de forma aislada o asociadas. Estas complicaciones indican una fase tardía y avanzada de la enfermedad.

Dado el muy bajo índice de sospecha clínica de esta patología, el diagnóstico se realiza en la mayor parte de los casos (72%) como consecuencia de una intervención quirúrgica o de la necropsia.

El diagnóstico de la TBC intestinal se basa en los criterios establecidos por Paustian y Stahl (8):

- a.- Cultivo del bacilo tuberculoso e inoculación al cobaya.
- b.- Demostración de bacilos ácido alcohol resistentes.
- c.- Presencia de granulomas tuberculosos característicos de necrosis caseosa

d.- Existencia de enfermedad intestinal granulomatosa o inflamación crónica con necrosis de los ganglios linfáticos regionales.

Sin lugar a dudas, el tratamiento de elección de la TBC intestinal es el específico. Recurrimos a la cirugía en los casos en que aparecen complicaciones que nos obligan a una revisión por medio de una laparotomía exploradora, o en aquellos en los que debido a la inespecificidad del cuadro clínico lo requieren. En todos ellos, tras la toma de muestras y su posterior estudio anatómico, la laparotomía servirá para confirmar el diagnóstico de presunción.

Posiblemente el grupo de pacientes que llega a la cirugía sin una confirmación diagnóstica, se podrán ver beneficiados de una mayor accesibilidad a los medios quirúrgicos laparoscópicos, evitándose así un indeterminado número de laparotomías innecesarias.

Bibliografía

1. Haddad FS, Ghossain A, Sawaya E, Nelson AR. Abdominal tuberculosis. *Dis Col & Rect* 1987; 30:724-735.
2. Wald A. Enteric tuberculosis: Literature review. *Mt. Sinai J. Med* 1987; 54:443-449.
3. Rubi A, Aguirre A, Velasco A, Gómez R, Suárez R, Santoja JL, Fernández JM, Alonso N. Estenosis tuberculosa del ciego: un caso clínico. *Rev Esp Enferm Apar Dig* 1988; 74 (6): 676-678.
4. Carrasco R, Roig P, Salavert M, Nieto A, Medina E, Sanmartín O. Tuberculosis intestinal en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Rev Clín Esp* 1991; 189 (8): 379-381.
5. Herranz F, Casanova D, Val F, Herrera L, Arias T. Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis intestinal. Estudio de 11 casos. *Cirugía Española* 1986; 40(2): 397-404.
6. Ruiz J, Martínez J, Posada M, Masa C, Pérez R, Pérez R. Tuberculosis intestinal. Experiencia en 14 casos. *Rev Clín Esp* 1983; 171(2): 89-92.
7. Herranz F, García M, Naranjo A, Arias T, Serradell M, Val F. Apendicitis tuberculosa. *Rev Quir Esp* 1984; 11(4): 216-217.
8. Paustian FF, Stahl MG. Tuberculous enteritis. *Tuberculosis* 1983; 2: 223-229.
9. Valls M, Gallego B, Martín N, González T, Vidal R. Aislamiento de M. Tuberculosis en muestras de origen abdominal. *Rev Esp Enf Digest* 1990; 77(6): 409-413.
10. Thoeni RF, Margulis AR. Tuberculosis gastrointestinal. *Semin. Roentgenol* 1979; 14:408-422.
11. Klimach DE, Ormerod LP. Gastrointestinal tuberculosis. A retrospective review of 109 cases in a District General Hospital. *Quart J Med* 1985; 56:569-578.
12. Wig KL, Chitkara NI, Gupta Sp. Ileocecal tuberculosis with particular references to isolation of mycobacterium tuberculosis. *Am Rev Resp Dis* 1961; 84:169-175.