

ARTÍCULO ORIGINAL

Abdomen agudo quirúrgico y tuberculosis intestinal

Dres. Julia Beatriz Cabrera Ocampos¹, Gustavo Miguel Machaín Vega²

Resumen

La tuberculosis humana (TBC) es causada por el bacilo tuberculoso o de Koch (BK): *Mycobacterium tuberculosis* y es endémica en Paraguay. La tuberculosis intestinal es una forma de tuberculosis extrapulmonar.

Objetivo: presentar la TBC intestinal como una causa de abdomen agudo quirúrgico y realizar una revisión de esta patología, desarrollada en países con deprivación socioeconómica y favorecida por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Pacientes y método: se realiza una revisión retrospectiva, en los últimos 5 años, en las Cátedras de Cirugía del Hospital de Clínicas (UNA). Se presentan 5 pacientes. 3 mujeres y 2 varones, con edades entre los 18 y 56 años y una media de 39,2 años.

Resultados: encontramos tres casos obstructivos (forma tumoral); un caso con perforación del ileon terminal y un caso de peritonitis primaria. Se realizaron tres hemicolectomías derechas con anastomosis ileotransversa T-T primaria; una resección intestinal con anastomosis entero-enteral T-T y lavado-drenaje abdominal. En un caso se realizó aspiración, lavado y drenaje abdominal. El cultivo del líquido abdominal fue negativo para BAAR. La PPD y el análisis VIH fueron negativos en todos los pacientes. La radiografía torácica fue sugerente, pero sólo la anatomía patológica brindó certeza diagnóstica.

Conclusiones: la TBC intestinal es una causa a considerar en casos de abdomen agudo quirúrgico. La cirugía desempeña un papel importante en la terapéutica de las complicaciones de la TBC intestinal. La histología puede brindar certeza diagnóstica.

Palabras clave: Abdomen agudo
Tuberculosis intestinal

Summary

The human tuberculosis (TBC) is caused for tuberculosis o Koch's bacillus (BK): *Mycobacterium tuberculosis* and is a endemic pathology in Paraguay. The abdominal tuberculosis is a form of extrapulmonary tuberculosis.

Objects: To present intestinal tuberculosis as cause of acute abdominal surgery and realized a review of this pathology common in Third World countries, with socioeconomic deprivation and developing with the appearance of the human immunodeficiency virus (HIV).

Patients and methods: realized a retrospective reviewing the past five years in the Departments of Surgery, Hospital de Clínicas (UNA). We present five cases: 3 women and 2 men, with 18–56 years and a mean of 39.2 years.

Results: analyzed 3 obstructive cases (tumoral form); 1 case of terminal ileon perforation and 1 case of primary peritonitis. Realized 3 right hemicolectomy with ileotransverse anastomosis T-T: one resection (intestinal) with enteroenteroanastomosis T-T and abdominal washing-drainage. In one case realized abdominal aspiration-washing-drainage. The abdominal fluid culture was negative for BAAR. The intradermoreaction and HIV analysis were negatives in all cases. Thoracic radiography was sugerent, but only the histology was important for diagnosis.

Conclutions: the intestinal TBC is a cause for considerate in acute abdominal surgery. Surgery is important in therapeutic of complications intestinal tuberculosis. The histology is fundamental for diagnosis.

Key words: Intestinal tuberculosis–extrapulmonary tuberculosis

Complications of intestinal tuberculosis
Intestinal tuberculosis surgery
Acute abdominal surgery and intestinal

1. Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción.
2. Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. Trabajo de las Clínicas Quirúrgicas Primera y Segunda del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.

Correspondencia: Dr. Gustavo Miguel Machaín Vega, Hospital de Clínicas, Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica, Dr. Montero y Lagarenza, Asunción, Paraguay.

tuberculosis.

“Los esfuerzos aislados son egoístas y cansan mucho más. El hecho de unir fuerzas físicas e intelectuales es lo mejor para llegar a la meta. Y no sólo llegar por llegar, sino llegar con ilusiones de lograr lo mejor.

Y creemos que en esto radica la base de nuestro futuro”.

JC/GM

El *Mycobacterium tuberculosis* es una bacteria ácido alcohol resistente (BAAR). La reactivación de esta patología ha cambiado en estos últimos años, en donde la enfermedad extrapulmonar es encontrada más frecuentemente y es por eso el interés que por la tuberculosis abdominal ha revivido. Esta enfermedad puede simular desórdenes gastrointestinales importantes: enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer colónico o enfermedad infecciosa⁽³⁾.

Este estudio se ocupa del valor de la clínica, el laboratorio y de los hallazgos de investigación en tuberculosis abdominal; discutir nuevas opciones diagnósticas y evaluar las conductas terapéuticas.

Clásicamente la tuberculosis digestiva presenta las siguientes formas clínicas: a) peritonitis tuberculosa; b) tuberculosis intestinal y ésta presenta formas ulcerosa, fibrosa y esclerosa. También formas mixtas: ulcerofibrosa y entero-peritoneal.

Material y método

Nuestra muestra comprende cinco enfermos de las Cátedras de Clínicas Quirúrgicas (I y II) de la Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, de la Universidad Nacional de Asunción (UNA), desde enero de 1990 a marzo de 1996. Desde 1990 a junio de 1994 no hubo casos registrados en el Hospital de Clínicas. Desde julio de 1994 a marzo de 1996, es decir en menos de 20 meses, hemos registrado cinco pacientes con esta patología y en todos ellos con cuadro abdominal agudo quirúrgico y en donde se ignoraba la tuberculosis pulmonar como antecedente.

De nuestros pacientes tres fueron mujeres y dos fueron varones.

En cuanto a la edad, estuvo comprendida entre los 18 y 56 años, con una media de 39,2 años.

Este estudio comprende las complicaciones desarrolladas por la TBC intestinal comprendiendo: tres formas obstructivas (formas tumorales); un caso con peritonitis primaria y un caso con perforación intestinal y peritonitis secundaria.

Ninguno de nuestros pacientes se conocía portador de la enfermedad. No obstante, el estudio pulmonar sugería esa condición. No hubo datos de PPD (intradermorreacción) previa.

Resultados

El estudio comprende cinco pacientes con tuberculosis intestinal. Todos ellos fueron a cirugía con diagnóstico de cuadro abdominal agudo, siendo admitidos y evaluados en el Servicio de Admisión y Guardia de Urgencias. En ninguno de ellos se realizó el diagnóstico previo de tuberculosis intestinal por diferentes motivos.

Hubo sólo sospecha en el preoperatorio y confirmación diagnóstica por anatomía patológica de los materiales quirúrgicos resecaados o biopsados. El cultivo de líquido abdominal fue negativo para BAAR.

Encontramos tres casos de desarrollo obstructivo (forma tumoral) a nivel del segmento íleocecoapendicular (tuberculoma) con adenopatías mesentéricas en forma importante. Se constató aproximadamente 300 ml de líquido abdominal sero-amarillento, a veces sero-hemático y el cultivo del líquido fue BAAR negativo. Las cirugías realizadas fueron: hemicolectomía derecha y anastomosis ileotransversa en todos estos casos. Un caso de presentación con perforación del íleon terminal y peritonitis secundaria fue resuelto con resección intestinal y anastomosis primaria entero enteral. Además se realizó lavado y drenaje de cavidad abdominal. En el caso de peritonitis primaria se realizó aspiración de cuatro litros de líquido citrino, biopsia del epiplón mayor y apendicectomía y en todos ellos se constató granulomas tuberculosos. Se completó con lavado y drenaje abdominal.

Recalcamos que la confirmación diagnóstica fue hecha por la anatomía patológica con cuadros histológicos característicos de tuberculosis.

No hubo morbilidad quirúrgica. Un paciente fue dado de alta sin haber tenido antes su confirmación patológica y su evolución y seguimiento no fue posible. Los demás pacientes fueron dados de alta después de la semana y trasladados a la Cátedra de Neumonología del Hospital de Clínicas para su terapia medicamentosa. El seguimiento de estos pacientes es muy dificultoso por diversos motivos.

No tenemos noticias y datos de mortalidad en estos pacientes.

Comentarios. Discusión

Entendemos por tuberculosis extrapulmonar (TE) a toda localización tuberculosa activa que evoluciona en cualquier órgano o sistema con exclusión de los bronquios y pulmones. Esta a su vez puede o no asociarse a una localización pulmonar concomitante⁽⁴⁾.

La tuberculosis intestinal puede ser primaria o secundaria a otros focos tuberculosos y el bacilo es humano preferentemente, sin olvidar a la variedad bovina. No olvidar que el contagio en la forma digestiva se produce fundamentalmente por deglución y luego por la ingestión de leche contaminada con *M. tuberculosis*. Las lesiones se localizan frecuentemente en intestino delgado, a nivel del íleon terminal, válvula ileocecal y en colon en su posición cecoascendente y apendicular⁽⁵⁾. La evolución puede ser asintomática o provocar trastornos nutritivos, síndrome doloroso abdominal, caquexia por distensión abdominal, dar una forma serosa (forma ascítica); un cuadro obstructivo (forma tumoral) y raramente perforación ganglionar caseosa en regiones vecinas. Nuestro estudio comprende a pacientes que ignoraban su patología pulmonar tuberculosa, pero eran pacientes con lesiones pulmonares activas o no.

Las complicaciones desarrolladas por la tuberculosis intestinal son los íleos adinámicos por peritonitis agudas o íleos mecánicos por estenosis cicatrizales o inflamatorios, pero también por bridas peritoneales, dando un cuadro obstructivo denominado síndrome de Köerning⁽¹⁾.

Los signos clínicos en una peritonitis tuberculosa o en la tuberculosis intestinal son inconstantes y la lesión intestinal puede ser revelada por un accidente agudo, oclusión intestinal, una perforación (peritonitis), una hemorragia e incluso un cuadro de apendicitis aguda⁽⁵⁾.

Los signos generales preceden siempre a los signos locales: anorexia, astenia, fiebre, adelgazamiento y eritrosedimentación acelerada. Entre los signos funcionales el más frecuente es el dolor abdominal de moderada intensidad que asienta en región periumbilical y en fosa ilíaca derecha, diarrea alternada con constipación y seguida luego de una debacle diarreica, la hemorragia suele ser frecuente y muchos autores lo comparan a la hemorragia de la tuberculosis pulmonar⁽⁵⁾.

Los signos físicos suelen estar ausentes o se revelan por discreto meteorismo, dolor abdominal moderado y el no muy frecuente gorgoteo cecal; con alguno de estos signos se debería investigar pues, la tuberculosis intestinal y recomendar el estudio radiológico⁽⁵⁾.

La histología es fundamental para el diagnós-

tico de tuberculosis intestinal, pero en casos dudosos es muy importante el estudio de PCR (reacción en cadena de la polimerasa) buscando fragmentos de ADN de *M. tuberculosis*.

El pronóstico depende del diagnóstico y terapia específica, que se ha modificado fundamentalmente con los antibióticos y fármacos específicos: isoniazida, rifampicina, ethambutol, pirazinamida y otros son los fármacos utilizados en nuestro país en forma más frecuente. Los fenómenos oclusivos y las perforaciones son complicaciones graves que ensombrecen el pronóstico⁽¹⁻⁵⁾.

Conclusiones

Presentamos cinco pacientes con cuadro abdominal agudo quirúrgico en el Hospital de Clínicas, en las Cátedras de Clínicas Quirúrgicas en el lapso de julio de 1994 a marzo de 1996, no habiéndose registrado casos comprobados de enero de 1990 a junio de 1994.

Las formas de presentación fueron diversas: tres casos en forma tumoral (cuadros obstructivos); un caso con perforación intestinal y peritonitis secundaria y un caso con peritonitis primaria. El diagnóstico no fue correcto en el preoperatorio. El preoperatorio fue importante para suponer y presumir la patología tuberculosa, pero sólo la histología pudo confirmarla en todos los casos (diagnóstico de certeza). La biopsia de lesiones ganglionares es interesante para llegar al diagnóstico correcto.

Las complicaciones de la tuberculosis intestinal son graves y la cirugía desempeña un papel fundamental para la recuperación del paciente, junto a la administración de quimioterapia antituberculosa.

Es importante pues pensar en esta patología, en otras épocas muy en boga, y sobre todo con el advenimiento de una virosis grave, como lo es el virus de la inmunodeficiencia humana.

Bibliografía

1. Diario ABC color. Locales. 24 de marzo de 1996: 27.
2. **Lingemfeller T, Zak J, Marks IN, Steyn E, Halckett J, Price S.** Abdominal tuberculosis: Still a potentially lethal disease. *Am Gastroenterol* 1993; 88(5): 744-8.
3. **Romero LM, Paterson G.** Tuberculosis digestiva. *Tisiología*. Capítulo XVI: 204-210. 1986.
4. **Adle EG, Blanco C.** Tuberculosis extrapulmonar en la Cátedra de Neumología. Resumen Cong. Panamericano de la ULASTER (26^º), abril 1996.
5. **Ortiz Villalba JO, Herrero Usher F, Salinas C, Schultz W, Acosta C, Aquino O.** Tuberculosis intestinal (complicaciones). *Rev Cir Paraguay* 1981; 5(1): 45-9.
6. **Wasmosy JB, Ferreira D, Calvo H, Rolón A, Cubillas A.** Tuberculosis intestinal: a propósito de tres casos. Trabajo presentado al I Congreso Paraguayo de Gastroenterología. Agosto de 1980.
7. **Machain GM, Ocampos S, Damí H (h), Gómez R, Barúa C.** Pseudoobstrucción intestinal por tuberculosis. Congreso Panamericano de la ULASTER (26^º), abril 1996.