

Abdomen agudo perforativo por tuberculosis intestinal

Eliana Elisabet Aranda,¹ Ana María Luján Sánchez,² Daniel Enrique Zago,¹ Francisco Omar Ferradas,² Ricardo Torres¹

¹ Servicio de Cirugía General, Hospital Escuela José Francisco de San Martín. Corrientes, Argentina.

² Servicio de Cirugía General, Hospital Ángela I de Llano. Corrientes, Argentina.

Acta Gastroenterol Latinoam 2015;45:312-315

Recibido: 09/02/2015 / Aprobado: 06/04/2015 / Publicado en www.actagastro.org el 30/12/2015

Resumen

El compromiso gastrointestinal ocupa el sexto sitio de localización más frecuente de la tuberculosis extrapulmonar. Muchas veces, sus complicaciones agudas, constituyen la principal forma de presentación debido a un diagnóstico tardío. **Objetivos.** Revisar la forma de presentación de la tuberculosis gastrointestinal como abdomen agudo perforativo y su resolución quirúrgica. **Material y métodos.** Se presentan dos casos de abdomen agudo perforativo intervenidos quirúrgicamente y cuyo diagnóstico definitivo fue tuberculosis intestinal. **Caso 1.** Mujer de 31 años con reciente diagnóstico de tuberculosis pulmonar que discontinúa el tratamiento. Dos meses después presenta abdomen agudo peritoneal. Se realiza laparotomía constatándose perforaciones intestinales. Se practica resección y anastomosis terminal. Se reinicia tratamiento antituberculoso, con buena evolución. **Caso 2.** Hombre de 30 años, HIV positivo y tuberculosis pulmonar en tratamiento discontinuo. Ingresa con dolor abdominal y reacción peritoneal generalizada. En la laparotomía se encuentra perforación intestinal. Se realiza biopsia y rafia intestinal. Cuatro días después por dehiscencia de sutura y nueva perforación intestinal se realiza resección e ileostomía. Evolucionan con distrés respiratorio y óbito. En ambos casos la histopatología confirmó el diagnóstico de tuberculosis intestinal. **Conclusiones.** Debido a los síntomas inespecíficos de la tuberculosis intestinal, es frecuente el diagnóstico a través de sus complicaciones agudas, que son

potencialmente letales especialmente en pacientes inmunocomprometidos. El tratamiento oportuno con antifímicos es el electivo limitando la cirugía a casos seleccionados.

Palabras claves. Tuberculosis, gastrointestinal, perforación intestinal.

Acute abdomen perforativo by intestinal tuberculosis

Summary

The gastrointestinal commitment is the six most frequent location of extrapulmonary tuberculosis. Often its acute complications constitute the main presentation form due to a late diagnosis. **Objectives.** To review the presentation of gastrointestinal tuberculosis as perforative acute abdomen and surgical resolution. **Material and method.** Case 1. A 31 year old female, with newly diagnosed pulmonary tuberculosis, discontinuous treatment. Two month later presents with peritonitis acute abdomen. Laparotomy is done being stated intestinal perforations. They performed resection and anastomosis terminal. The treatment with antituberculosis starts. Good evolution. Case 2. A 30 years male patient, HIV and pulmonary tuberculosis with discontinuous treatment. He was admitted with abdominal pain and generalized peritoneal reaction. Intestinal perforations is found at laparotomy. Biopsy and rafia intestinal is performed. Four days later suture dehiscence and new intestinal perforations are found. Resection and ileostomy is performed. It evolution with distress and death. In both cases histopathology confirmed intestinal tuberculosis. **Conclusions.** Because of the nonspecific symptoms of intestinal tuberculosis, is common the diagnosis through their acute complications and these

Correspondencia: Eliana Aranda
Catamarca N° 1570 Dpto 1. Corrientes, Argentina
Cel: (0379) 15 433-8689
Correo electrónico: eliana_aranda@live.com

are potentially lethal especially in immunocompromised patients. The prompt treatment with anti tuberculosis drugs is the limiting in elective surgery in selected cases.

Key words. *Gastrointestinal, tuberculosis, intestinal, perforation.*

Abreviaturas

TB: tuberculosis.

HIV: virus de la inmunodeficiencia humana.

BAAR: bacilo ácido alcohol resistente.

ARM: asistencia respiratoria mecánica.

La tuberculosis (TB) es un importante problema sanitario en determinadas regiones del mundo. Favorecen la aparición de nuevos casos las condiciones socioeconómicas, el hacinamiento, la infección creciente por virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), los pacientes en tratamiento inmunosupresor y la inmigración desde los países subdesarrollados.

Aproximadamente el 1-3% del total de los casos de TB son extrapulmonares y de éstos el 11-16% afectan al abdomen. En pacientes HIV positivos la incidencia de TB extrapulmonar aumenta al 50%.¹ Debido a sus síntomas inespecíficos, las complicaciones agudas constituyen la principal forma de diagnóstico, teniendo muchas veces, en pacientes inmunocomprometidos, un curso fatal.

Presentamos dos casos clínicos de abdomen agudo perforativo causados por tuberculosis intestinal. Se plantean como objetivos revisar esta forma de presentación de la entidad y su resolución quirúrgica.

Material y métodos

Se presentan dos pacientes ingresados por el Servicio de Emergencias del Hospital Escuela José Francisco de San Martín con diagnóstico de abdomen agudo perforativo debido a tuberculosis intestinal. Se describen los hallazgos intraoperatorios, el tratamiento y la evolución. Se revisa la bibliografía.

Resultados

Caso clínico 1

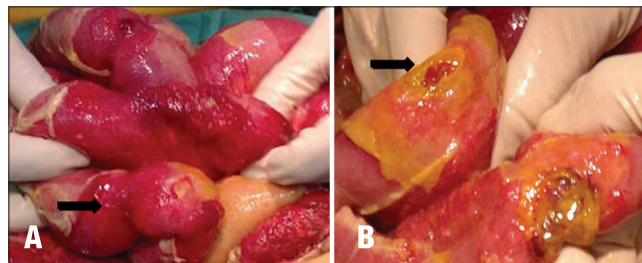
Paciente de sexo femenino, de 31 años, que consulta en varias oportunidades en septiembre de 2012 por dolor abdominal inespecífico, diarrea y pérdida de peso. Dos meses después, consulta por exacerbación del dolor y aumento en la frecuencia de las diarreas asociada a tos, expectoración y fiebre. Se confirma TB pulmonar por cultivo positivo para bacilo ácido alcohol resistente (BAAR)

de esputo y presunción de TB intestinal. Se inicia tratamiento antituberculoso. Al alta hospitalaria abandona el tratamiento en forma inconsciente.

Cuatro meses después vuelve a ingresar con diagnóstico de abdomen agudo perforativo. Se realiza laparotomía constatándose peritonitis generalizada, múltiples estenosis segmentarias en yeyunoileon y 2 perforaciones intestinales a 40 y 50 centímetros del asa fija (Figura 1). Se practica una resección y anastomosis primaria, se deja el abdomen abierto y contenido. Continúa con requerimiento de drogas inotrópicas y asistencia respiratoria mecánica (ARM). Se reinicia tratamiento antituberculoso.

Se realizaron lavados de la cavidad abdominal cada 48 horas con cierre de la pared al séptimo lavado. Luego de 43 días de internación se otorga el alta hospitalaria. El informe anatomopatológico de la pieza quirúrgica fue TB intestinal. Tras 6 meses de seguimiento, presenta un cuadro de abdomen agudo suboclusivo que resuelve con tratamiento médico.

Figura 1. Laparotomía por abdomen agudo perforativo por tuberculosis intestinal. A: Estenosis segmentarias en el intestino delgado. B: Perforaciones intestinales múltiples.



Caso clínico 2

Paciente masculino de 30 años de edad, con serología positiva para HIV, en tratamiento discontinuo y reciente diagnóstico de TB pulmonar, cursando su sexto día de tratamiento de esta última. Ingresar con dolor abdominal difuso, distensión abdominal, reacción peritoneal generalizada y mal estado general. La radiografía simple de abdomen demuestra neumoperitoneo. Se realiza laparotomía hallándose en todo el intestino delgado placas de color violáceas, de apariencia isquémicas, sobre una de las cuales a 2,40 metros del asa fija se constata una perforación intestinal. Se realiza la rafia correspondiente, toma de biopsia de ganglios mesentéricos y lavado de la cavidad.

El paciente evoluciona con requerimientos de drogas inotrópicas y ARM. Se continúa con tratamiento médico antituberculoso y antirretroviral. Una semana después se constata la salida de líquido intestinal por herida quirúrgica por lo que se reopera y se realiza una resección intestinal e ileostomía terminal por nueva perforación y dehiscencia de rafia intestinal. Se recibe el informe de anatomía patológica que confirma la TB intestinal. Evoluciona con distrés respiratorio por neumonía asociada al ventilador, culminando con el óbito del paciente.

Discusión

La TB intestinal representa el 18 al 78% de todos los casos de TB abdominal, seguida por la linfática y la peritoneal.² Algunos estudios informan que el 46% tienen afección intestinal en pacientes con TB pulmonar y hasta un 54% compromiso intestinal en colonoscopías realizadas en pacientes con TB pulmonar.³ Nuestro primer caso presentó esta asociación.

En pacientes infectados por VIH, la enfermedad se manifiesta hasta en un 50% en sitios extrapulmonares y con presentaciones atípicas.¹⁻⁴

La TB se puede observar tanto en la edad adulta como infantil, con una mayor prevalencia entre la tercera y cuarta década de la vida. Afecta más a mujeres que a varones, en una relación 2 a 1.⁵

Los síntomas y signos de la TB digestiva son inespecíficos: dolor abdominal difuso y leve, diarrea, vómitos, pérdida de peso, fiebre, anorexia, sudoración nocturna. El dolor abdominal difuso y crónico se presenta en el 80-90% de los pacientes, por tal motivo el diagnóstico precoz es difícil.^{2,6,7} Los hallazgos del examen físico incluyen malnutrición, masa abdominal palpable, distensión abdominal y aquellos signos específicos en caso de presentar una complicación aguda.

Puede presentarse en forma aguda, crónica o crónica reagudizada, con una duración promedio de 4,7 meses.¹⁻⁵ Los estudios complementarios arrojan datos inespecíficos, típicos de un proceso crónico. En esta etapa, las ventajas de la laparoscopia permiten considerar a ésta como un método diagnóstico, ante casos inespecíficos, aunque todavía hay pocas experiencias al respecto.⁸ Si se confirma el diagnóstico, los resultados del tratamiento médico son excelentes en pacientes inmunocompetentes evitando sus complicaciones y eventual tratamiento quirúrgico.⁹ Las complicaciones agudas son: perforación (1-15%), obstrucción (15-60%), hemorragia (2%) y fistulización (2-30%).^{10,11} En pacientes inmunocomprometidos las formas de presentación son atípicas, agresivas y rápidamente complicadas como es el caso 2. El 25 al 75% de los

pacientes con TB intestinal requerirán cirugía en algún momento de su evolución debido a sus complicaciones.¹⁰

Los sitios de predilección de la TB intestinal incluyen la región ileocecal y sus alrededores donde el tejido linfoide es abundante.²⁻¹¹ En contraste, la afección anal es excepcionalmente rara.¹² En nuestros dos pacientes la perforación estaba localizada en el íleon terminal y en el yeyuno, con cambios morfológicos en todo el intestino delgado. Las formas anatomopatológicas de presentación son obstrucción intestinal (47%), peritonitis perforada (31%), estenosis múltiples (23%), perforación intestinal con estenosis (14%), perforación con hipertrofia (12%), apendicitis aguda (10%), ascitis (7%), plastrón intestinal (4%), linfadenitis mesentérica (4%), variedad hipertrófica (2%).¹³

Se debe realizar el diagnóstico diferencial con las enfermedades inflamatorias intestinales crónicas: colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn y menos frecuentemente con el adenocarcinoma. Otras patologías que se deben tener en cuenta incluyen: linfoma, enfermedad diverticular y otros patógenos como yersinia, histoplasma y citomegalovirus.¹⁴

Lamentablemente, el diagnóstico de la TB intestinal en sus estadios iniciales es difícil por sus síntomas vagos e inespecíficos, por lo cual frecuentemente es tardío y mediante sus complicaciones agudas.¹ Cuando se presenta como abdomen agudo perforativo la cirugía debe realizarse de urgencia, situación potencialmente letal, especialmente en pacientes inmunocomprometidos. La morbimortalidad quirúrgica puede reducirse mediante la adopción de procedimientos quirúrgicos más seguros. Un enfoque conservador por parte del cirujano, puede evitar varias complicaciones posoperatorias frecuentes en esta enfermedad.¹⁵

En una serie de 212 pacientes, Chalya y col describen los siguientes procedimientos quirúrgicos realizados por complicaciones agudas de TB intestinal: adhesiolisis (58,5%), resección segmentaria con anastomosis término-terminal (26,4%), hemicolectomía derecha con ileotransverso-anastomosis (6,6%), rafia intestinal simple (5,7%), laparotomía exploradora con biopsia (3,8%), apendicectomía (2,8%), esplenectomía (1,9%), ileostomía (0,5%), estricturoplastia (0,5%).¹

En los casos clínicos presentados, la resección intestinal con anastomosis primaria en el primer caso y la ileostomía en el segundo, fueron los procedimientos quirúrgicos realizados. Estos resultados coinciden con las series publicadas, como la de Chalya y col, la cual describe como el procedimiento más realizado en caso de perforación a la resección segmentaria con anastomosis término-terminal y en un bajo porcentaje a la ileostomía.¹ Por lo cual puede

inferirse que en cuanto las condiciones locales y generales sean las adecuadas, en caso de perforación intestinal, la resección con anastomosis primaria es la medida aconsejada. Debe considerarse, además, el uso de la laparoscopia en el abdomen agudo por TB cuando sea posible, debido a las ventajas ya conocidas de esta técnica. Por lo cual la laparotomía es cada vez más desplazada por este procedimiento mini-invasivo.⁸

En conclusión, una de las formas de presentación de la TB intestinal es la peritonitis por perforación, los cuadros clínicos son graves, especialmente en los pacientes inmunocomprometidos. El diagnóstico oportuno, el tratamiento quirúrgico adecuado de sus complicaciones y el inicio temprano del tratamiento médico específico aseguraría una evolución clínica favorable.

Sostén Financiero. Ninguno.

Referencias

- Chalya P, Mchembe M, Mshana S, Rambau P, Jaka H, Mabula J. Clinicopathological profile and surgical treatment of abdominal tuberculosis: a single centre experience in northwestern Tanzania. *BMC Infect Dis* 2013; 13: 1-9.
- Martínez Ordaz J, Blanco Benavides R. Tuberculosis gastrointestinal. *Rev Gastroenterol Mex* 2004; 69: 162-165.
- Min Yu S, Hwan Park J, Dae Kim M. A case of sigmoid tuberculosis mimicking colon cancer. *J Korean Soc Coloproctol* 2012; 28: 275-277.
- Cosme A, Pardo E, Felipo, Iribarren A. Dolor abdominal en paciente con infección por VIH. *Rev Esp Enferm Dig* 2005; 97: 196-210.
- Zavalía M, Colinas M, Vedia E, Martínez Bongio H, Levi G. Tuberculosis colónica. Presentación de caso. *Rev Argent Coloproct* 2013; 24: 61-64.
- Abro A, Faisal G, Saleem A, Abdul S. Spectrum of clinical presentation and surgical management of intestinal tuberculosis at tertiary care hospital. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2010; 22: 96-99.
- Loh K, Bassily R, Torresi J. Crohn's disease or Tuberculosis? *Journal of Travel Medicine* 2011; 18: 221-223.
- Târcoveanu E, Dimofte G, Bradea C, Lupascu C, Moldovanu R, Vasilescu A. Peritoneal Tuberculosis in Laparoscopic Era. *Acta Chir Belg* 2009; 109: 65-70.
- Martínez Tirado P, López M, Martínez García R, Martínez Cara, Rodríguez M, Castilla M. Tuberculosis intestinal. Un reto diagnóstico. *Gastroenterología y Hepatología* 2003; 26: 351-354.
- Farías Llamas O, López Ramírez M, Morales Amezcua J, Medina Quintana M, Buonocunto Vázquez G, Ruiz Chávez I, González Ojeda A. Tuberculosis peritoneal e intestinal: una enfermedad ancestral que impone nuevos retos en la era tecnológica. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Rev Gastroenterol Mex* 2005; 70: 169-179.
- Taleki Y, Akira U, Shimao H. Analysis of recent cases of intestinal tuberculosis in Japan. *Internal Medicine* 2014; 53: 957-962.
- Yaghoobi R, Khazanee A, Bagherani N, Tajalli M. Gastrointestinal tuberculosis with anal and perianal involvement misdiagnosed as Crohn's disease for 15 years. *Acta Derm Venerol* 2011; 91: 348-349.
- Mukhopadhyay A, Dey R, Bhattacharya U. Abdominal tuberculosis with an acute abdomen: our clinical experience. *J Clin Diagn Res* 2014; 8: 7-9.
- Gómez Zuleta M, Viveros, Careño D, Cañón D. Tuberculosis intestinal: reporte de caso y revisión de la literatura. *Infectio* 2012; 16: 178-182.
- Mirza B, Ijaz L, Saleem M, Sheikh A. Surgical aspects of intestinal tuberculosis in children: our experience. *Afr J Paediatr Surg* 2011; 8: 185-189.