



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-225 - TUBERCULOSIS INTESTINAL: UNA CAUSA INFRECUENTE DE ICTERICIA OBSTRUCTIVA

I. Alonso-Diego, A. Abascal Amo, J. Delgado Valdueza, S. Salido, M.M. Achalandabaso Boira, E. Colmenarejo García, E. Martín-Pérez y F. Díaz Rojas

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: La tuberculosis abdominal es una entidad infrecuente y de difícil diagnóstico. La localización más común es el área ileocecal. La ictericia obstructiva secundaria a tuberculosis extrapulmonar es extremadamente rara y puede ser producida por un agrandamiento de la cabeza del páncreas, linfadenitis tuberculosa, afectación gastroduodenal, estenosis de vía biliar o compresión secundaria a una masa tuberculosa en el retroperitoneo. Presentamos un paciente con ictericia obstructiva secundaria a tuberculosis abdominal.

Caso clínico: Varón de 27 años, ecuatoriano, con antecedentes de pancreatitis aguda a los 15 años de causa no filiada, pericarditis subaguda en 2011 e hipotiroidismo subclínico en tratamiento. Tras un viaje a Ecuador, comienza con clínica progresiva de dispepsia, distensión abdominal y cuadros diarreicos, con algún episodio de febrícula. A los 2 meses del inicio del cuadro, es atendido en Urgencias por ictericia, acolia, coluria, prurito, astenia e hiporexia. En la analítica destaca bilirrubina total de 8,95 mg/dl y directa de 7,25. CEA y CA19-9 normales. Ecografía abdominal: signos inespecíficos de hepatitis. Es dado de alta con el diagnóstico de posible hepatitis aguda por VHA/VHE. En el seguimiento en las consultas de Digestivo, se realiza colangio-RM donde se observa una leve ectasia de vía biliar intrahepática y afilamiento en inicio de colédoco intrapancreático. La CPRE muestra estenosis de colédoco intrapancreático y en la región ampular se observan ulceraciones cubiertas de fibrina. En la gastroscopia, a nivel del antro y región pilórica se observa una masa vegetante y friable ulcerada que ocupa bulbo duodenal. La TC toraco-abdominal objetiva un engrosamiento de las paredes de antro y duodeno con extensa afectación extraluminal que produce obstrucción del conducto hepático común y de las estructuras venosas de la confluencia espleno-mesentérica portal, con circulación colateral y esplenomegalia con pequeñas burbujas de gas ectópico que indican perforación contenida y adenopatías adyacentes a la cabeza pancreática y retroperitoneales. La PAAF guiada por ecografía no muestra signos de malignidad. Puesto que no se consigue el diagnóstico preoperatorio, se decide realizar laparotomía exploradora observándose un conglomerado inflamatorio y adenopático múltiple que engloba ángulo hepático del colon, marco duodenal, antro gástrico, cabeza del páncreas, vesícula biliar e hilio hepático y transcavidad de los epiplones. La biopsia intraoperatoria informa de granulomas epitelioides y células de Langerhans compatible con proceso tuberculoso. La evolución postoperatoria es satisfactoria y es dado de alta con tratamiento antituberculoso (isoniazida, rifampicina, piracinamida y etambutol) y corticoides. En TC de abdomen de control a los 3 meses, se observa importante mejoría hasta prácticamente la normalidad de las alteraciones en hilio hepático, antro y marco duodenal.

Discusión: La tuberculosis intestinal es una causa poco frecuente de ictericia obstructiva. Su diagnóstico es difícil pues puede simular otras causas menos frecuentes de síndromes abdominales no infecciosos, benignos o malignos, y no se diagnostica en muchas ocasiones antes de la laparotomía. En nuestro paciente, ninguna de las pruebas preoperatorias consiguió el diagnóstico, por lo que fue necesaria la cirugía. El retraso en el diagnóstico y en la instauración del tratamiento apropiado ocasiona un aumento de las complicaciones y de la mortalidad.