



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-177 - Tuberculosis abdominal a propósito de 4 casos

L. Blay Aulina, D. Salazar, E. Fernández Sallent, J. Hasan, R. Rodríguez, L. Vega, M. Molinete y X. Feliu

Consorci Sanitari de l'Anoia, Igualada, Barcelona.

### Resumen

**Objetivos:** Mostrar cuatro casos clínicos de tuberculosis abdominal intervenidos durante el último año.

**Métodos:** Presentamos 4 pacientes (2:2 hombre/mujer) con edad media de 67,3 años (36-81) que presentaron tuberculosis abdominal: una afectación intramural de la válvula ileo-cecal con obstrucción intestinal, dos con peritonitis tuberculosa y el último con adenopatías en arcada gastroepiploica. Tres de ellos pertenecen a países de nacionalidad extracomunitaria. El síntoma más frecuente fue el dolor abdominal, las alteraciones analíticas más destacadas fueron el aumento de parámetros inflamatorios (PCR y VSG) junto con anemia macrocítica. Ninguno de los 4 pacientes estaba afecto de VIH ni presentaba enfermedad tuberculosa pulmonar activa, aunque la mitad mostraron PPD (+). En todos los casos se realizó TC toraco-abdominal junto con FCS útiles para el diagnóstico de presunción (tabla 1).

**Resultados:** El diagnóstico definitivo precisó en todos los casos de laparoscopia exploradora. Se realizaron biopsias y exéresis de adenopatías en todos los pacientes y en el caso de la tuberculosis intestinal con afectación de válvula ileocecal además se realizó hemicolectomía derecha por obstrucción cólica. La anatomía patológica mostró en todos los casos inflamación granulomatosa. El 75% presentaba necrosis caseificante. Solo en uno de los cuatro pacientes no se identificaron los bacilos acido-alcohol resistentes pero sí el resto de hallazgos anatomo-patológicos (tabla 2). El tratamiento antituberculoso resulta efectivo con mejoría en todos los pacientes inicialmente. Se produce un exitus a los 20 días de la hemicolectomía laparoscópica en el caso de la TBC intestinal por descompensación hepato-renal acompañada de IAM sin evidenciarse fallo de sutura.

**Conclusiones:** La tuberculosis abdominal es una patología poco habitual en los países desarrollados. Sin embargo, debido a su asociación con el VIH y al aumento de la inmigración debemos tenerla presente en el momento actual ya que la tuberculosis extrapulmonar se presenta en el 15-20% de los casos, representando la tuberculosis abdominal el 11% de estos. *M. tuberculosis* puede infectar cualquier región del tracto digestivo aunque la más frecuente es la región ileocecal (90% de los casos). La linfadenitis tuberculosa es uno de los hallazgos más frecuentes en la tuberculosis abdominal y comprende entre el 25 y 93% de los casos publicados. La tuberculosis peritoneal es menos frecuente y en ella destaca la presencia de ascitis en el 75% de los casos. La clínica es muy variada, históricamente conocida como “la gran simuladora” puede semejar una enfermedad neoplásica, infecciosa o inflamatoria intestinal. El diagnóstico se basa en hallazgos clínicos, de laboratorio, radiológicos y endoscópicos, siendo la comprobación microbiológica e histológica clave. A veces es difícil de conseguir, por lo que la laparoscopia exploradora diagnóstica es imprescindible. El tratamiento estándar con drogas antituberculosas es altamente efectivo y en ello radica la importancia del diagnóstico. La cirugía se reserva para las complicaciones tales como la obstrucción (es la más frecuente),

perforación, hemorragia masiva o abscesos y fístulas, o bien para establecer el diagnóstico cuando las exploraciones complementarias no permiten un diagnóstico certero.

Tabla 1

Edad	País de origen	Clínica	TBC pulmonar	PPD	VIH	Analítica
81	España	Dolor abdominal, distensión abdominal, fiebre, sd. tóxico	No	-	-	PCR: 170 mg/l, V
78	Perú	Dolor abdominal, distensión abdominal, sd. tóxico	No	+	-	PCR: 164 mg/l, V
36	Marruecos	Dolor abdominal, fiebre, sd. tóxico	No	+	-	PCR: 52 mg/l, V
74	El Salvador	Dolor abdominal	No	-	-	PCR: 17 mg/l, V

Tabla 2

Edad	Laparoscopia	AP
81	Biopsia peritoneal	Inflamación granulomatosa con necrosis caseosa compatible con
78	Biopsia peritoneal	Inflamación granulomatosa no caseificante con presencia de bacilos
36	Exéresis adenopatías de arcada gastroepiploica	Inflamación granulomatosa con necrosis caseosa, no se identificaron bacilos
74	Hemicolectomía derecha	Inflamación crónica granulomatosa necrotizante con presencia de bacilos