



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-445 - TUBERCULOSIS INTESTINAL, UN CASO CURIOSO

L. Giner Bernal, A. Calero Amaro, I. Oller Navarro, M.A. Gómez Correcher, I. Galindo Benito, M. Bellón López, J. Ruiz-Tovar Polo y R. Calpena Rico

Hospital General Universitario de Elche, Elche.

Resumen

Introducción: Le tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública, estimando la OMS 1.722 millones de personas infectadas por *Mycobacterium tuberculosis*. El 95% de nuevos casos aparecen en países subdesarrollados. La forma clínica más común es la pulmonar, siendo las formas extrapulmonares de difícil diagnóstico puesto que su clínica es compatible con otras enfermedades. De ésta, la afección abdominal ocupa el sexto lugar, siendo posible la afectación de cualquiera de sus órganos, principalmente peritoneo, intestino y nódulos linfáticos, apareciendo un 2-30% de los casos como abscesos o fístulas intraabdominales. También es más frecuente su aparición en pacientes inmunodeprimidos (VIH), mujeres y niños pequeños. Eventualmente, un 25-75% requerirán cirugía, que debe ser lo más conservadora posible.

Caso clínico: Mujer de 59 años de origen armenio, sin antecedentes de interés, que ingresa por dolor abdominal de 15 días de evolución, fiebre y vómitos. Se realiza TAC abdominopélvico con contraste iv que evidencia abundante líquido peritoneal libre y hallazgos, compatibles con apendicitis aguda. También se identifica quiste anexial derecho. Se realiza apendicectomía laparoscópica urgente, así como punción y desbridamiento del quiste anexial derecho, que se envían para análisis anatomopatológico. La paciente, asintomática, es dada de alta al 2º día postoperatorio. Reingresa al 4º día postoperatorio por persistencia del dolor abdominal y febrícula. En la analítica no presenta alteraciones. Se repite el TAC abdominopélvico que evidencia seroma con signos de complicación parietal inflamatoria-infecciosa en raíz de mesenterio, asociado a mesenteritis y leve enteritis sin signos de peritonitis. Ante estos hallazgos ingresa para tratamiento antibiótico de amplio espectro, sin respuesta a los mismos. La anatomía patológica del apéndice cecal descarta la presencia de apendicitis en la pieza. La paciente presenta empeoramiento clínico y un nuevo TAC con aumento del líquido libre intraabdominal y colección en raíz mesentérica, con ingurgitación vascular y adenopatías retroperitoneales y pericecales. Se decide realizar laparotomía exploradora donde se objetivan de múltiples lesiones nodulares en las asas de intestino delgado de contenido caseoso. Se realiza drenaje del absceso mesentérico, de similares características, y se realiza lavado abundante de la cavidad abdominal, dejando dos drenajes. Los análisis microbiológicos revelan el diagnóstico de Tuberculosis intestinal, y la paciente refiere haber viajado hace dos meses a su país. La paciente evoluciona favorablemente durante el postoperatorio y se administra tratamiento con rifampicina, siendo dada de alta al 5º día postoperatorio con tratamiento antituberculoso domiciliario.

Discusión: Los síntomas y manifestaciones clínicas de la tuberculosis intestinal son inespecíficos y compatibles con otras patologías como la Enfermedad Inflamatoria intestinal, cáncer de ovario avanzado, infecciones micóticas o por otros parásitos. El diagnóstico de tuberculosis intestinal, en muchos casos, se realiza durante una laparoscopia/ laparotomía exploradora, o durante intervenciones quirúrgicas por otros

propósitos, hallando en proporciones de 2-30% abscesos intrabdominales. El tratamiento médico es altamente efectivo en la resolución de complicaciones de moderada gravedad como pueden ser la obstrucción intestinal (15-60%), abscesos intrabdominales y fístulas, reservando los procedimientos resectivos para complicaciones como la perforación intestinal, hemorragia, o cuando la estenosis no es adecuada para realizar una plastia intestinal.