



# Cirugía Española



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

## P-686 - TUBERCULOSIS INTESTINAL, RETO DIAGNÓSTICO

Aguirrezabalaga, Irene; Romay Cousido, Gabriela; González Conde, Ricardo; Castro Diez, Laura; Bermúdez Pestonit, Isabel; Noguera Aguilar, José Francisco

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña.

### Resumen

**Introducción:** Se trata de una entidad infrecuente en nuestro país, presentándose más habitualmente en regiones endémicas. Representa el 0,5% de nuevos diagnósticos de TB y un 11% de las formas extrapulmonares. Afecta principalmente a gente joven de entre 20 y 40 años, y puede localizarse en cualquier órgano abdominal así como en los ganglios retroperitoneales, siendo su principal localización la ileocecal. La diseminación hasta el aparato digestivo suele ser hemática y linfática durante la primoinfección. Cursa con síntomas poco específicos, como dolor abdominal sordo y continuo, estreñimiento intermitente, alternado con diarrea, siendo también posibles cuadros suboclusivos, lo que no facilita su diagnóstico. El diagnóstico suele basarse en la sospecha de dicha patología, confirmándola con estudio anatomopatológico y microbiológico. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con la enfermedad de Crohn, apendicitis aguda, adenocarcinoma intestinal, sarcoma u otras enteritis infecciosas, siendo la colonoscopia un elemento muy útil. El tratamiento se basa en el uso de tuberculostáticos. En cuanto a la cirugía se recomienda ser lo más conservador posible, limitando las biopsias diagnósticas y las resecciones intestinales, debido al alto riesgo de complicaciones que conllevan en el posoperatorio, reservándolas para los casos de complicación de la enfermedad como puede ser la perforación intestinal o estenosis obstructivas.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una paciente de 80 años que ingresa en el CHUAC por disfagia progresiva de varios años de evolución, en relación con enfermedad de Parkinson ya conocida. Otros antecedentes relevantes eran la DM2 y enfermedad pulmonar intersticial difusa. Durante el ingreso la paciente comienza con dolor abdominal progresivo y la exploración física se torna patológica con distensión abdominal y defensa abdominal por lo que se realiza TAC abdominal urgente con hallazgo: “Pequeña cantidad de fluido entre asas y a nivel pélvico con pequeña loculación del líquido e imágenes aéreas extraluminales. Hallazgos compatibles con perforación de víscera hueca”. Con dicho resultado en TAC se decide intervención quirúrgica urgente.



**Discusión:** Se procede a realizar intervención quirúrgica urgente por sospecha de perforación de víscera hueca en TAC abdominal, hallándose peritonitis fecaloidea generalizada secundaria a perforación en íleon terminal. Así mismo se evidencian varios segmentos de aspecto isquémico y siembra miliar en meso ileal así como regiones parcheadas de intestino delgado. Se realiza resección segmentaria de ID con anastomosis + resección de íleon terminal con anastomosis íleo-cecal. En la anatomía patológica definitiva se hallan “graves cambios inflamatorios granulomatosos con focos de necrosis y numerosas células gigantes tipo Langerhans que obliga a descartar infección por microbacterias tipo tuberculosis”. Resultando positivo en el análisis microbiológico para *M. tuberculosis*. En este caso no fue posible aplicar las recomendaciones sobre cirugías conservadoras, debido a que la paciente ya presentaba una tuberculosis intestinal avanzada, complicada con perforación intestinal. Como conclusión resaltamos la importancia de incluir dicha patología en los diagnósticos diferenciales habituales, debido al repunte de frecuencia en nuestro medio, secundario a la inmigración e inmunosupresión de diferentes causas, para llegar a un diagnóstico precoz y aplicar lo más tempranamente un tratamiento eficaz, evitando cirugías agresivas.