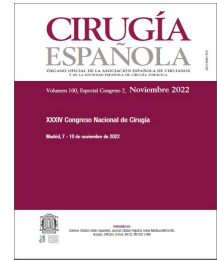




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-694 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CAUSADA POR TUBERCULOSIS ABDOMINAL

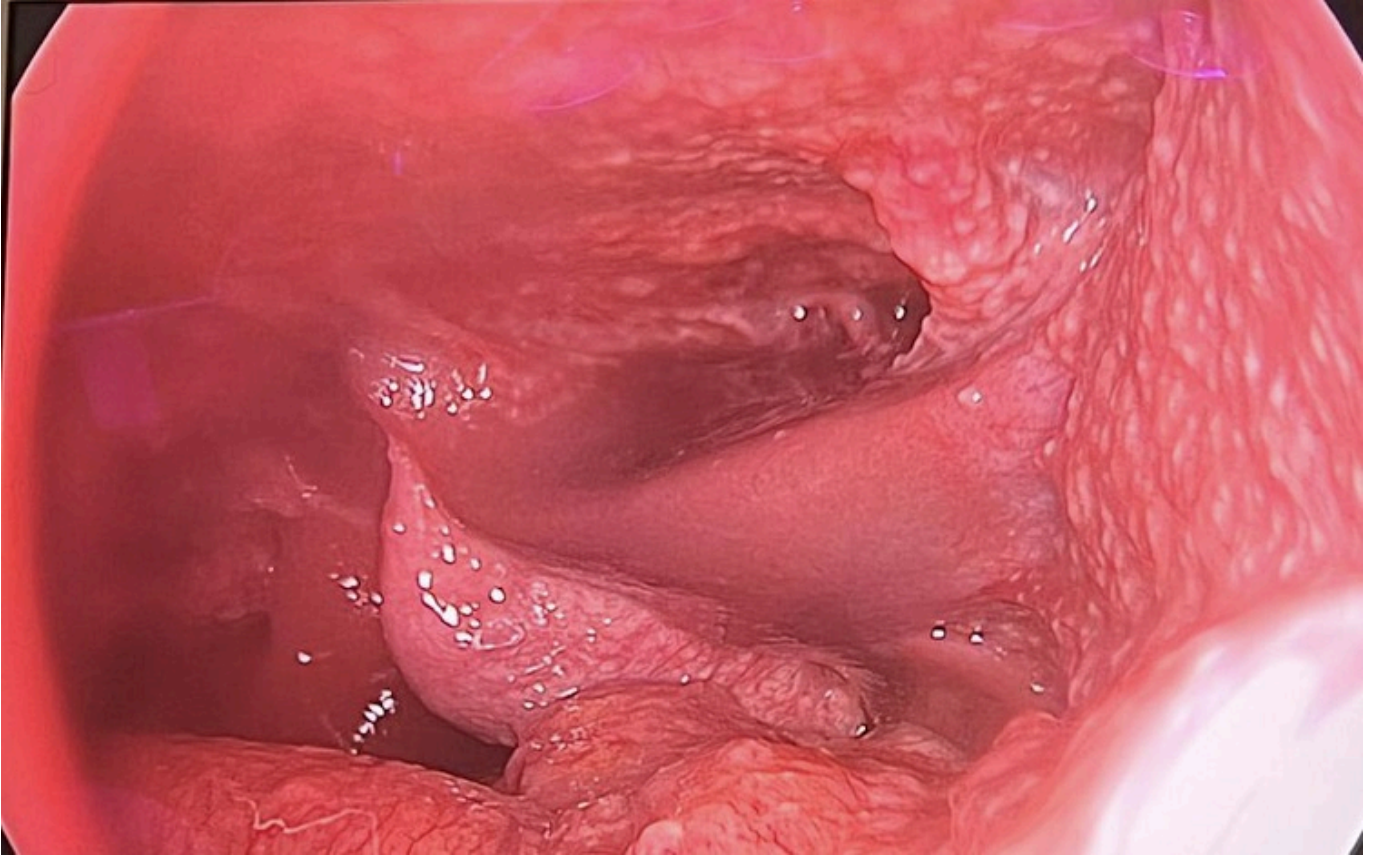
Vallejo-Lesmes, Ana; Cejas Arjona, Javier; Valenzuela Molina, Francisca; Naranjo Torres, Álvaro; del Rosal Palomeque, Rafael; Briceño Delgado, Javier

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción: La tuberculosis abdominal (TBCA) es una entidad rara en nuestro medio que engloba la afectación del tracto gastrointestinal, peritoneo, ganglios linfáticos y órganos sólidos. Se produce por reactivación de tuberculosis latente o ingestión de micobacterias, también en el contexto de tuberculosis pulmonar activa. Las manifestaciones clínicas incluyen fiebre, pérdida de peso, dolor, distensión abdominal, ascitis, diarrea, obstrucción abdominal o sensación de masa abdominal. La analítica suele ser normal en estos pacientes o presentar una anemia leve. Normalmente, el diagnóstico consiste en el uso de pruebas serológicas. El tratamiento es médico con fármacos antituberculosos.

Caso clínico: Paciente de 19 años natural de República Dominicana con estancia en nuestro país desde hace 1 año. Consulta en puerta de urgencias por diarreas de 2 semanas de evolución, fiebre, distensión abdominal, mal estado general y en las últimas horas sintomatología obstructiva con vómitos y cese de deposiciones. Analítica sin alteraciones destacables salvo PCR 178. A la exploración marcada distensión con matidez y dolor generalizado por lo que se realiza tomografía computarizada donde se describe dilatación de asas de intestino delgado con un cambio de calibre progresivo y engrosamiento parietal compatible con obstrucción de intestino delgado. Líquido libre en todos los compartimentos, adenopatías retroperitoneales y mesentéricas además de engrosamiento nodular de la fascia peritoneal. Esto podría ser compatible con cuadro linfoproliferativo como primera opción sin poder descartar carcinomatosis peritoneal. Dada la disociación clínica y de imagen se decide laparoscopia exploradora. Se visualiza líquido libre serohemático, abdomen bloqueado con punteado miliar y granulomatoso por toda la cavidad abdominal, diseminado por peritoneo, hígado, intestino delgado y grueso y epiplón. Recogemos citología y cultivo de líquido abdominal y se toma biopsia de un epiplón. Dados los hallazgos se nos plantea la posibilidad de estar ante TBCA con menos probabilidad de carcinomatosis peritoneal. Contactamos con servicio de infecciosas de nuestro centro para valoración del caso y pauta tratamiento empírico para TBC con realización de Mantoux positivo a las 36 horas. Posteriormente el paciente presenta mejoría clínica progresiva con menor distensión abdominal, con tránsito y correcta tolerancia oral sin vómitos, cese de la fiebre y buen aspecto general siendo dado de alta a los 7 días con tratamiento antituberculoso y seguimiento por enfermedades infecciosas. El resultado de anatomía patológica fue inflamación granulomatosa no necrotizante sin signos de infiltración neoplásica.



Discusión: La TBCA es una entidad que representa un reto diagnóstico debido a su presentación insidiosa, pudiendo manifestarse de forma aguda en forma de obstrucción intestinal. El diagnóstico puede realizarse mediante laparoscopia exploradora y toma de biopsias, complementadas con pruebas serológicas. El tratamiento de forma temprana y dirigida es fundamental. La sospecha clínica y el apoyo de la especialidad de enfermedades infecciosas es importante a la hora de plantear el tratamiento.