



## P-161 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA COMO MANIFESTACIÓN DE TUBERCULOSIS DUODENAL

M. Mogollón González, M.J. Álvarez Martín, N. Zambudio Carrol, M. Segura Reyes, A. García Navarro, C. Plata Illescas, J.L. Díez Vigil y J.A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

### Resumen

**Objetivos:** La tuberculosis (TB) gastrointestinal representa el 3-5% de todos los casos de TB extrapulmonar. La región ileocecal es el lugar anatómico más frecuentemente afectado (85%) y tan sólo en un 0,3-2,3% de los pacientes se localizará a nivel gástrico o duodenal. Presentamos un caso de obstrucción intestinal secundaria a tuberculosis duodenal con afectación ileocecal asintomática.

**Caso clínico:** Paciente de 52 años, con antecedentes personales de HTA, hipotiroidismo y espondilitis anquilosante en tratamiento con inmunosupresores. Consultó por cuadro de dolor abdominal, diarrea, vómitos y pérdida de peso de seis meses de evolución. La tomografía axial computarizada asociada a tomografía por emisión de positrones (PET-TAC) mostró dos masas hipermetabólicas con engrosamiento parietal de ciego y primera porción duodenal, sugerentes de afectación tumoral. Posteriormente, se realizó una endoscopia digestiva baja que identificó una lesión excrecente y friable a nivel de válvula ileocecal. El estudio anatomopatológico confirmó la presencia de granulomas caseificantes, iniciándose terapia antituberculosa mediante esquema RHZE. Tras dos meses de tratamiento médico, el paciente presenta mala evolución, ingresando de forma urgente por cuadro de vómitos postprandiales persistentes con pérdida ponderal importante. Se realiza endoscopia digestiva alta (EDA) evidenciándose estenosis duodenal, con biopsia que confirmó la presencia de micobacterias. Dada la imposibilidad para la ingesta oral y el empeoramiento del estado general, el paciente es sometido a laparotomía exploradora. Se evidencia importante fibrosis duodenal, siendo imposible realizar la maniobra de Kocher. Se realiza gastro-yeyunostomía manual transmesocólica con anastomosis yeyuno-yeyunal en Y. Se detecta zona de inflamación en íleon terminal que no compromete la luz de la válvula ileocecal. El paciente presentó buena evolución postoperatoria con controles correctos hasta la fecha.

**Discusión:** El diagnóstico de TB gastrointestinal en ocasiones resulta complejo, ya que los hallazgos clínicos y analíticos son inespecíficos. En casos de afectación duodenal, el paciente podrá presentar vómitos, melenas, dolor abdominal, pérdida de peso o dificultad para el vaciado gástrico. El diagnóstico diferencial ha de realizarse con entidades como la enfermedad inflamatoria intestinal, parasitosis, infecciones bacterianas o neoplasias malignas. La confirmación diagnóstica requiere demostrar la presencia de *M. tuberculosis* y/o granulomas caseificantes a partir del tejido afectado, siendo la EDA con toma de biopsia la herramienta diagnóstica más útil en estos casos. El tratamiento de primera elección será mediante fármacos antituberculosos (esquema RHEZ), reservándose el

manejo quirúrgico para pacientes que asocien complicaciones como obstrucción intestinal (1-15%), abscesos, fístulas (2-30%) o hemorragia masiva (2%). La certeza diagnóstica en pacientes con afectación por TB gastrointestinal representa en la actualidad un reto, por lo que necesitaremos de una alta sospecha clínica para lograr un adecuado diagnóstico preoperatorio. La TB gastrointestinal deberá tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes con ascitis, dolor abdominal y pérdida de peso.