



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 íleo-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 ácido-alcohol resistentes pero sí el resto de hallazgos anatomopatológicos (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 frecuentes 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

EdadPaís de origenClínica	TBC pulmonar	FFO	VHA	Análisis	TC abd	FCS
81 España Dolor abdominal, distensión abdominal, fiebre, sd. tóxico	No	-	PCR 173	mg/L VSG-77, anemia micro	Acistis moderada y tuberculación de la grasa sugestiva de carcinomatosis peritoneal	Normal
78 Perú Dolor abdominal, distensión abdominal, sd. tóxico	No	+	PCR 184 mg/L VSG-60, anemia micro	perfil hepáticoAcistis moderada y hepatopatía evolucionada		Normal
36 Nicaragua Dolor abdominal, fiebre, sd. tóxico	No	+	PCR 52 mg/L VSG-100, anemia micro	Adenopatías peritoneales, a nivel cólico y peripancreático con centro necrótico la mayor de 4 cm, otra en mesogastro de 2 cm		Normal
74 El Salvador Dolor abdominal	No	-	PCR 17 mg/L VSG-131, anemia micro	perfil hepáticoNeoplasia que afecta a la unión ileocólica, con afectación de la válvula ileocecal, de íleon distal y terminal. Pared de ciego engrosada y con retracción. Adenopatías en mesenterio ileocólico. Hepatopatía crónica: Masa vegetante mamelonada y frías, ocupando la totalidad de la luz cólica que no permite pasar del endoscopio		

Tabla 2

Edad	Laparoscopia	AP
81	Biopsia peritoneal	Inflamación granulomatosa con necrosis caseosa compatible con TBC (se observan bacilos ácido-alcohol resistentes)
78	Biopsia peritoneal	Inflamación granulomatosa no caseificante con presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes compatible con TBC
36	Exéresis adenopatías de arcada gastroepiploica	Inflamación granulomatosa con necrosis caseosa, no se identifican bacilos ácido-alcohol resistentes
74	Hemicolectomía derecha	Inflamación crónica granulomatosa necrotizante con presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes compatible con TBC, afectando a pared cólica y ganglios pericólicos extensamente