



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-661 - PERFORACIÓN INTESTINAL DE ORIGEN TUBERCULOSO: UNA CAUSA INFRECUENTE

Vázquez González, Irene; Conde Rodríguez, María; Martínez Míguez, Marta; Anguita Ramos, Francisco Javier; Vereá Varela, Sabela; Muínelo Lorenzo, Manuel; Pérez Moreiras, María Isabel; Conde Vales, Jose

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Resumen

Introducción: Presentación de un caso de perforación intestinal secundaria a infección tuberculosa en un paciente asintomático desde el punto de vista respiratorio.

Caso clínico: Hombre de 57 años en estudio por ileítis aguda ante hallazgo en TC abdominal de engrosamiento de 7 cm de íleon terminal y de ciego a nivel de válvula ileocecal, con adenopatías patológicas; ingresa por distensión abdominal y dolor cólico, anorexia y adelgazamiento con disminución de deposiciones. Se completan estudios con colonoscopia y biopsias, y TC toracoabdominopélvico, hallándose dos lesiones sospechosas de malignidad: en región ileocecal y en ángulo hepático del colon. En la biopsia aparecen granulomas con bacilos ácido-alcohol resistentes compatibles con tuberculosis intestinal. En los cultivos se aísla *M. bovis* en las biopsias del tubo digestivo y en esputo. Inicia tratamiento antituberculoso y es dado de alta. Posteriormente, reingresa por dolor abdominal súbito de horas de evolución destacando a la exploración, abdomen doloroso difusamente con defensa generalizada. Analíticamente, leucocitosis con desviación izquierda. En nuevo TC abdominal informan de neumoperitoneo difuso y pequeña cantidad de líquido libre. En flanco izquierdo, engrosamiento de un asa de intestino delgado con reticulación de grasa locorregional. Se indicó intervención urgente. A pesar de no ser bacilífero, se tomaron las medidas preventivas pertinentes. Los hallazgos intraoperatorios mostraban 3 segmentos parcheados de íleon engrosado de aspecto granuloso, con restos de fibrina, uno de ellos afectado por la perforación de 0,5 cm. Se realizó resección de intestino delgado de unos 15 cm, a 1 m de la válvula ileocecal, con anastomosis mecánica a nivel de íleon distal. La anatomía patológica mostró una macroperforación de pared intestinal en una región con granulomas caseificantes compatibles con tuberculosis conocida, plastrón seroso y serositis; hallazgos apoyados por la microbiología. Actualmente, el paciente presenta buena evolución y se encuentra asintomático. Continúa tratamiento antituberculoso y seguimiento con la Unidad de Enfermedades Infecciosas.



Discusión: La tuberculosis está en aumento en países desarrollados debido a la inmunosupresión (farmacológica, SIDA). La localización intestinal es la sexta en frecuencia de las formas extrapulmonares y es el 5% de la totalidad. Su diagnóstico diferencial con la enfermedad de Crohn supone un reto, pues un error puede conllevar resultados fatales. También ha de diferenciarse de las

neoplasias. La presentación es variada: dolor abdominal, distensión, diarrea crónica o estreñimiento, ascitis o adenopatías. También se asocia a fiebre, fatiga, pérdida ponderal y sudoración nocturna. La región más afectada es la ileocecal. Existen diferentes patrones: ulcerativo, hipertrófico y mixto. El manejo de la tuberculosis intestinal consiste en tratamiento antituberculoso, aunque puede requerir cirugía en casos de complicación. La obstrucción intestinal es la complicación más frecuente y hasta un 15% pueden presentar una perforación intestinal. El tratamiento quirúrgico debe ser lo más conservador posible. Consiste en reseca el segmento afecto y realizar, si es posible, una anastomosis primaria. En algunos casos es necesaria ileostomía o colostomía temporal. Aun así, la mortalidad puede sobrepasar el 30%.