

## Tuberculosis intestinal y/o peritoneal y su implicación en el abdomen agudo.

Intestinal and / or peritoneal tuberculosis and its involvement in the acute abdomen.

■ Ramón Briño Maricela Susana<sup>1</sup>, Maldonado Farez Vanessa Estefania<sup>1</sup>, Crespo Verdugo Hernan<sup>2</sup>, Andrade Arizaga Pedro Francisco<sup>2</sup>, Mosquera Vallejo Lorena Elizabeth<sup>3</sup>.

VOLUMEN 36 | Nº1 | JUNIO 2018

FECHA DE RECEPCIÓN: 3/10/2016  
FECHA DE APROBACIÓN: 25/4/2018  
FECHA DE PUBLICACIÓN: 15/6/2018

- 1. Médico en libre ejercicio.
- 2. Hospital Homero Castanier Crespo.
- 3. Universidad de Cuenca.

Caso | Clinical  
Clínico | Case

**Correspondencia:**  
smrb\_0212@hotmail.com  
**Dirección:**  
Machala.  
**Código Postal:**  
070102  
**Telefonos:**  
0969657513-2785052  
El Oro - Ecuador

### RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un paciente de 14 años de edad, procedente de la zona costanera, sin antecedentes patológicos, con episodios recurrentes de dolor abdominal difuso que exacerba a abdomen agudo, por lo que se decide intervención quirúrgica; durante la intervención se evidencia zonas de tejidos necrosados y zonas con tejido inflamatorio, se realiza resección de íleon terminal y hemicolectomía derecha más íleo transverso anastomosis término lateral, se envía muestras a anatomía patológica dando como resultado lesiones producidas por el bacilo de Koch, a nivel de peritoneo e intestino.

Luego de la intervención quirúrgica se da el diagnóstico y tratamiento para tuberculosis intestinal, con una evolución postquirúrgica favorable sin evidencia de complicaciones. Se añade tratamiento esquemático para tuberculosis, dado de alta a los 10 días. La tuberculosis es una enfermedad que durante años ha sido denominada como la gran simuladora, y en este caso se presentó como abdomen agudo, con necesidad de resección quirúrgica, al igual que la tuberculosis pulmonar su tratamiento está basado en antibioticoterapia para eliminación de bacilo de Koch.

**Palabras clave:** Peritonitis Tuberculosa, abdomen agudo, tuberculosis, informes de casos.

### ABSTRACT

A clinical case of a 14-year-old patient from the Cost is presented without a pathological history with recurrent episodes of diffuse abdominal pain that exacerbates acute abdomen, so a surgical intervention is decided. During the intervention, areas of necrotic tissue and areas with inflammatory tissue are evidenced, terminal ileum resection and right hemicolectomy plus transverse anastomosis lateral term are performed, samples are sent to pathological anatomy resulting in lesions produced by the Koch bacillus at the level of peritoneum and intestine.

After the surgical intervention the diagnosis and treatment for intestinal tuberculosis is given, it was observed a favorable postoperative evolution without evidence of complications. A schematic treatment for tuberculosis is added, the patient was discharged after 10 days. Tuberculosis is a disease that for years has been called the great simulator, and in this case, it was presented as acute abdomen, requiring a surgical resection, as pulmonary tuberculosis, its treatment is based on antibiotic therapy for elimination of Koch bacillus

**Keywords:** peritonitis tuberculosa, abdomen agudo, tuberculosis, case reports.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud, estima que un tercio de la población del mundo está infectado por *Mycobacterium tuberculosis*, representando esta causa el mayor número de muertes de origen infeccioso. Su incidencia es de aproximadamente 8.8 millones, dando cuenta de alrededor de 1,5 millones de muertes anuales. (1)

De acuerdo a los datos reportados del Ministerio de Salud Pública en el Ecuador en el 2010 los casos detectados correspondieron a 5361. (2) La forma de Tuberculosis diagnosticada con más frecuencia es la Tuberculosis Pulmonar, la cual representa el 83% de los casos (3).

Debido al aumento en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, el envejecimiento de la población, el mayor uso de fármacos inmunosupresores, la inmigración desde áreas endémicas y la aparición de cepas resistentes de *Mycobacterium tuberculosis*, ha habido un aumento de las presentaciones extrapulmonares (4).

La tuberculosis abdominal representa el 11% de todas las formas extrapulmonares y el 0,5 % de todos los casos nuevos de Tuberculosis, suelen presentarse clínicamente de manera inespecífica, por lo cual el diagnóstico sólo se logra por medio de imágenes o métodos invasivos para la obtención de tejido (5).

Las formas extrapulmonares más frecuentes diagnosticadas son la Tuberculosis ganglionar y la pleural, aunque también puede haber afectación osteoarticular, miliar, meníngea, y abdominal. Aunque la afectación pulmonar se ve en menos de 50% de los pacientes con tuberculosis intestinal (3).

El primer caso reportado de tuberculosis peritoneal data en 1843 (6).

La forma abdominal puede involucrar cualquiera de sus órganos, principalmente peritoneo, intestino y nódulos linfáticos mesentéricos (3), puede manifestarse como un dolor abdominal agudo por lo que debería considerarse en el diagnóstico diferencial del mismo, pues puede simular un dolor agudo tipo inflamatorio parecido al de apendicitis aguda y semejantes.

La tuberculosis intestinal se manifiesta con síntomas muy vagos, no obstante, no debe ser omitida dentro del diagnóstico diferencial del dolor abdominal crónico. Por lo tanto, siendo sus síntomas inespecíficos los que retarden un diagnóstico oportuno y acertado, constituyendo las complicaciones agudas la principal

forma de diagnóstico y teniendo muchas veces en pacientes inmunocomprometidos, un curso fatal (8).

La tuberculosis intestinal puede ser primaria o secundaria, en la variedad primaria no hay lesiones tuberculosas en otros órganos y la infección se adquiere mediante la ingestión de productos lácteos contaminados con bacilo tuberculoso bovino. La tuberculosis intestinal secundaria es la que aparece en enfermos de tuberculosis pulmonar en quienes el intestino se contamina por la deglución de esputo contaminado con el bacilo de Koch. Otras vías de infección en la patogenia de la enteritis tuberculosa son la diseminación hematológica y la extensión directa a órganos vecinos (9).

La tuberculosis intestinal puede presentarse como obstrucción intestinal, la incidencia más alta de la enfermedad se observa a nivel intestinal hasta en 50% y en peritoneo 43%, seguida de nódulos linfáticos mesentéricos 7%. En el aparato digestivo, la región ileocecal es el sitio más común representando un 42% de los casos, seguida por yeyuno-íleon 35% y la afectación colónica un 12% (3).

En la tuberculosis ileocecal el paciente presenta dolor abdominal tipo cólico, aumento de los ruidos intestinales y vómito. Frecuentemente, se puede palpar una masa en el cuadrante inferior derecho del abdomen. La mayor complicación de la tuberculosis en esta zona es la obstrucción debida al estrechamiento de la luz intestinal, ya sea por tuberculosis de presentación hiperplásica, estenosis o adherencias (10).

Las lesiones hipertróficas aparecen en el 10% de los pacientes y se manifiestan en forma de cicatrices, fibrosis y masas apiladas que parecen un carcinoma.

## PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 14 años de edad, sexo masculino que acude tras presentar cuadro clínico de 1 mes de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso que al momento del ingreso en el departamento de emergencia se localiza en fosa iliaca derecha e hipogastrio. Se realiza ecografía abdominal que reporta: Imagen compatible con plastrón apendicular, por lo que este cuadro es catalogado como plastrón apendicular siendo observado y tratado como tal durante 3 días y dado de alta en mejores condiciones.

Paciente es reingresando a las 24 horas por exacerbación del dolor abdominal el mismo que va acompañado de signos de inflamación peritoneal, lo que configuró el diagnóstico de abdomen agudo inflamatorio. Al examen físico se evidencia dolor

y resistencia abdominal en región de fosa iliaca derecha Mcburney positivo, psoas positivo, ruidos hidroaéreos conservados.

**TABLA N° 1**  
 Presentación cronológica de la tuberculosis intestinal.

FECHA	EVENTO
24/04/2017	Inicio del dolor abdominal difuso
20/05/2017	Dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha e hipogastrio por lo que acude al servicio de emergencia
20/05/2017	Ecografía abdominal : Imagen compatible con plastrón apendicular
20-22/05/2017	Hospitalizado con tratamiento respectivo
23/05/2017	Re-ingreso con dolor abdominal.,+ resistencia abdominal en región de fosa iliaca derecha MCBURNEY positivo, psoas positivo, ruidos hidro-aéreos conservados. Signos de inflamación peritoneal
24/05/2017	Biometría: leucocitosis, neutrofilia
25/05/2017	Laparotomía exploratoria+apendicectomía+heliclectomía derecha+anastomosis ileotransversa
26/05/2017	Resultado de anatomía patológica sugiere tuberculosis intestinal
26/05/2017	Inicio de tratamiento específico para tuberculosis 2 meses de Isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol y 4 meses de Isoniazida y rinfampicina
02/06/2017	Dado de alta en mejores condiciones

Fuente: Historia clínica Elaboración: La autores

**Biometria 24/05/16:** Glóbulos blancos: 17.900 / mm<sup>3</sup>; Neutrófilos: 81.3%; Linfocitos: 10.2 %  
**Química sanguínea 24/05/16:** Sodio: 128 mEq/l, Glucosa en Ayunas 116 mg/dl; Urea: 11mg/dl, Creatinina: 0.47mg/dl  
**Evolución: 25/5/2016**

Se realiza laparotomía exploratoria donde se encuentra liquido libre 200 mililitros, lesiones arrosariadas de 0.3 a 0.5 milímetros múltiples, dispersas en epiplón, mesenterio que avanzan hacia la luz del intestino delgado y colon transverso, asa intestinal con siembra infiltrativa de las lesiones antes descritas. Masa tumoral de 20 cm X 10 cm en base que incluye mesenterio proximal a la región íleo cecal y marco cólico derecho (imagen 1). Apéndice cecal está incluida en el bloque lesionado.

Se realiza resección de íleon terminal y hemicolectomía derecha más íleo transverso anastomosis término lateral (imagen 2); en razón de que las lesiones descritas comprometen en alto grado la vascularización regional y por la presencia de zonas de necrosis locales (imagen 3), tanto a nivel

de mesenterio como de la pared intestinal.

La evolución post operatoria transcurre dentro de los parámetros normales al cuarto día el paciente recobra su motilidad intestinal y tolera la dieta adecuada para el caso, siendo dado de alta (02/06/2016), en buenas condiciones y con el tratamiento específico para tuberculosis que se instauró el día (26/5/2016) una vez que se conoció el resultado anatomopatológico que transcribimos:

#### **ANATOMÍA PATOLÓGICA**

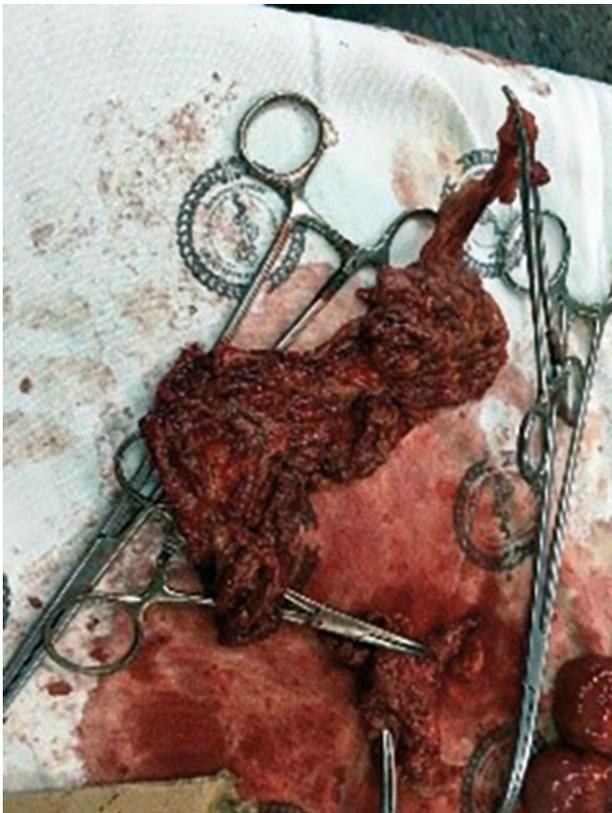
**Muestra:** íleon, apéndice, colon, epiplón mayor y mesenterio

Los cortes histológicos muestran ganglio linfático con extensas zonas de necrosis tipo geográfica y caseiforme rodeadas por histiocitos, células gigantes multinucleadas tipo tuton, cuerpo extraño y Langhans.

Diagnóstico: Conglomerado ganglionar para intestinal, linfadenitis crónica granulomatosa con necrosis de caseificación sugestivas de tuberculosis, implantes granulomatosos en serosa de colon ascendente, transverso y epiplón. Apendicitis aguda supurativa.

### Imagen 1.

Hemicolon derecho: Colon ascendente, mitad derecha del colon transverso y apéndice, además del mesenterio adyacente sobre todo contiguo al íleon terminal y mesocolon derecho que está muy engrosado, resalta el hecho que las lesiones producen gran engrosamiento de la pared y disminución de la luz.



Fuente: Directa del caso. Elaboración: Los autores

### Imagen 2.

Segunda pieza con corte longitudinal donde se ven ulcerasgranulomas y un gran engrosamiento de toda la pared que evidencia comprometimiento de la luz intestinal, además se nota ya un grado avanzado de necrosis tisular.



Fuente: Directa del caso. Elaboración: Los autores

### Imagen 3.

Hemicolon derecho abierto, en su parte proximal se nota una lesión más engrosada y proliferativa y donde hay signos infecciosos que sugieren absceso y en la zona en donde había más compromiso.



Fuente: Directa del caso. Elaboración: Los autores

## DISCUSIÓN

El presente caso ilustra la definición de la tuberculosis como la gran simuladora; pues si bien la forma clínica pulmonar es la más frecuente y constituye un verdadero problema de salud pública las otras localizaciones también tienen prevalencia importante y entre ellas las formas intestinales y/o peritoneales; que pueden producir lesiones importantes tanto a nivel visceral como del peritoneo bajo diversas formas clínicas.

El aspecto macroscópico de la tuberculosis intestinal se ha dividido en las tres categorías siguientes:

1. Seven lesiones ulceradas en el 60% de los pacientes y consisten en múltiples lesiones superficiales limitadas en gran medida a la superficie epitelial.
2. Las lesiones hipertróficas aparecen en el 10% de los pacientes y se manifiestan en forma de cicatrices, fibrosis y masas apiladas que parecen un carcinoma.
3. Las úlceras hipertróficas se ven en el 30% de los pacientes y en ellas se combinan las úlceras mucosas con la fibrosis y la formación de cicatrices.

Los síntomas y signos de la Tuberculosis digestiva son inespecíficos: dolor abdominal difuso y leve, diarrea, vómitos, pérdida de peso, fiebre, anorexia, sudoración nocturna. El dolor abdominal difuso y crónico se presenta en el 80- 90% de los pacientes, por tal motivo el diagnóstico precoz es difícil. E incluso debutar con cuadro de abdomen agudo [5]. En Costa Rica se publica un caso de una paciente de sexo femenino de 29 años de edad, que acude con cuadro clínico de 7 meses de evolución caracterizado por pérdida de peso, malestar general, tos no productiva y fiebre; se diagnostica de tuberculosis

pulmonar iniciando esquema antifímico, súbitamente presenta dolor a nivel de epigastrio abdomen con resistencia muscular y doloroso a la palpación en fosa iliaca izquierda. Se realiza intervención quirúrgica realizándose rafia por hallazgos de perforación de vísceras, además se realiza apendicetomía abierta por diagnóstico de Apendicitis Granulomatosa compatible con tuberculosis (3).

En Argentina se publica un caso de 31 años, que consultó en varias oportunidades en septiembre de 2012 por dolor abdominal inespecífico, diarrea y pérdida de peso. Ingresó con exacerbación de dolor abdominal y se realizó laparotomía constatándose peritonitis generalizada, múltiples estenosis segmentarias en yeyunoíleon y 2 perforaciones intestinales a 40 y 50 centímetros del asa fija, continuándose tratamiento antituberculoso (4).

En México se reporta el caso de una paciente con oclusión intestinal por neoplasia intraluminal de íleon terminal, la paciente refirió padecer dolor abdominal tipo cólico, difuso, a veces más localizado en el hipocondrio derecho, que se desencadenó y exacerbó con la ingestión de alimentos. Ingresó al hospital por exacerbación de síntomas y signos de irritación peritoneal; siendo intervenida quirúrgicamente. Se le reseccionó de 30-40 cm de íleon terminal, a 40 cm de la válvula ileocecal, con anastomosis término terminal. Se le encontraron tres pequeños tumores de crecimiento intraluminal, concéntricos, que bloqueaban la luz en el 90%. En los hallazgos histopatológicos la descripción microscópica: numerosos granulomas con necrosis caseosa e histiocitos epitelioides. Se observan células gigantes, multinucleadas, de tipo Langhans. Diagnóstico: tuberculosis intestinal (11).

Puntualmente siempre que exista un abdomen agudo inflamatorio y más aún si no está clara su etiología ante esta duda habrá que pensar en la posibilidad de la etiología fímica. Pues la misma en el transcurso de su evolución podría presentarse como un dolor abdominal que amerite resolución quirúrgica.

La técnica laparoscópica o laparotomía es considerada como la principal vía de abordaje intraperitoneal que no sólo garantiza la correcta visualización de la cavidad peritoneal, sino la toma de muestra para análisis histopatológicos (12).

En una serie de 212 pacientes, Chalya y col describen los siguientes procedimientos quirúrgicos realizados por complicaciones agudas de TB intestinal: adhesiolisis (58,5%), resección segmentaria con anastomosis término-terminal (26,4%), hemicolectomía derecha con ileotransverso-anastomosis (6,6%), rafia intestinal

simple (5,7%), laparotomía exploradora con biopsia (3,8%), apendicectomía (2,8%), esplenectomía (1,9%), ileostomía (0,5%), estricturoplastia (0,5%) (13).

De acuerdo a lo expuesto permite justificación de la laparotomía exploratoria y resección intestinal junto al respaldo del estudio anatomopatológico, por la extensa lesión infiltrativa, necrosis parenquimatosa e involucramiento de íleon terminal y colon derecho que comprometía y hacía temer su viabilidad.

## CONCLUSIÓN

La tuberculosis intestinal o peritoneal puede simular un cuadro de abdomen agudo inflamatorio, esta localización muchas veces no va acompañada de un foco pulmonar infeccioso. Por lo tanto, la inclusión de esta enfermedad dentro de las posibles causas de abdomen agudo es indispensable al momento del diagnóstico. Siendo su sitio de más frecuente localización la región ileo-cecal y colon derecho.

El diagnóstico puede ser demostrado durante la intervención quirúrgica y estudios de anatomía patológica, que revelan características propias de la infección por *Mycobacterium tuberculosis*.

Puntualizamos que la apendicitis aguda es un hallazgo constante por lo que es este diagnóstico una causa frecuente de laparotomía exploratoria.

El tratamiento médico debe iniciarse inmediatamente al diagnóstico de acuerdo al esquema respectivo, con pronóstico favorable.

## INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Ramón Brito Maricela Susana. Médica. Médico en libre ejercicio.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9910-973X>

- Maldonado Farez Vanessa Estefania. Médico General. Médico en libre ejercicio.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3318-4056>

- Crespo Verdugo Hernan. Cirujano. Hospital Homero Castanier Crespo  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5892-1716>

- Andrade Arizaga Pedro Francisco. Cirujano. Universidad de Cuenca.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2485-5591>

## CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

La contribución de los cirujanos se da durante los procedimientos quirúrgicos y la explicación científica de cada evento hasta el momento del diagnóstico. Los análisis bibliográficos, estructuración de artículo, búsqueda de información, recolección de imágenes e historia clínica son realizados por los

medicos generales. Revisión esquemática del caso clínico y respaldo bibliográfico a contribución de la magister en salud pública.

## CONFLICTO DE INTERESES

Ningún conflicto de interés.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tapia E. Tuberculosis intestinal secundaria: hallazgos morfológicos en un caso con desenlace fatal. *Int. J. Morphol* 2012 ; 30(1) pag:347-353
2. MSP: Ministerio de salud Pública del Ecuador. (internet) citado(7 julio 2016) Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/>
3. Cruz S. Brenes N. Tuberculosis peritoneal e intestinal Informe de un caso y revisión de la literatura. *Rev Med Cost Ric* 2014 ;71 (610) pag: 195 – 201
4. Ferradas F. Rocha G. Thea M. Tuberculosis intestinal, caso clínico quirúrgico y revisión bibliográfica. *Rev Posgr Vía Cátedra Med* 2014; 216.
5. Aranda E. Luján A. Zago D. Abdomen agudo perforativo por tuberculosis intestinal. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2015;(45) pag: 312-315.
6. Landetta GJ, Alvarez y Pérez V, Rodea H, Fernández HE, Gutiérrez Vega R. Vólvulo de sigmoide asociado a tuberculosis peritoneal. *Rev Med Hosp Méx* 1999; 62 (1):54-9
7. Aguilar C. Oclusión intestinal secundaria a tuberculosis. Comunicación de un caso y revisión de la bibliografía. *Med Int Mex* 2009;25(2) pag:169-172.
8. Tapias L. Santamaria C. Tapias L. Perforación de íleon terminal y ciego causada por tuberculosis intestinal en un paciente positivo para VIH. *Rev Colomb* 2010; (25) pag: 332-340.
9. Marcos S. Borrego S. Martínez M. Tuberculosis ileocecal en hemodiálisis simulando un carcinoma de colon. *Rev Nefro* 2001; 21(3) pag: 314-317
10. Elisabet E, Luján A, Enrique D. Abdomen agudo perforativo por tuberculosis intestinal. *Gastroenterol Latinoam* 2015;45, pag: 312-315
11. Ortiz J. Reyes M. Sánchez R. Tuberculosis gastrointestinal. *Asociación Mexicana de Cirugía General* 2002; 24 (1) pag: 66-71
12. Gómez E. Carreño D. Cañón D. Tuberculosis intestinal: reporte de caso y revisión de la literatura. *Infectio*. 2012;16(3) pag: 178-182
13. Chalya P, Mchembe M, Mshana S, Rambau P, Jaka H, Mabula J. Clinicopathological profile and surgical treatment of abdominal tuberculosis: a single centre experience in northwestern Tanzania. *BMC Infect Dis* 2013; 13: 1-9.