

Cirugía y Cirujanos

Volumen **71**
Volume

Número **6**
Number

Noviembre-Diciembre **2003**
November-December

Artículo:

Estenosis duodenal secundaria a tuberculosis. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- 👉 *Contents of this number*
- 👉 *More journals*
- 👉 *Search*



Medigraphic.com

Estenosis duodenal secundaria a tuberculosis. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Dr. Felipe Robledo-Ogazón,* Acad. Dr. Juan Mier y Díaz,*
Dr. Aldo Alvarado-Aparicio,** Dra. Adriana Vargas*

Resumen

Las infecciones por tuberculosis alcanzaron dimensiones epidémicas a mediados del siglo pasado; inesperadamente en la actualidad se ha detectado un aumento en el número de casos nuevos cada año, hasta alcanzar cifras alarmantes para la Organización Mundial de la Salud. Una de las presentaciones poco frecuentes es la tuberculosis intestinal, especialmente la que afecta al duodeno y como complicación, la estenosis. El diagnóstico es difícil por la similitud de esta patología con otros trastornos gastrointestinales. Se han propuesto tratamientos médicos y quirúrgicos para resolver esta patología. Por su rareza, dificultad diagnóstica y controversia en su manejo, presentamos el caso de un paciente con diagnóstico de estenosis duodenal por tuberculosis atendido en el servicio de cirugía gastrointestinal de nuestro hospital.

Palabras clave: Tuberculosis intestinal, estenosis, constricción patológica.

Summary

Infections caused by tuberculosis reached epidemic dimensions in the middle of the last century. Unexpectedly in the present, a growing number of new cases has been detected each year, reaching alarming figures, according to the World Health Organization. One of the most infrequent manifestations is intestinal tuberculosis, specially the one that affects duodenum and as a complication, stenosis. Its diagnosis is difficult because of similarity of this pathology with other gastrointestinal dysfunctions. Medical and surgical treatments have been proposed to afford a solution to this pathology. Due to its rareness, and the diagnostic difficulty and controversy in its treatment, we present the case of a patient diagnosed with duodenal stenosis caused by tuberculosis who was treated at the Gastrointestinal Surgery Service in our hospital.

Key words: Gastrointestinal tuberculosis, stenosis, pathologic constriction.

Introducción

De los datos que resaltan con relación a la prevalencia actual de la tuberculosis (TB), destacan los de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que informa en 1996 que alrededor de un tercio de la población mundial está infectada por *Mycobacterium tuberculosis*, con la presencia de 8 millones de nuevos casos reportados y 3 millones de defunciones anuales^(1,2).

La TB es también responsable de 7 a 18% de las muertes previsible en el adulto. Es de llamar la atención, además, que la mayoría de estos eventos sucede en los países desarrollados, como EUA, Rusia, países escandinavos, Suiza e Inglaterra. Por la forma tan importante de su diseminación y distribución mundial, es que la OMS considera actualmente al crecimiento de la infección por tuberculosis de proporciones epidémicas^(1,2).

La TB es una enfermedad que afecta cualquier parte de la economía del cuerpo humano, mencionándose que su control con agentes quimioterápicos es adecuado, llegando en ocasiones a la curación total, sin embargo, es bien conocido que las lesiones anatómicas ocasionadas por esta infección son en muchas ocasiones irreversibles, por lo que a veces es necesaria la extirpación del órgano afectado⁽²⁾.

Tal situación se ha mencionado especialmente con relación a las estenosis de diferentes segmentos intestinales, las cuales son secuelas de esta infección. Dentro de ellas, las zonas más afectadas son: íleon terminal, región ileocecal y en menor grado el yeyuno, así como colon en sus diferentes segmentos. De las distintas regiones del tubo gastrointestinal, el duodeno, al parecer es la menos afectada, existiendo en la literatura hasta el año de 1997 pocos casos reportados

Servicio de Cirugía Gastrointestinal. Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. México D.F.

* Médico adscrito.

** Cirujano en Postgrado en Cirugía Gastrointestinal.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Felipe Robledo Ogazón.

Camino a Sta. Teresa 1055-217.

México, D.F. C.P. 10700 Magdalena Contreras.

Tel. 5652-6586. E-mail: faro@att.net.mx

Recibido para publicación: 14-10-2003.

Aceptado para publicación: 31-10-2003.

(Rohner HG 1982, Glinsky 1983, Mani 1996, Naouri y Menecier 1997)^(3,4,5,6).

Presentación del caso

Se trató de un paciente masculino de 22 años de edad que ingresó a nuestro hospital procedente del estado de Chiapas por pérdida de peso de 14 kg en 3 años, a consecuencia de vómito persistente, sin antecedentes patológicos de importancia. Inicia su padecimiento con dolor abdominal, localizado en el cuadrante superior izquierdo, de tipo intermitente, acompañado de vómito postprandial en un inicio ocasional y que después incrementó su frecuencia hasta presentarse diariamente.

Es tratado médicamente en su hospital regional como enfermedad ácido-péptica, con bloqueadores H₂, dieta y antiácidos en gel durante un mes, con mala respuesta al tratamiento. En este mismo hospital, se le realizó panendoscopia, y se estableció el diagnóstico de estenosis duodenal probablemente péptica vs maligna. Por la pérdida tan importante de peso que presentó, es enviado a nuestro hospital para manejo de su desnutrición y la posibilidad de tratamiento quirúrgico de la estenosis duodenal.

A su ingreso, el examen físico mostró signos vitales normales, palidez de tegumentos, pérdida de masa muscular generalizada, cabeza y cuello sin alteraciones, tórax normal y abdomen sin alteraciones relevantes. Los hallazgos de laboratorio con biometría hemática, química sanguínea y pruebas de función hepática normales; no se realizó determinación de VIH. Radiografías simples de tórax y abdomen sin alteraciones.

Evolución

El paciente fue internado en nuestro hospital en donde se inició apoyo nutricional parenteral. Se efectuó además nueva endoscopia de tubo digestivo alto, encontrándose bulbo duodenal dilatado y estenosis no franqueable al inicio de la segunda porción del duodeno, se tomaron biopsias con resultado de duodenitis crónica granulomatosa con actividad. Se realizó además una serie esófago gastroduodenal (SEGD), encontrando dilatación gástrica importante, estenosis de la segunda porción del duodeno de aproximadamente 4 cm de longitud con nodulaciones en su pared y engrosamiento de pliegues (Figura 1), con paso del material de contraste filiforme. La tomografía computada de abdomen mostró dilatación del bulbo duodenal, no se observaron adenomegalias ni masas ocupantes de espacio.

Con sospecha de Dx etiológico de Tb, se efectuó además prueba serológica de PPD la cual fue positiva, por lo que se realizó nueva endoscopia con toma de nuevas biopsias del sitio de la estenosis. Unas se enviaron a pruebas de PCR

para *Mycobacterium tuberculosis* con resultado positivo y otras a patología para detección histológica específica del *Mycobacterium*, con resultados negativos. Es importante señalar que todas las muestras para búsqueda de BAAR en orina, esputo y heces que se obtuvieron, fueron negativas.

Con base en los hallazgos clínicos, radiológicos, endoscópicos, serológicos e histológicos se estableció el diagnóstico de estenosis duodenal por tuberculosis.

El paciente había sido enviado a nuestro hospital para ser intervenido quirúrgicamente a consecuencia de la estenosis duodenal.

Esta posibilidad se mantuvo a la expectativa una vez que se estableció el diagnóstico etiológico de dicha estenosis a pesar de ser ésta de más de 90%.

Su manejo fue inicialmente desde el punto de vista nutricional con nutrición parenteral total y manejo antifímico con esquema triple a base de isoniacida, rifampicina y etambutol a dosis convencionales. A las dos semanas del tratamiento, la sintomatología desapareció (náusea, vómito y malestar general) y el paciente inició la tolerancia a la vía oral a líquidos y posteriormente a sólidos. Por este motivo decidimos realizar una nueva SEG D con la inquietud de observar cambios en la zona estenosada. Es importante mencionar que la nueva SEG D realizada a los 30 días posttratamiento no mostró cambios significativos con relación a la previa ya descrita (Figura 2).

El paciente fue egresado con tolerancia a la vía oral y con tratamiento antifímico establecido por un período de 18 meses, presentando una evolución satisfactoria, con ganancia ponderal de 10 kg. Nueva SEG D 18 meses después mostró apertura del duodeno y paso adecuado del medio de contraste (Figura 3), encontrándose el paciente a la fecha asintomático.

Comentario

Con la reciente reaparición de las infecciones tuberculosas, se ha tomado un especial interés en la tuberculosis abdominal porque está siendo cada vez más frecuente y su presentación clínica puede simular varias patologías gastrointestinales que en su mayoría son difíciles de diagnosticar antes de la cirugía.

Más de la mitad de los casos de tuberculosis intestinal se presenta en pacientes con infección por VIH^(3,7). Llama la atención que de los casos que se presentan en Estados Unidos 86% de pacientes son inmigrantes que provienen de México y Centroamérica⁽⁷⁾.

La tuberculosis intestinal incluye infección del tracto gastrointestinal, peritoneo, mesenterio, ganglios linfáticos, hígado, bazo y páncreas⁽¹⁾. Los sitios más frecuentes de afectación son el íleon, región ileocecal, y menos comúnmente el duodeno^(1,3). La tercera porción del duodeno es la más afectada⁽⁴⁾. Es poco frecuente que la infección por *Mycobacte-*

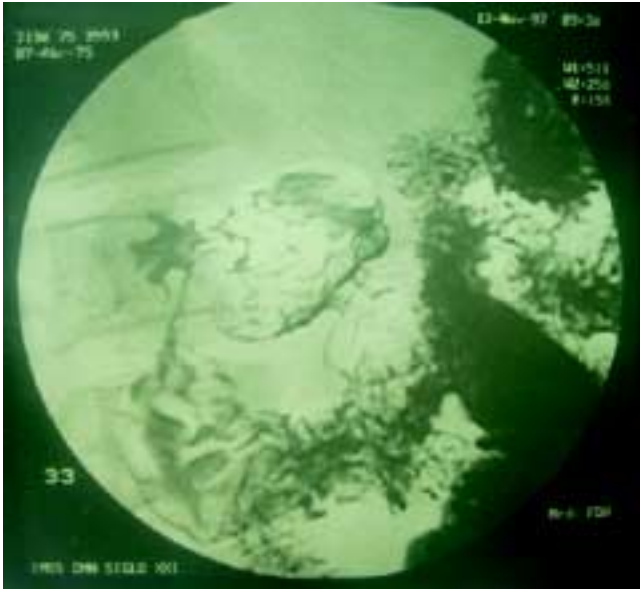


Figura 1. SEGD con diagnóstico de estenosis duodenal.

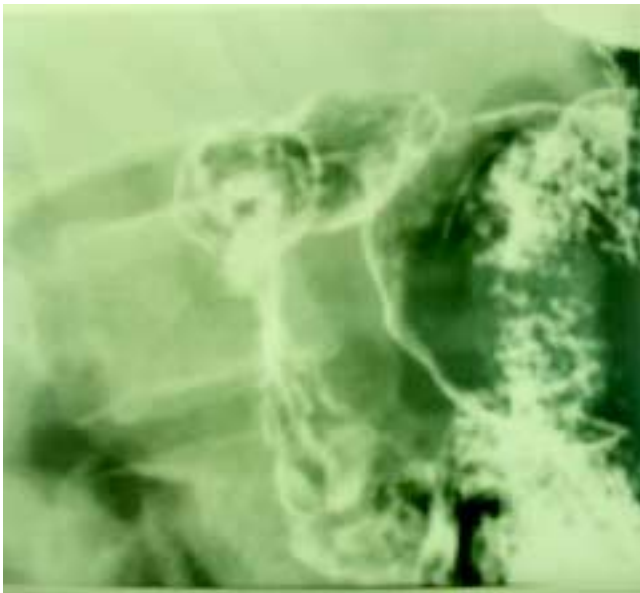


Figura 2. SEGD a 30 días del tratamiento antifímico.

rium tuberculosis se presente en la parte alta del tubo digestivo con una de sus complicaciones, la estenosis.

Los mecanismos por los cuales la tuberculosis intestinal ocurre son: 1) deglución de esputo infectado en una tuberculosis pulmonar activa, 2) ingestión de leche contaminada (poco frecuente por la pasteurización), 3) vía hematógena por diseminación en tuberculosis pulmonar, miliar o bacteriemia silente, 4) extensión directa por órganos adyacentes⁽³⁾.

Hay tres tipos de presentación microscópica de tuberculosis intestinal. La forma ulcerativa es más frecuente en íleon y yeyuno, y se presenta como adelgazamiento de la pared intestinal con tuberosidades en la serosa y linfadenomegalia regional. En la forma hiperplásica, con una reacción fibroblástica de la submucosa y subserosa que causa adelgazamiento de la pared, además inflamación del mesenterio adyacente y ganglios linfáticos que forman una masa. El tipo esclerótico o úlcero-hipertrófico presenta fibrosis con pequeñas estenosis simples o múltiples, que pueden ser localizadas o distribuidas a lo largo de todo el intestino^(1,3).

De los casos que aparecen en la literatura, la estenosis se presenta en cualquier parte del organismo como complicación de esta infección (bronquios, esófago, vía biliar, intestino delgado y colon, etc.). Sin embargo, la localización en el duodeno es rara y su diagnóstico es en ocasiones difícil debido a la gran variedad de patologías que pueden obstruir o estenotar esta región con mayor frecuencia, ejemplo: enfermedad ácido péptica, cáncer, Crohn, etc. Por lo que éste requiere de un alto índice de sospecha. Se menciona que ante la presencia de una estenosis en el tubo digestivo y estando en un país o zona endémica, la etiología por tuberculosis deberá ser descartada. Las lesiones pueden ser tanto intrínsecas como extrínsecas, por lo que algunas veces la



Figura 3. SEGD a 18 meses, que muestra apertura duodenal.

estenosis o compresión duodenal es debida al aumento de tamaño de los ganglios linfáticos periduodenales⁽⁴⁾.

Los síntomas principales son dolor abdominal (85%), pérdida de peso (66%) y diarrea (20%)⁽¹⁾. En algunos pacientes (25%) es posible palpar una masa abdominal, especialmente en la región ileocecal⁽¹⁾. En tuberculosis duodenal es posible palpar una masa epigástrica en 33% de los casos. La tuberculosis pulmonar activa puede estar presente en 10 a 50% de los pacientes⁽⁸⁾.

A pesar de todos los esfuerzos, en ocasiones es muy difícil aislar *Mycobacterium* ya sea por cultivos y/o biopsias, siendo que en ocasiones esto es imposible, por lo que cuando existe la sospecha clínica, está indicada la terapéutica anti-tuberculosa de prueba^(1,3,7,9,10).

Es difícil diferenciar entre tuberculosis intestinal y la enfermedad de Crohn, porque la presentación clínica, patológica, radiológica y endoscópica son similares^(10,11). Se reporta que 40 a 50% de los pacientes con tuberculosis colónica pueden ser confirmados por colonoscopia y biopsia^(10,11). Las biopsias son de valor diagnóstico limitado en la diferenciación entre tuberculosis y la enfermedad de Crohn; es de mayor utilidad la prueba de reacción de cadena de polimerasa (PCR) para el diagnóstico de tuberculosis y su diferenciación de otras patologías⁽¹¹⁾.

De una serie de 30 casos, 22 se presentaron con síntomas de obstrucción, mientras que ocho casos mostraron principalmente síntomas dispépticos⁽⁸⁾.

Otro de los aspectos que es de llamar la atención es la rápida desaparición de la sintomatología, principalmente el vómito, al poco tiempo del inicio de la terapéutica específica no obstante que los cambios anatomopatológicos (estenosis) aún no se revierten, dando oportunidad a un mejor manejo tanto dietético como de medicamentos orales. Algunos reportes indican que 90% de pacientes con tuberculosis abdominal no complicada responden efectivamente a la terapia medicamentosa^(3,7,4), o sea que aproximadamente 10% necesitará cirugía⁽⁹⁾. Estudios recientes reportan 40% de pacientes con complicaciones que requieren cirugía y hasta 40% de mortalidad⁽⁷⁾.

Es también importante señalar que estos cambios sí se dan y llegan a recuperar la anatomía normal del órgano le-

sionado, en este caso el duodeno, al cabo de 18 meses de tratamiento.

Existen algunos reportes aislados de manejo endoscópico de la estenosis a base de balones neumáticos o dilatadores mecánicos con resultados al parecer favorables⁽¹²⁾.

Por último, deseamos hacer énfasis en que el tratamiento quirúrgico de este tipo de lesiones estenóticas deberá estar reservado a aquellos pacientes que una vez establecido el diagnóstico etiológico y llevado a cabo tratamiento médico específico, no responden a él y persisten con síntomas obstructivos. En este caso en particular, el paciente no se sometió a cirugía y su evolución y recuperación fue total. El éxito en el tratamiento médico reside en realizar oportunamente el diagnóstico y administrar los medicamentos lo antes posible.

Referencias

1. Niall O, Aston MA, Chir M. Abdominal tuberculosis. *W J Surg* 1997;21(5):492-499.
2. Perelman MI. Surgery of tuberculosis: State of the art. *World J Surg* 1997;21(5):455-456.
3. Marshall JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. *Am J Gastroenterol* 1993;88(7):989-996.
4. Mani S, Rananavare R. Duodenal tuberculosis. *Eur J Radiol* 1996; 23(2):102-3.
5. Naouri C, Menecier P, Naouri A, Levenq P. Duodenal tuberculosis: a difficult diagnosis. *Presse Med* 1997;24;26(17):805-806.
6. Rohner HG, Muller-Wallraf R, Wienbeck M. Tuberculosis stenosis of the duodenum. *Leber Magen Darm* 1992;12(6):245-248.
7. KO CY, Schmith PJ, Petrie B, Thompson JE. Abdominal tuberculosis: the surgical perspective. *Am J Surg* 1996;62:865-868.
8. Gupta SK, Jain K, Gupta AP, et al. Duodenal tuberculosis. *Clin Radiol* 1988;159-161.
9. Anand BS, Nanda R, Sachdev GK. Response of tuberculosis stricture to antituberculous treatment. *Gut* 1988;29:62-69.
10. Pulimood AB, Ramakrishna BS, Kurian G, Peter S, Patra S, Mathan VI, Mathan MM. Endoscopic mucosal biopsies are useful in distinguishing granulomatous colitis due to Crohn's disease from tuberculosis. *Gut* 1999;45(4):537-541.
11. Gan HT, Chen YQ, Ouyang Q, Bu H, Yang XY. Differentiation between intestinal tuberculosis and Crohn's disease in endoscopic biopsy specimens by polymerase chain reaction. *Am J Gastroenterol* 2000; 97(6):1446-51.
12. Vij JC, Armes GN, Choudhary V, Malhorta V. Endoscopic balloon dilatation of tuberculosis duodenal strictures. *Gastrointest Endosc* 1992;38:510-511.

