

Abdomen agudo por perforación de íleon secundario a tuberculosis intestinal

José Luis Elizondo Hinojosa,* Antonia Pérez Islas,* Alejandro Barenque Martínez,* Gerardo Sinue Rodríguez Martínez,* Noel Lázaro Vargas,** Ricardo Balcazar Vázquez,* José Rafael Peñavera Hernández***

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente que padece de tuberculosis pulmonar y genitourinaria desde hace cuatro años. Acude al Servicio de Urgencias del Hospital Juárez de México con síndrome abdominal agudo de tipo inflamatorio por probable perforación intestinal.

Se practicó laparotomía exploradora, encontrando material intestinal purulento libre en la cavidad abdominal y múltiples perforaciones pequeñas en el íleon a cincuenta centímetros de la válvula ileocecal. El colon ascendente estaba eritematoso, edematizado y friable.

Palabras clave: Tuberculosis intestinal, perforación de íleon.

ABSTRACT

The case of a patient who suffered pulmonary and genitourinary tuberculosis during about four years ago is presented. He attends to the Urgency Service of the Hospital Juárez (Mexico City) with symptoms of inflammatory acute abdominal syndrome probably due to intestinal perforation.

Exploratory laparotomy was performed; free purulent intestinal material in abdominal cavity and multiple small perforations in ileon from 50 cm to ileocecal valve were found. Eritematous, edematized and friable ascendent colon was observed.

Key words: Intestinal tuberculosis, ileal perforation.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 33 años, soltero, de ocupación albañil escolaridad primaria y religión católica, originario y residente de México, D.F.

Antecedentes heredofamiliares

Padre muerto por complicaciones de cirrosis hepática por alcoholismo. Madre viva con diabetes mellitus tipo 2. Hermano muerto por complicaciones de diabetes mellitus tipo 2 y cirrosis hepática por alcoholismo. Cinco hermanos vivos y aparentemente sanos.

Antecedentes personales no patológicos

Cohabita con hermana en medio urbano, cuentan con todos los servicios intra y extradomiciliarios, hacinamiento

(+), zoonosis (+) tres perros, hábitos higiénico-dietéticos deficientes. Tabaquismo (+) de una cajetilla diaria por 15 años, el cual suspendió hace tres años; alcoholismo (+) llegando a la embriaguez cada tercer día por 15 años que suspendió hace tres años. Niega inicio de vida sexual activa.

Antecedentes personales patológicos

Enfermedad ácido péptica de cuatro años de evolución, sin tratamiento establecido. Hace cuatro meses se le diagnosticó en el Servicio de Neumología de nuestro hospital tuberculosis pulmonar y genitourinaria e inicio tratamiento con rifampicina, isoniácida y pirazinamida. Niega antecedentes quirúrgicos, alérgicos, traumáticos o transfusiones.

Inició su padecimiento actual hace 16 horas al presentar dolor abdominal de inicio súbito en mesogastrio, mal localizado, tipo cólico, intenso, constante, sin agravantes ni atenuantes, irradiado hacia ambas fosas. Se acompaña de náu-

* Servicio de Cirugía General del Hospital Juárez de México.

** Servicio de Radiología e Imagen del Hospital Juárez de México.

*** Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Juárez de México.

Cuadro 1. Exámenes de laboratorio.

Biometría hemática	WBC 25,830/ μ L Neut. 94.7%	Hgb. 11.7 g/dL Linf. 2.4%	Hcto. 36.5%	Plaq. 216,000/ μ L
Química sanguínea	Gluc. 133 mg/dL	Urea 71 mg/dL	Creat. 3.3 mg/dL	Amilasa 86 U/L
Electrolitos séricos	Na 133 mEq/L	K. 4.0 mEq/L	Ca. 7.0 mEq/L	
Tiempos de coag.	TP 14.3"/ 75%	TPT 29.8"		
Exam. Gral. orina	Densidad 1.020 Cilindros 2-6/cpo.	pH. 5 Cel. Epit. +	Erit. 42-45/cpo. Bact. +	Leucos. 35-40/cpo.

sea y en dos ocasiones de vómito de contenido gastrobiliar; presentó, además, fiebre no cuantificada. Acude con médico que indica analgésicos vía oral sin mejoría. Fue ingresado al Servicio de Urgencias Adultos de nuestro hospital y valorado por el Servicio de Cirugía General.

Exploración física

Presión arterial: 110/70 mm Hg. Frecuencia cardíaca: 100X'. Frecuencia respiratoria: 24X'. Temperatura: 37.5 °C. Peso: 60 kg. Talla: 170 cm.

Paciente de edad aparente igual a la cronológica, consciente, cooperador, ubicado en sus tres esferas, biotipo endomórfico.

Cabeza normocéfalo, sin hundimientos ni exostosis, pupilas sincrónicas y normorrefléxicas, estrabismo derecho.

Cuello cilíndrico, sin masas ni adenomegalias, tráquea central y desplazable, tiroides no palpable.

Cavidad oral: mala hidratación de tegumentos, orofaringe sin alteraciones.

Tórax con movimientos de amplexión y amplexación de adecuada amplitud, campos pulmonares sin estertores, bien aereados y ventilados; ruidos cardíacos rítmicos, de adecuada intensidad y sin agregados.

Abdomen globoso, doloroso a la palpación superficial y profunda en forma generalizada, resistencia muscular involuntaria, signo de rebote (+) generalizado, peristalsis ausente.

Tacto rectal: esfínter normotómico, ampulla rectal sin masas, vacía, el guante explorador no presentó contenido fecal.

Extremidades eutróficas, arcos de movimiento adecuados, pulsos y reflejos osteotendinosos normales, llenado capilar distal de cuatro segundos.

Se tomaron exámenes de laboratorio por Urgencias (Cuadro 1), así como radiografías de tórax y abdomen (Figs. 1, 2 y 3).

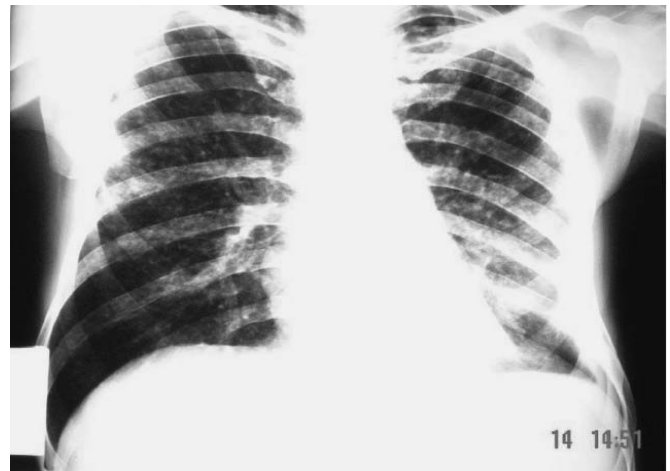


Figura 1. Tórax antiguo con patrón nodular intersticial bilateral, derrame pleural izquierdo.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Se diagnosticó abdomen agudo de tipo inflamatorio por probable perforación intestinal, se le realizó laparotomía exploradora y se encontró 700 mL de material intestinal purulento libre en la cavidad, múltiples perforaciones pequeñas en íleon a 50 cm de válvula ileocecal, colon ascendente eritematoso, edematizado y friable. Se realizó drenaje de material purulento, resección intestinal con hemicolectomía derecha e ileostomía con bolsa de Hartmann y aseo de cavidad abdominal.

El reporte anatomopatológico fue: granulomas y extensa necrosis caseosa compatible con tuberculosis intestinal (Figs. 4 y 5).

DISCUSIÓN

La tuberculosis intestinal (TBI) es una patología no frecuente que se observa en países en vías de desarrollo, en

especial en la India. Se presenta en la tercera y cuarta décadas de la vida, principalmente.¹ Se clasifica según su etiología en dos tipos:^{1,2}

1. Infección primaria (10%) originada por la ingestión de leche contaminada con *Mycobacterium tuberculosis* variedad bovina.

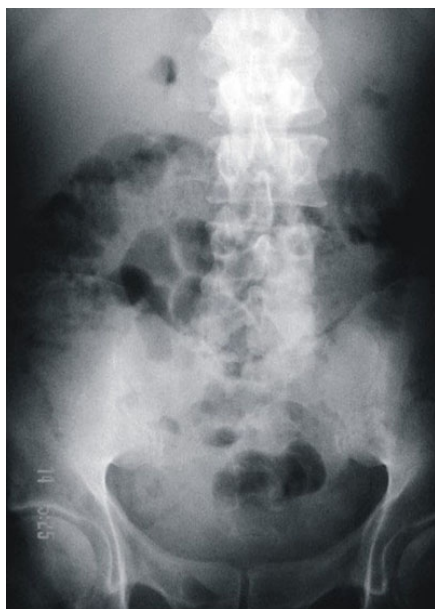


Figura 2. Abdomen con nivel en ciego, estrechamiento de aspecto infundibular seguido de dilatación de asas de íleon terminal.

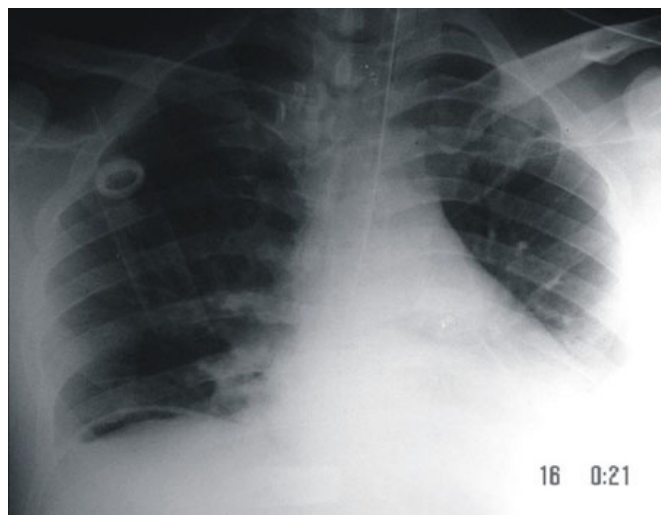


Figura 3. Tórax reciente con acentuación del derrame pleural izquierdo, gas libre subdiafrágico derecho.

2. Infección secundaria (90%) al foco primario activo localizado en pulmón. Su incidencia ha disminuido a 1% de los pacientes con tuberculosis pulmonar. La localización más frecuente es el íleon terminal en 85%.

En las series grandes de casos de TBI³⁻⁵ se reporta que la presentación clínica puede ser en forma crónica o aguda, con una frecuencia similar. En la TBI crónica el dolor abdominal es el síntoma más frecuente originado por distensión abdominal, ya que se presentan cuadros intermitentes de oclusión intestinal parcial de resolución espontánea; a la exploración física se encontró que la mayoría de los pacientes

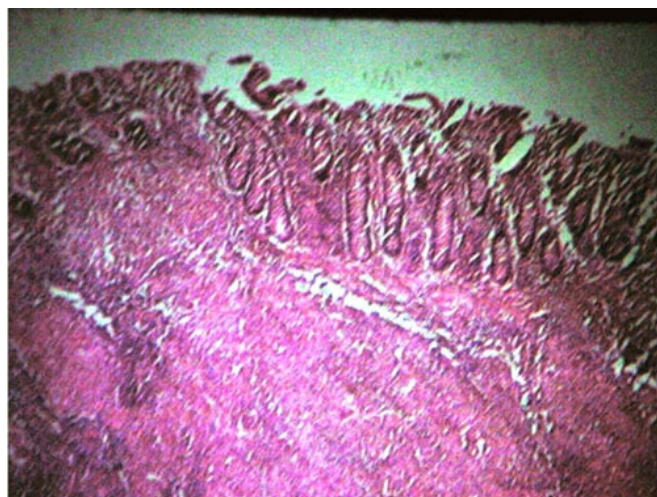


Figura 4. Granulomas y necrosis caseosa.

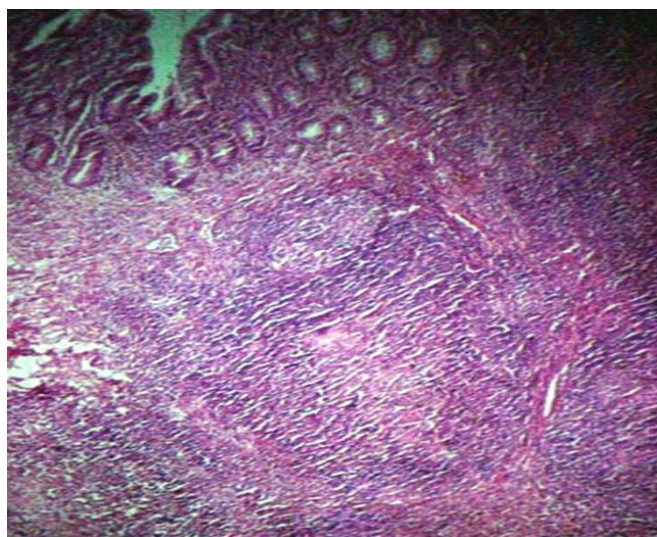


Figura 5. Granulomas y necrosis caseosa.

**Cuadro 2.** Tuberculosis intestinal, presentación crónica.

Dolor (100%)	Pérdida de peso (25%)
Masa abdominal (60%)	Sínd. malabsorción (22%)
Fiebre (50%)	Oligomenorrea (16%)
Constipación (40%)	Diarrea (15%)
Vómito (29%)	Constipación-Diarrea (11%)

tenía una masa abdominal en cuadrantes inferiores, la cual correspondió a hiperplasia de la región ileocecal en la mayoría de los casos (78%), linfadenitis (20%) y epiplón engrosado (2%). Diversos signos y síntomas completan el cuadro clínico (Cuadro 2).

La TBI aguda, en la mayoría de los casos, es una enfermedad crónica que se agudizó (60%). Existen tres formas de presentación: oclusión intestinal (66%), perforación intestinal (17%) y peritonitis (17%). La peritonitis es debida a tubérculos peritoneales (42%), nódulos linfáticos rotos (37%) y apendicitis (21%).

Los hallazgos radiográficos en tórax⁶ son opacidades pequeñas redondeadas que se catalogan como intersticiales cuando presentan márgenes definidos, distribución pulmonar uniforme y menor de 5 mm. Las enfermedades granulomatosas producen nódulos intersticiales siempre que se diseminen por vía hemática, ejemplo frecuente de la tuberculosis miliar. En el abdomen se observa el ciego con aspecto infundibular debido a la cicatrización tras la inflamación aguda del íleon terminal y del ciego provoca acortamiento y estenosis del polo cecal y son más notorios frente a la válvula ileocecal. Éstos son característicos de TBI.

En nuestro medio, la primera causa de inflamación granulomatosa es la tuberculosis;⁷ en las lesiones intestinales debe, desde luego, hacerse diagnóstico diferencial con la enfermedad intestinal inflamatoria crónica, particularmente la enfermedad de Crohn. El diagnóstico de tuberculosis es más probable cuando hay coalescencia y necrosis caseosa de las lesiones, aun cuando los granulomas pueden ser no caseosos, purulentos o fibrosos. Es necesario, por tanto, realizar las tinciones apropiadas para identificar bacilos ácido-alcohol resistentes; en el caso presente las tinciones resultaron negativas, probablemente debido a que el paciente se encontraba ya bajo tratamiento antifímico; sin embargo, se encontró extensa necrosis caseosa en la mayor parte de las lesiones.

Si la TBI es sospechada, el tratamiento es médico con una combinación de isoniácida 300 mg/día, rifampicina 600 mg/día o etambutol 15 mg/kg/día. El tratamiento quirúrgico es

indicado en caso de perforación, oclusión intestinal, hemorragia, fístula o ascitis persistente, seguido de tratamiento médico por un año.

REFERENCIAS

1. Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC. Principles of surgery. In: Townsend CM, Thompson JC. Small intestine. 6a. eds. 1994, p. 1170-1.
2. Gutiérrez SC, Arrubarrena AVM. Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo. En: Fenig RJ, Canales GJ (Eds.) Enfermedades inflamatorias crónicas del intestino delgado. 2ª Ed. México, D.F.; 1996, p. 284-6.
3. Abrams JS, Holden WD. Tuberculosis of the gastrointestinal tract. Arch Surg 1964; 89: 282-93.
4. Bhansali SK. Abdominal tuberculosis. Am J Gastroenterol 1997; 67(4): 324-37.
5. Muneef MA, Memich Z, Mahmoud SA, Sadoon SA, Bannatyne R, Khan Y. Tuberculosis in the belly: a review of forty-six cases involving the gastrointestinal tract and peritoneum. Scand J Gastroenterol 2001; 36(5): 528-32.
6. Pedrosa CS. Monografías de diagnóstico por imagen. Radiología de la tuberculosis. En: Rodríguez GR, Ramos GL, Bertólez CM, Muñoz GA (Eds.) Tuberculosis del tracto digestivo, peritoneo y mesenterio. 1987 Vol. 1, No. 3, septiembre. p. 67-79.
7. Rosai J. Ackermans surgical pathology. 8th ed. Mosby-Year Book; 1996, p. 747-9.

Solicitud de sobretiros:

Dr. José Luis Elizondo Hinojosa
Servicio de Cirugía General
Av. Instituto Politécnico Nacional No. 5160
Col. Magdalena de las Salinas
Deleg. Gustavo A. Madero
C.P. 07360, México, D.F.

Recibido: 31 de enero de 2003.

Aceptado: 27 de febrero de 2003.