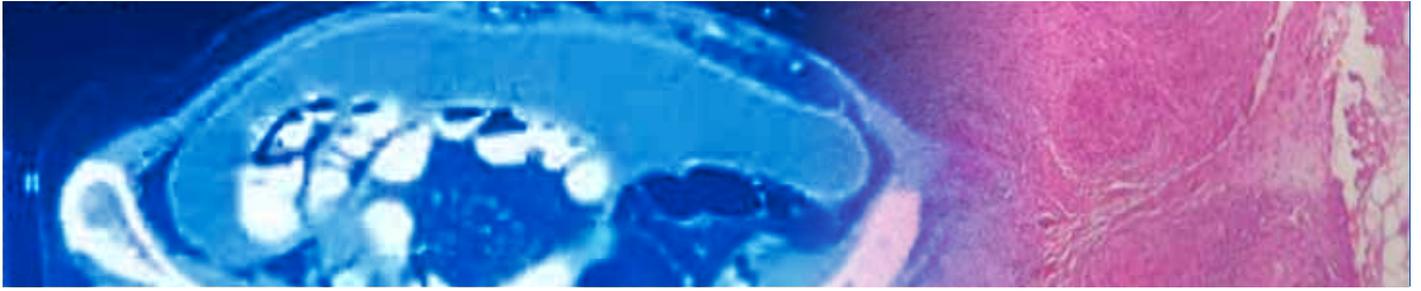


Reporte de caso



Tuberculosis intestinal

Intestinal Tuberculosis

Dr. Hernan Garrido C ¹; Md. Fernando Duche G. ²

¹ Cirujano Oncólogo del servicio de Cirugía General del Hospital Manuel Ygnacio Monteros, Loja, Ecuador.

² Médico Residente del servicio de Cirugía General del Hospital Manuel Ygnacio Monteros, Loja, Ecuador

Fecha recepción: 08-02-2023

Fecha aceptación: 05-03-2023

Fecha publicación: 25-04-2023

RESUMEN

La tuberculosis abdominal ocupa el sexto lugar en las formas extrapulmonares, su clínica es muy inespecífica, por lo que simula muchas patologías que provocan un retraso en el diagnóstico y, por consiguiente, complicaciones que eventualmente requieren cirugías. Se presenta el caso de una paciente femenina añosa, que acude por reiteradas ocasiones por dolor abdominal inespecífico, difuso, acompañado de ascitis, un Ca 125 elevado, aumento de ganglios intraabdominales. Ingresa con presunción diagnóstica de malignidad. Para llegar al diagnóstico definitivo, se realizó laparoscopia y toma de muestras, confirmándose una tuberculosis intestinal, es derivada al Ministerio de Salud Pública para recibir el tratamiento antimicrobiano correspondiente. De este caso clínico, se destaca la alta relación que existe entre tuberculosis abdominal y patología maligna a la hora de diagnosticar al paciente, además de que se prefiere la laparoscopia para establecer un diagnóstico temprano y con menos complicaciones por ser un método simple, económico y que ahorra tiempo.

PALABRAS CLAVE:

tuberculosis intestinal, laparoscopia diagnóstica, malignidad, carcinomatosis, prueba molecular Xpert®

1. E-mail: hgc.ecu@gmail.com

 ORCID iD: 0000-0003-4934-7622

2. E-mail: fernandod1988@gmail.com

 ORCID iD: 0009-0003-9749-7454

ABSTRACT

Abdominal tuberculosis ranks sixth in extrapulmonary forms; His symptoms are very non-specific, which is why he simulates many pathologies, causing a delay in diagnosis, giving complications that eventually require surgery. We present the case of an elderly female patient, who came repeatedly for non-specific, diffuse abdominal pain, accompanied by ascites, elevated Ca 125, increased intra-abdominal lymph nodes; She was admitted with a presumed diagnosis of malignancy. Laparoscopy and sampling were performed to reach the definitive diagnosis. confirming Intestinal Tuberculosis, after which she was referred to the Ministry of Public Health to receive the corresponding antituberculous treatment. From this clinical case, the high relationship that exists between abdominal tuberculosis and malignant pathology when diagnosing the patient stands out. in addition to the fact that Laparoscopy has become a simple, economical method that saves time to establish an early diagnosis with less complications.

KEYWORDS:

Intestinal tuberculosis, Diagnostic laparoscopy, Malignancy, Carcinomatosis, Xpert® molecular test

INTRODUCCIÓN

La OMS consideró que, a nivel mundial, en 2020, 9.9 millones de personas enfermaron de tuberculosis (TB), esto abarca un tercio de la población mundial, con un estimado de 1.5 millones de muertes por esta infección ⁽¹⁾; esta causa representa el mayor número de muertes de origen infeccioso. Según el sistema Nacional de Salud, en el 2015, en Ecuador se diagnosticaron y notificaron 5215 casos, con una tasa de incidencia de 32 casos por cada 100 000 habitantes ⁽²⁾. De estos, la tuberculosis pulmonar es la más común, con un 81.5%, y las formas extrapulmonares representaron el 18.4% ⁽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*, se han incrementado las manifestaciones extrapulmonares ⁽⁴⁾. La TB intestinal representa hasta el 2% de todos los casos de TB en todo el mundo, es una afección difícil de diagnosticar para un equipo médico, dada su presentación clínica inespecífica y su tendencia a simular otras patologías abdominales, incluida la malignidad ⁽⁵⁾.

En cuanto a la tuberculosis intestinal, esta 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 hematogena y la extensión directa a órganos vecinos ⁽⁶⁾.

Por otra parte, las manifestaciones clínicas son inespecíficas, la mayoría de los enfermos muestran síntomas por varias semanas o meses. A la historia clínica, 70% de los pacientes refieren fiebre, 60% tienen pérdida ponderal, dolor abdominal con grados diversos de distensión y solo 15% diarrea. En la exploración, el hallazgo más relevante es la presencia de ascitis en cantidades variables. Es común palpar una masa abdominal, la cual puede estar localizada en cuadrantes inferiores; no obstante, una gran proporción de pacientes tienen una exploración abdominal normal con poca cantidad de ascitis difícil de detectar clínicamente ⁽⁷⁾.

La obstrucción intestinal es el problema más común que se encuentra en TB del intestino delgado; en 20 % de los pacientes. La TB aparece de igual forma en el intestino delgado y en el grueso, y muestra las mismas complicaciones. Raramente la TB se presenta con clínica de colitis tuberculosa difusa, la cual debe ser diferenciada de una colitis ulcerativa y de la enfermedad de Crohn (8).

Las tasas de diagnóstico erróneo en TB intestinal se reportan altas ⁽⁹⁾ y los retrasos en el inicio del tratamiento antituberculoso pueden dar lugar a complicaciones molestas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 79 años de edad, sexo femenino, residente en zona urbana, con antecedentes patológicos personales (APP) de gastritis y antecedentes patológicos quirúrgicos (APQX) de colecistectomía e histerectomía total. Acude a la sala de emergencia pues, desde hace aproximadamente un mes, padece de dolor abdominal difuso, sordo, que se acompaña de distensión, hiporexia y pérdida de peso; 24 horas previo a su ingreso, presenta alza térmica y náuseas que no llegan al vómito, por lo que acude inmediatamente. Cabe recalcar que se registran 2 atenciones previas, por el mismo motivo de consulta, siendo manejadas como infección de vías urinarias y gastritis, respectivamente. Al examen físico TA: 100/60mmHg. FC 70 lpm. FR 18 rpm. Sat 96%. T: 36.7°C. Paciente adinámica, caquética. Signo del pliegue +. Abdomen: Ruidos hidroaéreos aumentados, dolor en hipocondrio y flanco derecho +/4, onda ascítica positiva. Matidez desplazable. Exámenes complementarios: PCR 110. Leucocitos 3300. Neutrófilos 64%. Linfocitos 21%. Hb: 12.4 Hto 37. Plaquetas 377 000. TP 18. INR 1.2. Proteínas totales 8.5 g/dl. Albumina 3.3 g/dl. CA 15-3: 27 U/mL. CA-125: 265 U/ml. Ferritina 1130. ng/mL. Resto de la analítica dentro de la normalidad, incluyendo glucosa, electrolitos, perfil hepático y otros marcadores tumorales. Ultrasonido: Líquido ascítico tabicado, volumen promedio 1000 cc.

La paciente ingresa a hospitalización con sospecha diagnóstica de tumor de primario desconocido vs Ca de ovario. Posteriormente, en su hospitalización, se complementa con otros estudios: Ziehl en esputo: Negativo. EDA+ Colonoscopia: Gastritis eritematosa erosiva ligera. Reflujo duodeno gástrico ligero. En recto, lesión elevada de 4 mm de diámetro. Que se extirpa. Biopsia: Gastritis crónica moderada + Pólipo adenomatoso. Tac S/C de abdomen y pelvis: Hígado impresiona aumentado de tamaño a expensas de su lóbulo izquierdo. Se observa desplazamiento de las asas intestinales hacia el lado izquierdo por presencia de abundante líquido libre (Imagen 1) que, tras el paso de contraste realza su pared. Además, grasa retroperitoneal con engrosamiento importante en forma difusa (Imagen 2) e incremento en el número de ganglios, los cuales son pequeños e impresionan características reactivas. (Imagen 3). Paracentesis: líquido color amarillo, aspecto turbio. Proteínas 6.22g/dl. Albumina 2.32. Glucosa 86mg/dl. LDH 637 U/l Recuento celular: 800celulas/mm³. Linfocitos 93%. Neutrófilos 7%. Cultivo negativo. Índice de GASA: 0.5. (Dentro de las principales causas con este índice es de carcinomatosis peritoneal y TB peritoneal). Citológico: moderada cantidad de linfocitos. Citología inflamatoria. (Imagen 4).

Al no tener un diagnóstico definitivo y estudios concluyentes, se realiza laparoscopia diagnóstica, y se encuentra los siguientes hallazgos: 1.- Líquido libre tabicado en cavidad abdominal aproximadamente 600 cc. 2.- Lesiones puntiformes en toda la pared el intestino delgado. (Granos de mijo- Imagen 5 y 6) 3.- Múltiples adherencias de aspecto inflamatorio intestinal. 4.-Abdomen congelado, no permiten explorar adecuadamente cavidad. Se tomaron 4 muestras para su estudio histopatológico, las mismas que reportaron la presencia de células gigantes multinucleadas tipo Langhans propias en tuberculosis. (Imagen 7,8 y 9). Además, se envió al Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI) una muestra de líquido ascítico para su estudio, la cual, mediante la prueba molecular Xpert®, reportó la presencia del Complejo Mycobacterium Tu-

berculosis. (Prueba recomendada por la OMS desde el 2010 para detección del bacilo tuberculoso y en caso de baciloscopias negativas). Posteriormente, la paciente fue derivada a MSP en buenas condiciones para recibir tratamiento antifímico, el cual sigue el mismo esquema que para TB pulmonar ⁽²⁾.

DISCUSIÓN

Un análisis retrospectivo, publicado en el 2020, compuesto por 23 pacientes que fueron referidas con diagnóstico de Ca de Ovario (con Ca 125 elevado en la mayoría de los casos) de centros de primer nivel, al servicio de Oncología Ginecológica en la India, se llegó al diagnóstico de tuberculosis abdominal en el 69% de los casos (10). Nuestro caso no está alejado de estos estudios, puesto que nuestra paciente ingresa a hospitalización con sospecha diagnóstica de malignidad, tumor de primario desconocido vs Ca de ovario (también con Ca 125 elevado), confirmándose así la tuberculosis como la gran simuladora.

En nuestro país, en el 2018, se publica un caso de una paciente de 14 años, sin antecedentes de importancia, que acude con episodios recurrentes de dolor abdominal difuso que exacerba a abdomen agudo. Requirió intervención quirúrgica, evidenciándose zonas de tejidos necrosados y zonas con tejido inflamatorio; realizan resección de íleon terminal y hemicolectomía derecha más anastomosis término lateral. Posteriormente, patología confirma la del bacilo de Koch ⁽⁸⁾. En contraste con nuestro caso, gracias a estudios realizados con prontitud y una laparoscopia diagnóstica con toma de muestras, se logró llegar a un diagnóstico definitivo, evitándose así futuras complicaciones para nuestra paciente, como las expuestas anteriormente.

Otro caso publicado en la ciudad de México describe un paciente femenino de 24 años de edad, sin antecedentes, que acude por dolor abdomino-pélico de 6 semanas de evolución; pasa a quirófano para laparotomía por sospecha de torsión ovárica, se encuentra un abdomen congelado. Tras la manipulación, se produce perforación de un asa intestinal, requiriendo la confección de ileostomía ⁽⁹⁾, denotándose una vez más las complicaciones de esta patología.

Actualmente, la laparoscopia se ha convertido en una poderosa herramienta para el diagnóstico, ya que permite la exclusión de condiciones malignas. Es una herramienta eficaz para el diagnóstico de TB abdominal con una precisión superior al 75% ⁽⁵⁾.

CONCLUSIÓN

Como en el presente caso, existen muchos otros donde la primera sospecha diagnóstica son patologías malignas como cáncer de ovario, carcinoma por algún otro órgano abdominal, entre otras, por lo que se perderá tiempo en busca de dichos diagnósticos. En regiones endémicas, como Ecuador, siempre debemos considerar a la tuberculosis intestinal como una de las principales enfermedades causantes de dolor abdominal inespecífico con exámenes complementarios no concluyentes.

Gracias a la laparoscopia exploratoria y toma de muestras, se logra llegar a un diagnóstico oportuno, evitándose así procedimientos mucho más invasivos como una laparotomía o alguna intervención para resolver complicaciones como las que hemos mencionado. En el presente caso, la laparoscopia resultó una herramienta invaluable.

ANEXOS



Imagen 1. Líquido ascítico en cavidad abdominal.

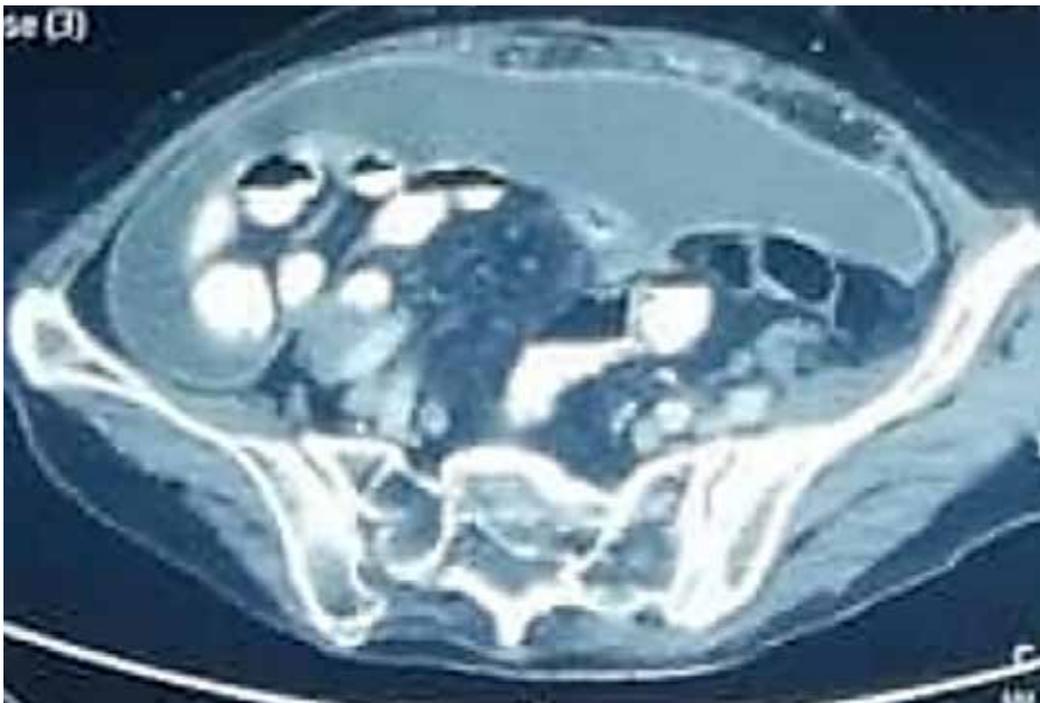


Imagen 2. Grasa retroperitoneal con engrosamiento importante en forma difusa (pastel epiploico).

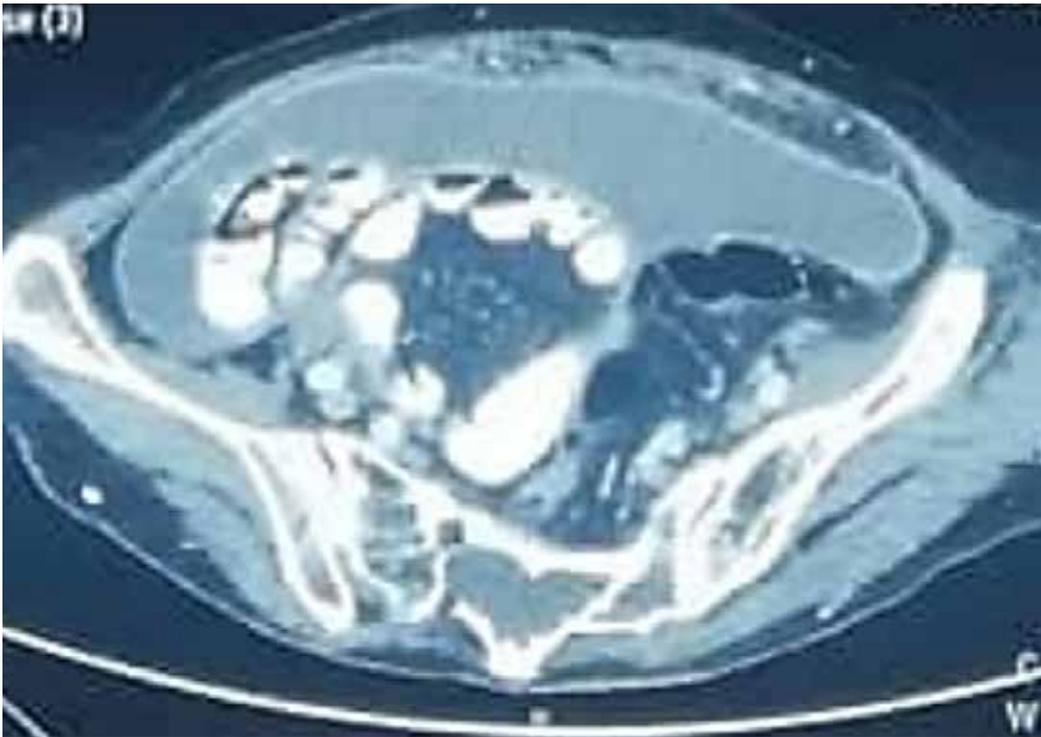


Imagen 3. Incremento en el número de ganglios



DIAGNÓSTICO FINAL

- Líquido ascítico:
- **NEGATIVO PARA MALIGNIDAD.**
- **CAMBIOS A FAVOR DE PROCESO INFLAMATORIO REACTIVO**

Imagen 4. Citológico de líquido ascítico.



Imagen 5. Granos de mijo.



Imagen 6. Granos de mijo.

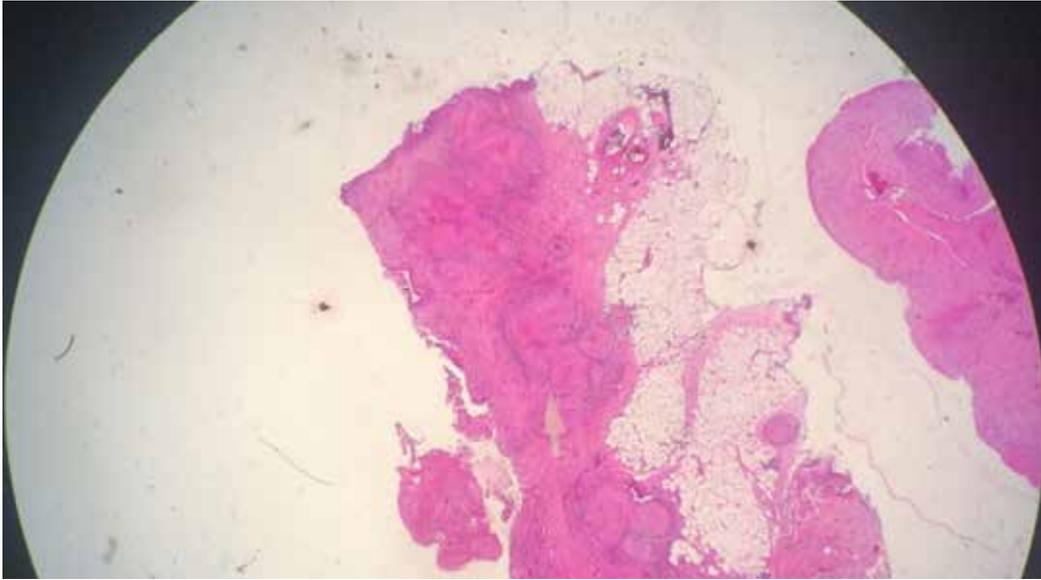


Imagen 7. Células de Langhans.

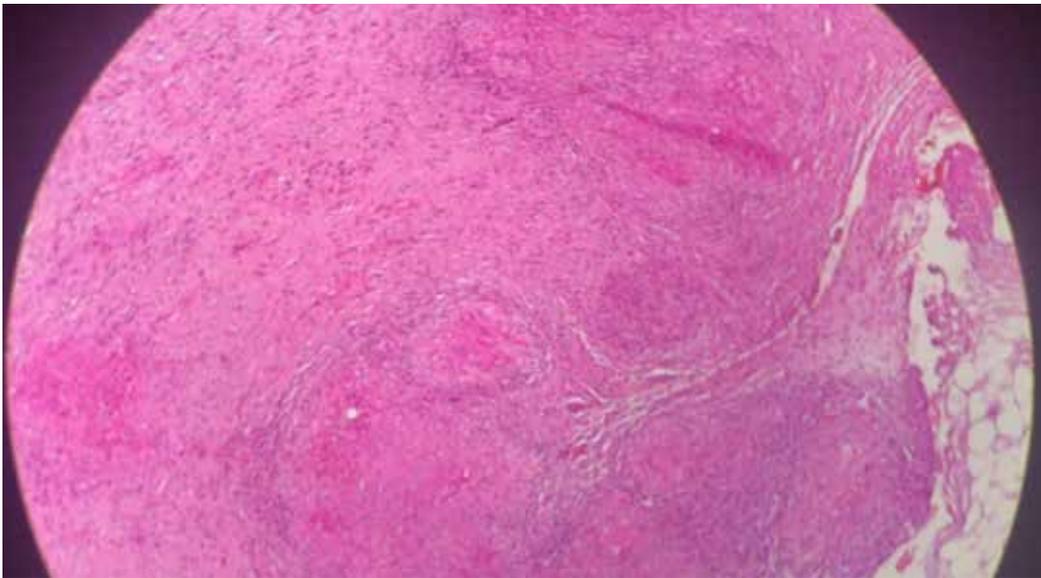


Imagen 8. Células de Langhans (necrosis caseosa con inflamación crónica).

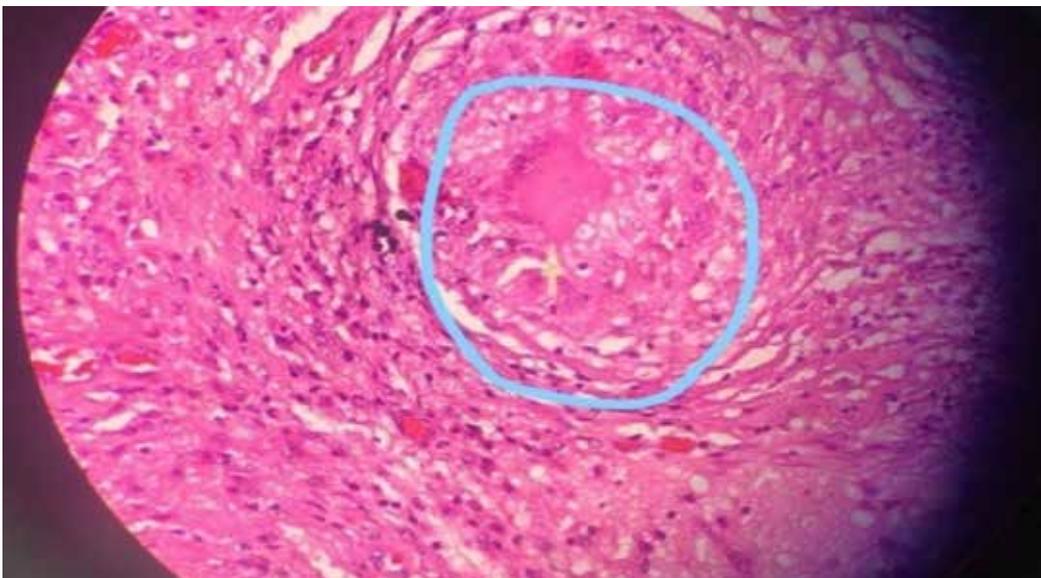


Imagen 9. Células gigantes multinucleadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. *Tuberculosis*. [Internet]. Washington DC: © Organización Panamericana de la Salud; 2021 [consultado febrero 2023]. Disponible en <https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis>
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis. Guía de Práctica Clínica*. [Internet]. Segunda edición. Quito. Dirección Nacional de Normatización; 2018. [consultado febrero 2023]. Disponible en https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP_Tuberculosis-1.pdf
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Boletín Anual de Tuberculosis 2018*. [Internet]. Ecuador: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica; 2018. [consultado febrero 2023]. Disponible en https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/03/informe_anual_TB_2018UV.pdf
4. Ferradas F., Rocha G., Thea M. Tuberculosis intestinal, caso clínico quirúrgico y revisión bibliográfica. *Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina*. N° 216. Abril de 2014. Vol. (16): 14.
5. Rojas C., Polanco E., Vivar M., Aguayo W., and others. Abdominal tuberculosis in Ecuador, a problem that is still not solved. *Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases*. 2020; Vol (20). Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.jctube.2020.100172>
6. Ramón M., Maldonado V., Crespo H., Andrade P., Mosquera L. Tuberculosis intestinal y/o peritoneal y su implicación en el abdomen agudo. *Revista de la Facultad de Ciencias medicas*. Universidad de Cuenca. 2018; Vol. (36): 79-74. Disponible en https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/issue/view/173/36_1
7. Farias O., López M., Morales J., Quintana M., Vásquez G., *Tuberculosis peritoneal e intestinal: una enfermedad ancestral que impone nuevos retos en la era tecnológica*.
8. Citar como: Piedra Herrera BC, Barbero Arencibia R, Acosta Piedra Y. Tuberculosis intestinal y peritoneal. *Rev. Ciencias Médicas* [Internet]. 2018 [citado: fecha de acceso]; 22(4): 830-836. Disponible en <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3455>
9. Mosquera G., Ucroz A. Enfermedad de Crohn frente a tuberculosis intestinal: un diagnóstico diferencial desafiante. Revisión de tema. *Revista Colombiana de Gastroenterología*. 2018; Vol (33): 424 y 426. Disponible en <https://doi.org/10.22516/25007440.172>
10. Thomas, A., Sebastian, A., George, R. (2020). et al. Abdominal Tuberculosis Mimicking Ovarian Cancer: A Diagnostic Dilemma. *J Obstet Gynecol India* **70**, 304-309. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s13224-020-01322-8>
11. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Revista de Gastroenterología de México*. 2005; Vol. (70): 169-179. Disponible en <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-tuberculosis-peritoneal-e-intestinal-una-articulo-X0375090605238571>

Como citar el presente artículo:

Garrido H, Duche F. Tuberculosis intestinal. Reporte de caso. *Indexia*. Abril 2023.