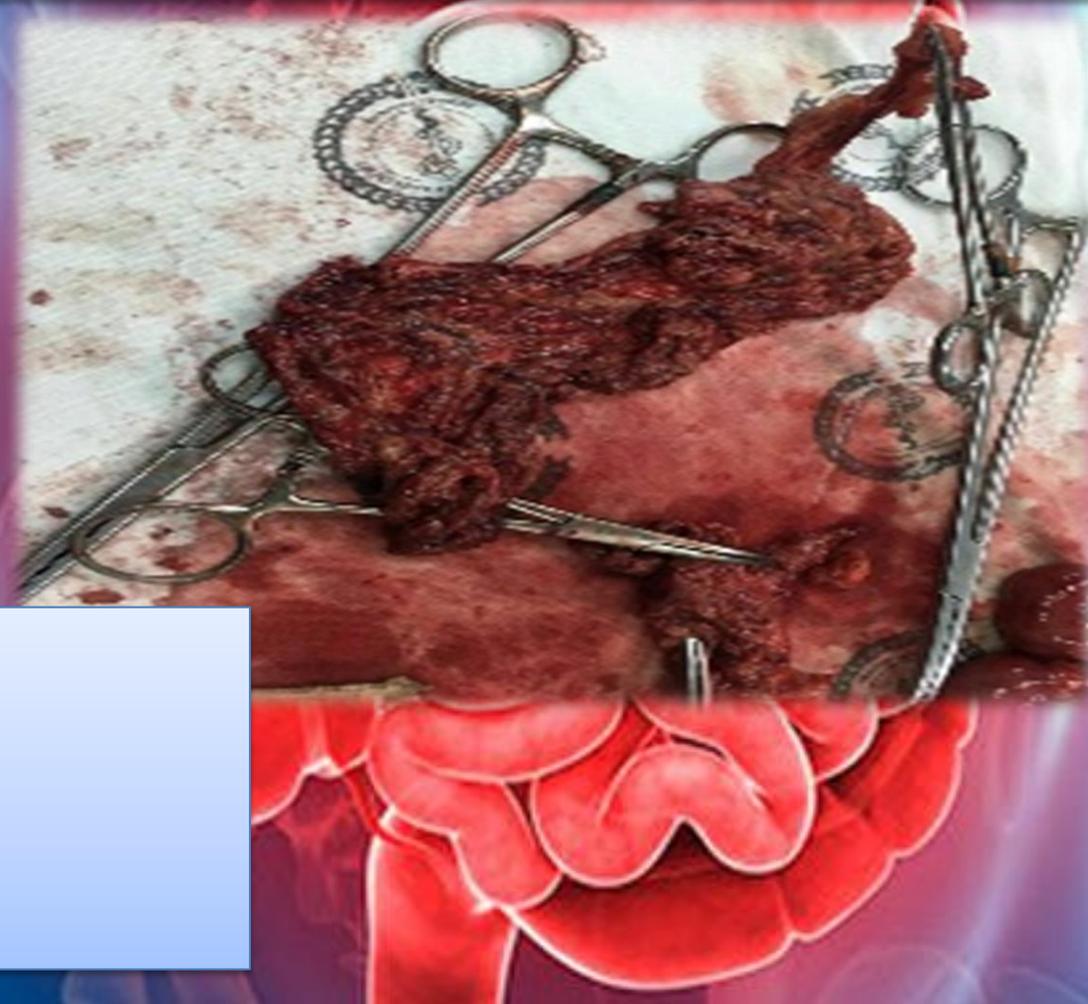


## TUBERCULOSIS INTESTINAL Y/O PERITONEAL COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO, A PROPOSITO DE UN CASO



### Realizado por:

- Dr. Hernan Crespo V.
- Alexandra Rivera F.
- Víctor Villavicencio C.

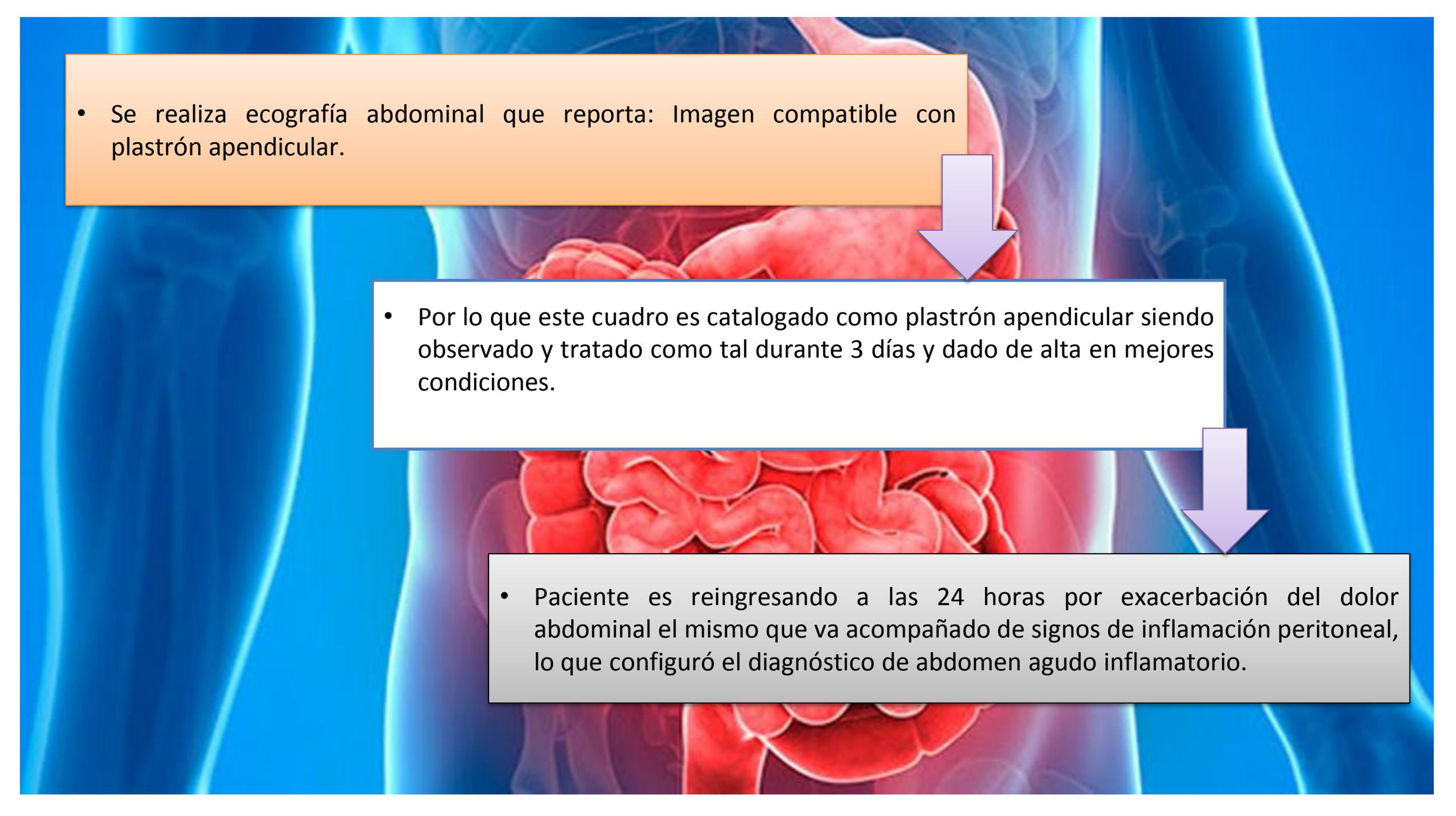
## INTRODUCCIÓN

- La tuberculosis es descrita desde hace décadas tanto en su forma pulmonar como extra pulmonar.
- En 1643 durante una necropsia Luis XIII demostró la presencia de ambas localizaciones tanto pulmonar como abdominal, y en el año 1975 Brunner informó de un caso de tuberculosis extra pulmonar de localización intestinal.
- De acuerdo al Ministerio de Salud Pública durante el 2014 en el Ecuador se diagnosticó y notificó 4.897 casos nuevos de tuberculosis, dentro de las formas infecciosas que con más frecuencias se diagnostican se encuentra principalmente la tuberculosis pulmonar, representando un 83% de los casos.
- Factores como es el notable incremento de la población infectada por VIH, el uso indiscriminado de fármacos inmunosupresores, cepas resistentes de *Mycobacterium Tuberculo*



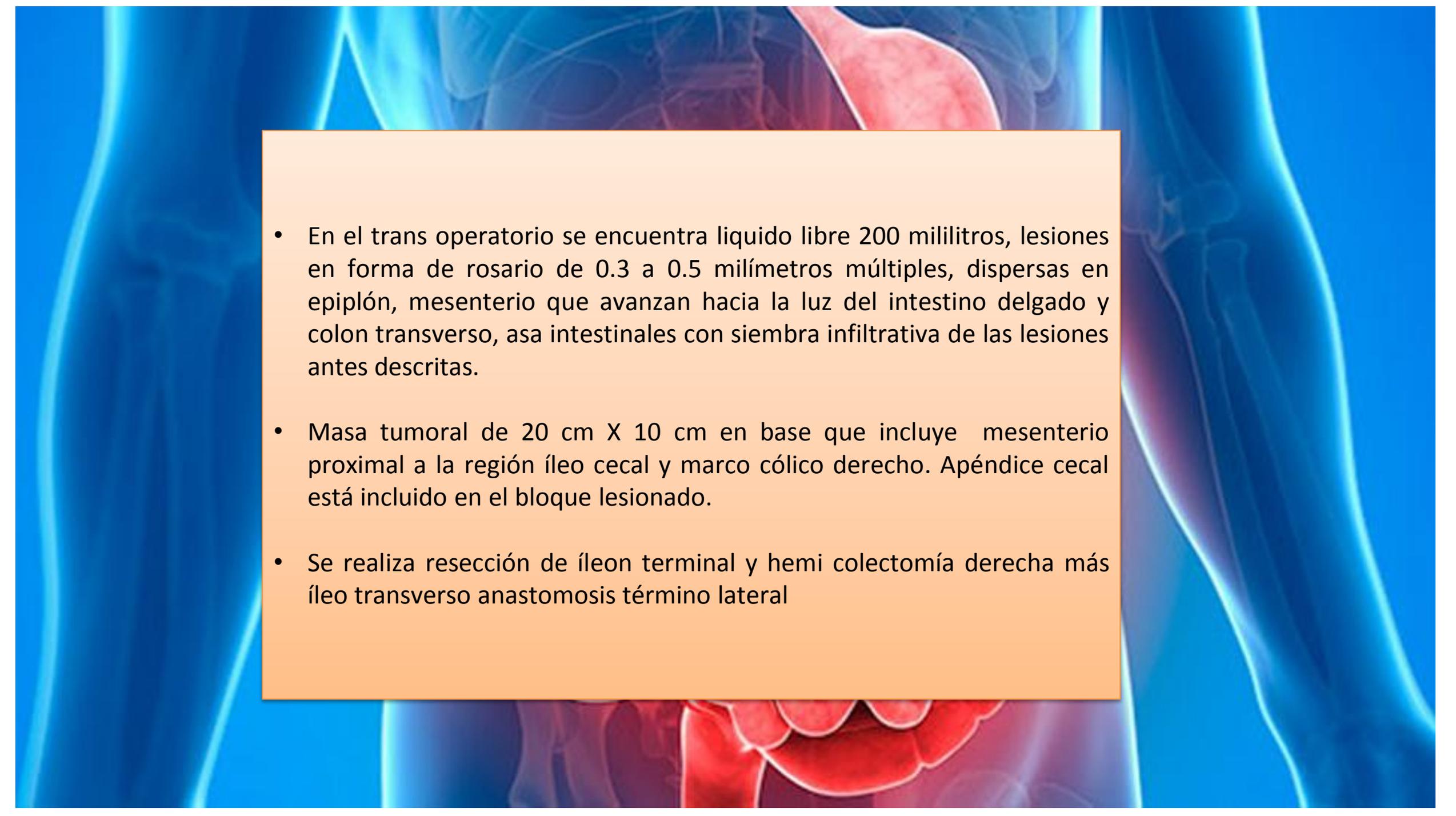
**PRESENTACIÓN DE  
CASO**

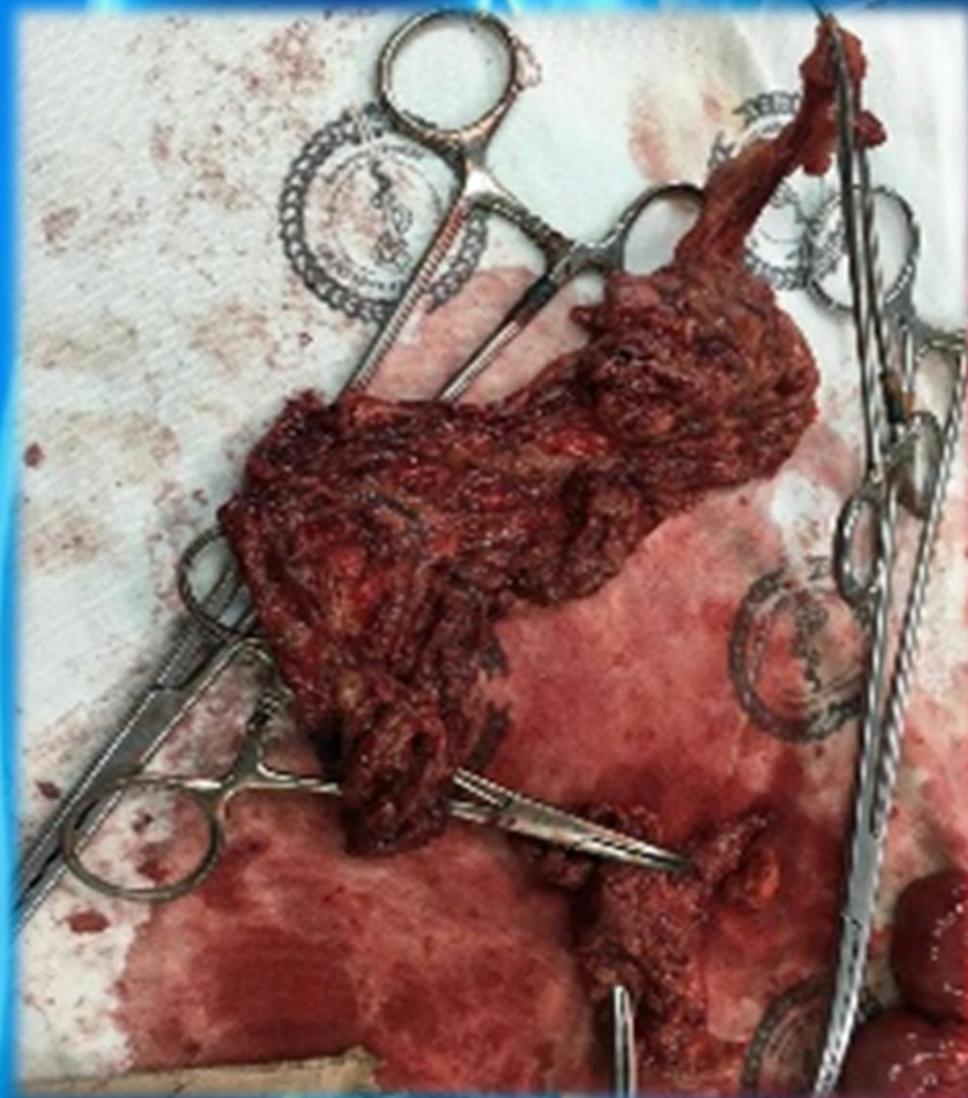
Paciente de 14 años de edad, sexo masculino que acude tras presentar cuadro clínico de 1 mes de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso que al momento del ingreso en el departamento de emergencia se localiza en fosa iliaca derecha e hipogastrio.

- 
- 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.

- 
- En el trans operatorio se encuentra liquido libre 200 mililitros, lesiones en forma de rosario de 0.3 a 0.5 milímetros múltiples, dispersas en epiplón, mesenterio que avanzan hacia la luz del intestino delgado y colon transverso, asa intestinales 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. Apéndice cecal está incluido en el bloque lesionado.
  - Se realiza resección de íleon terminal y hemi colectomía derecha más íleo transverso anastomosis término lateral





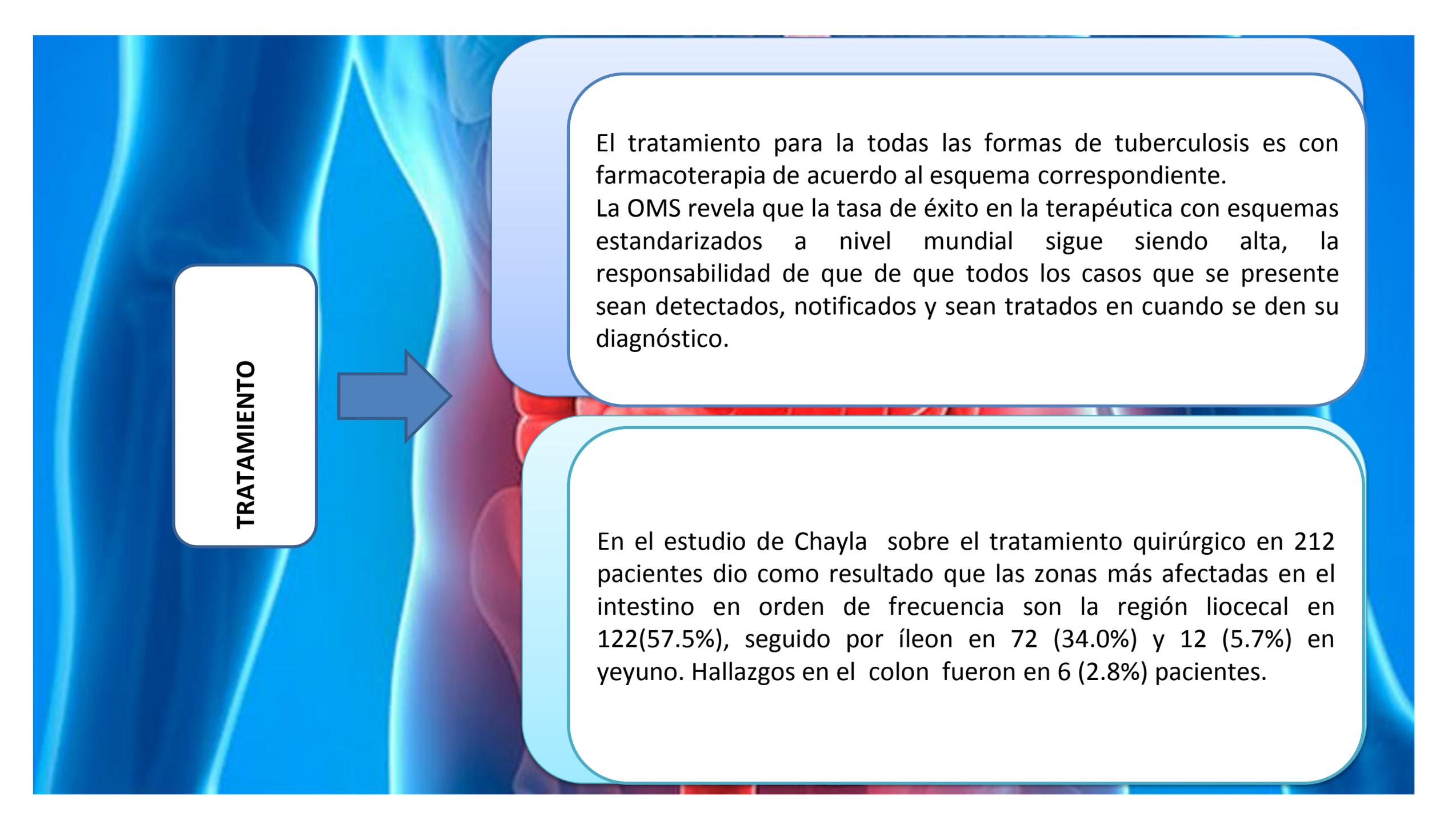
- La transmisión de tuberculosis al sistema gastrointestinal, se puede dar por diferentes mecanismos.
- El proceso de la infiltración hacia los tejidos va iniciando con la formación del granuloma en el tejido linfoideo en la submucosa intestinal
- Al cabo de 2 a 4 semanas se produce la necrosis caseosa que lleva a la ulceración de la mucosa adyacente y la posterior propagación a las capas más profundas, vasos linfáticos y peritoneo

## MANIFESTACIONES CLINICAS



### **Los síntomas y signos son inespe-cíficos:**

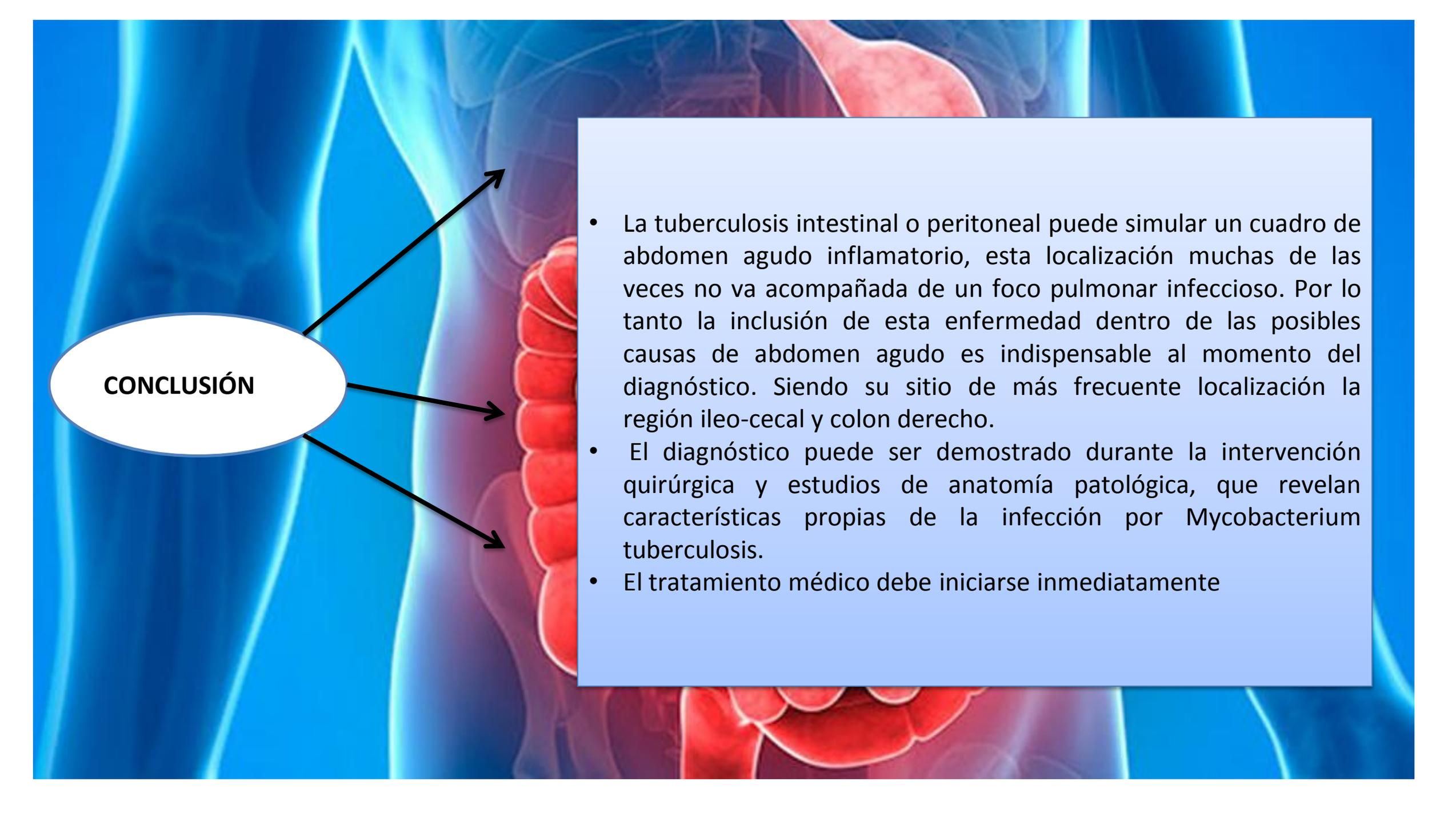
- Dolor abdominal difuso y leve, diarrea, vómitos, pérdida de peso, fiebre, anorexia, sudoración nocturna. El dolor abdominal difuso y crónico se presenta en el 80- 90% de los pacientes, por tal motivo el diagnóstico pre-coz es difícil. E incluso puede debutar con cuadro de abdomen agudo.
- El dolor abdominal crónico e inespecífico, de intensidad de moderada o incluso gran intensidad es el síntomas más común, se acompaña además de astenia marcada, signo de tablero de ajedrez; este signo durante el examen físico abdominal a la percusión se evidencia matidez y timpanismo alternada. La ascitis se evidencia en el 75% de los pacientes.



## TRATAMIENTO

El tratamiento para todas las formas de tuberculosis es con farmacoterapia de acuerdo al esquema correspondiente. La OMS revela que la tasa de éxito en la terapéutica con esquemas estandarizados a nivel mundial sigue siendo alta, la responsabilidad de que todos los casos que se presente sean detectados, notificados y sean tratados en cuando se den su diagnóstico.

En el estudio de Chayla sobre el tratamiento quirúrgico en 212 pacientes dio como resultado que las zonas más afectadas en el intestino en orden de frecuencia son la región iliocecal en 122(57.5%), seguido por íleon en 72 (34.0%) y 12 (5.7%) en yeyuno. Hallazgos en el colon fueron en 6 (2.8%) pacientes.



## CONCLUSIÓN

- La tuberculosis intestinal o peritoneal puede simular un cuadro de abdomen agudo inflamatorio, esta localización muchas de las 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*.
- El tratamiento médico debe iniciarse inmediatamente