
Multimed 2018; 22(2)

MARZO-ABRIL

CASO CLÍNICO

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS. GRANMA
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO CARLOS M. DE
CÉSPEDES. BAYAMO, GRANMA**

Oclusión intestinal por tuberculosis intestinal.

Presentación de un caso

Intestinal occlusion due to intestinal tuberculosis.

Presentation of a case

MsC. Urg. Med. Manuel de Jesús Pérez Suárez,^I Esp. Angiol. Cir. Vasc.
David Campbell Brown,^{II} MsC. Urg. Med. Carmen María Pérez Suárez,^I
MsC. Long. Satisf. Ariadna Antonia Gamboa Fajardo,^{III} MsC. At. Integr.
Niño Alberto Raúl Medina Martín.^{IV}

^I Hospital General Universitario Carlos M. de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba.

^{II} Hospital Municipal Iluminado Rodríguez. Jagüey. Matanzas, Cuba.

^{III} Filial de Ciencias Médicas Efraín Benítez Popa, Bayamo. Granma, Cuba.

^{IV} Hospital Pediátrico Provincial. Sancti Spiritus, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente femenina de 6 años, ingresado en los servicios de pediatría y cirugía del Hospital General Peltier de la República de Djibouti, con diagnóstico de oclusión intestinal mecánica, la cual se intervino quirúrgicamente y se realizó resección intestinal con anastomosis termino terminal. El estudio anatomopatológico mostró diagnóstico de tuberculosis intestinal. Se revisa la literatura y se ofrecen consideraciones.

Palabras clave: obstrucción intestinal, anastomosis quirúrgica, tuberculosis gastrointestinal.

ABSTRACT

We present the case of a 6-year-old female patient, admitted to the pediatrics and surgery departments of the Peltier General Hospital of the Republic of Djibouti, diagnosed with mechanical intestinal occlusion, who underwent surgical intervention and underwent intestinal resection with anastomosis. terminal. The anatomopathological study showed a diagnosis of intestinal tuberculosis. The literature is reviewed and considerations are offered.

Key words: intestinal obstruction, surgical anastomosis, gastrointestinal tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis se considera como una gran amenaza para la salud pública debido a que en el mundo actual mueren más enfermos por tuberculosis que por cualquier otra enfermedad y no hace distinciones de sexo, edad o situación económica. Por ello, en la Conferencia Mundial sobre Tuberculosis y Desarrollo Sostenible realizada en marzo del año 2000, en Ámsterdam, Holanda, representantes de las naciones y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) expresaron la urgencia de tomar acciones inmediatas contra esta enfermedad endémica que causa muerte en poblaciones como la nuestra y que incide en forma negativa en el desarrollo de los países.^{1,2}

La tuberculosis está incrementándose tanto en los países desarrollados como en los países en vía de desarrollo debido a tratamiento inadecuado de los enfermos, a la epidemia del VIH/sida, a la resistencia a los fármacos antituberculosos, así como al deterioro de las condiciones socioeconómicas, aumento de la pobreza y débil apoyo político y económico. Actualmente se considera que un tercio de la población humana se halla infectada por *Mycobacterium tuberculosis*.^{2,3}

La tuberculosis es una enfermedad que puede comprometer diferentes aparatos y sistemas, con predominio del compromiso pulmonar en una relación de diez a uno sobre el extrapulmonar. El compromiso digestivo se encuentra entre 0,4 % y 5 % para algunos autores y es predominantemente secundario a la existencia de un

foco pulmonar, entre el 75 % y 92,6 %.⁴⁻⁶ Son raros los casos de compromiso primario por ingestión de leche recién extraída o no hervida.⁷

La tuberculosis intestinal hoy día tiene una incidencia creciente, aunque aún es una enfermedad poco frecuente. Su diagnóstico es difícil pues se confunde generalmente con cáncer, enfermedad de Crohn, y otras infecciones gastrointestinales, aún es más difícil en la edad pediátrica.³

En el presente trabajo mostramos una paciente operada por una obstrucción intestinal secundaria a una tuberculosis intestinal.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 6 años de edad, con antecedentes de diarreas acompañadas de sangre, dolor abdominal y pérdida de peso desde 8 meses antes de su ingreso, la cual acude al cuerpo de guardia del Hospital General Peltier en la República de Djibouti por presentar dolor abdominal de 4 días de evolución, acompañado de vómitos, no expulsión de heces ni gases, niega fiebre.

Se recogieron antecedentes familiares de tuberculosis pulmonar. El examen físico mostró a la paciente con signos de contracción de volumen, mucosas hipocoloreadas y húmedas, abdomen distendido, hipertimpánico, doloroso difusamente, ruidos hidroaéreos aumentados, sin contractura ni reacción peritoneal. Realizamos tacto rectal, el cual mostró ampolla rectal vacía, sin sangre.

Realizamos exámenes complementarios diagnósticos los cuales arrojaron los siguientes resultados: hemoglobina 10.7 g/dl; leucograma: $7.3 \times 10^3/\text{mm}^3$; poli: 0.63 %; linfo: 0.37 %. En el ultrasonido abdominal se constató hepatomegalia, marcada distensión íleo-cólica, líquido libre en cavidad abdominal y en la radiografía de abdomen simple mostró dilatación de asas delgadas, con múltiples niveles escalonados.

Se ingresó la paciente con diagnóstico de oclusión intestinal mecánica de etiología no precisada, se comenzó la reposición de líquidos y electrolitos acorde a sus necesidades, se impuso tratamiento antibiótico con ceftriaxona y flagyl acorde

con su peso, sonda nasogástrica y posteriormente mejorado su estado general, se anunció de urgencia para tratamiento quirúrgico.

Se realiza laparotomía y se encontró cuadro oclusivo secundario a megayeyuno proximal a segmento estenosado completamente, (figuras 1-5) adenopatías en el mesenterio y líquido sugestivo de posible tuberculosis peritoneal.



Fig. 1. Se observa asa de yeyuno extremadamente dilatada.



Fig. 2. Vista de dilatación del yeyuno.

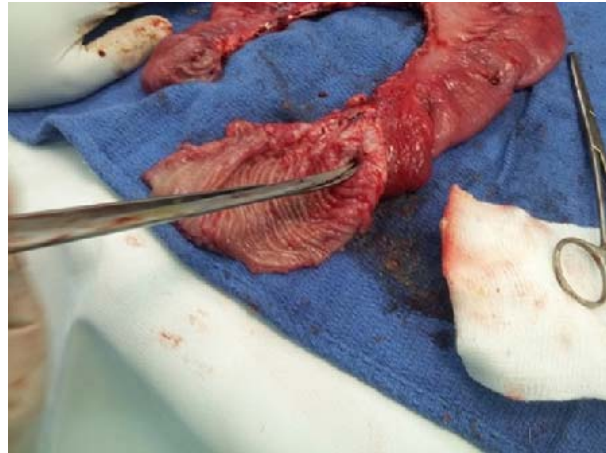


Fig. 3. Una vez resecada puede apreciarse la estreches de la luz del intestino proximal a la dilatación.

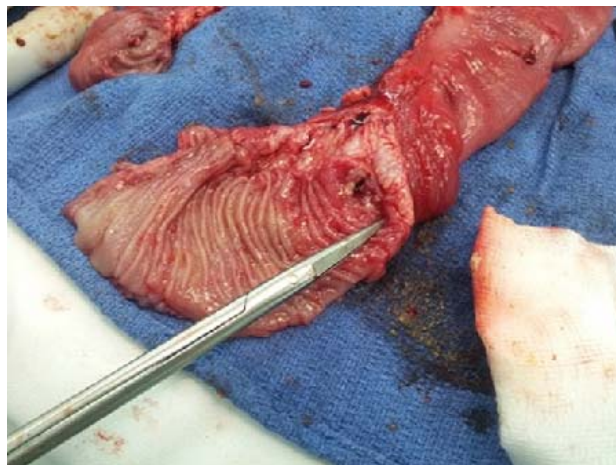


Fig. 4. Otra vista de la estenosis.



Fig. 5. Una vez terminada la sutura termino terminal del yeyuno.

Se realizó resección de intestino que comprendió la zona dilatada y estenótica, en una extensión de aproximadamente 40 cm, sutura termino-terminal en un plano extramucoso.

La evolución posoperatoria resultó favorable, se logró la recuperación del tránsito intestinal al cuarto día, comenzándose la vía oral, la cual fue incrementándose progresivamente. Al 12º día posoperatorio se dio de alta previa interconsulta con el pediatra.

El día 20 del posoperatorio ingresó nuevamente con manifestaciones clínicas de íleo paralítico, que cedió con tratamiento convencional de reposición de líquidos y electrolitos, antibióticos, reposo del tubo digestivo y aspiración nasogástrica. Se confirmó diagnóstico de tuberculosis intestinal, se impuso tratamiento para esta enfermedad según protocolo del país, comenzó franco proceso de mejoría clínica, una vez restablecido el tránsito del tubo digestivo, se procedió a dar alta por cirugía.

DISCUSIÓN

La tuberculosis intestinal constituye una afección muy frecuente en este continente africano, con diversas formas de presentación.

La peritonitis, la oclusión intestinal y las fístulas siempre hay que tenerlas presente, sobre todo las dos primeras ante cualquier paciente con manifestaciones de abdomen agudo independientemente de la edad.

Un adecuado tratamiento médico y quirúrgico adecuado y temprano contribuye a la cura del paciente, como lo acontecido con esta pequeña paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huaman López N. Tuberculosis intestinal y peritoneal. Rev Soc Peruana Med Int [Internet]. 2002 [citado 14 Abr 2017]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/spmi/v15n1/tuber_intest_perito.htm.
2. Perú. Ministerio de Salud. Impacto socioeconómico de la tuberculosis en el Perú 2012. [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2012 [citado 14 Abr 2017]. Disponible en: https://issuu.com/comite_vigilancia-coremusa-ll/docs/impacto_socio_economico_de_la_tuberculosis-peru/118.
3. Farías Llamas OA, López Ramírez MK, Morales Amezcua JM, Medina Quintana M, Buonocunto Vázquez G, Rivas Chávez I, *et al*. Tuberculosis peritoneal e intestinal, una enfermedad ancestral que impone nuevos retos en la era tecnológica. Informe de un caso y revisión de la literatura. Rev Gastroenterol Mex [Internet]. 2005 [citado 12 Abr 2017]; 70(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gastro/ge-2005/ge052i.pdf>.
4. Jakubowski A, Elwood RK, Enarson DA. Clinical features of abdominal tuberculosis. J Infect Dis. 1988; 158:687-92.
5. Tan D, Fein PA, Jorden A, Avram MM. Successful treatment of tuberculosis peritonitis White maintaining patient on CAPD. Adv Periton Dial. 1991, 7: 102-4.
6. Watters DAK. Surgery tuberculosis before and after human immunodeficiency virus infection. A tropical perspective. Br J Surg [Internet]. 1997 [citado 16 Abr 2017]; 84(1):8-14. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2168.1997.02687.x>.

7. Horvath KD, Whelan RL. Intestinal tuberculosis: Return of an old disease. Am J Gastroenterol. 1998; 93(5):692-6.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Recibido: 11 de diciembre de 2017.

Aprobado: 24 de enero de 2018.

Manuel de Jesús Pérez Suárez. Hospital Provincial General Carlos M. de Céspedes.
Bayamo. Granma. Cuba. Email: manuelperesuarez1963@gmail.com.