

TUBERCULOSIS INTESTINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

CHU JUAN CANALEJO; Chu juan canalejo; López García, Sara; Alvite Canosa, Marlen; Alonso Fernandez, Leticia ;Ares Farpón, Fabio; Seoane Vigo, Marta; Maceira Quitián, Francisco; Gómez Freijoso, Carlos; Carro Rey, Enrique; Alvite Canosa, Marlen; Alonso Fernandez, Leticia; Ares Farpón, Fabio; Seoane Vigo, Marta; Maceira Quitián, Francisco; Gómez Freijoso, Carlos; Carro Rey, Enrique

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis intestinal es una entidad rara en los países occidentales, cuya incidencia se ha incrementado en los últimos 20 años, particularmente, debido a la llegada de inmigrantes desde zonas endémicas y a la afectación de pacientes VIH o inmunodeprimidos. La clínica suele ser inespecífica y el diagnóstico, difícil; hasta en 25 % de los pacientes la Rx de tórax es normal.

El sitio más frecuente de afectación intestinal es la región ileocecal.

El tratamiento de elección es médico con drogas antituberculosas durante al menos 6 meses; reservándose la cirugía para las complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 21 años, sin antecedentes de interés, acude a urgencias por dolor abdominal intenso de 4 días de evolución y fiebre de 40°C. A la exploración, distensión abdominal y peritonismo generalizado. La analítica sanguínea sólo refleja discreta leucocitosis. La analítica de orina sin alteraciones y test de embarazo negativo. Rx de abdomen muestra íleo reflejo siendo la de tórax normal. En ECO abdominal, se aprecia gran cantidad de líquido libre.

Ante la existencia de este cuadro de abdomen agudo, se realiza laparotomía exploradora, encontrándose ascitis turbia, siembra granular peritoneal generalizada, y engrosamiento de la pared intestinal afectando principalmente al íleon terminal y apéndice. Se recoge muestra del líquido ascítico, del peritoneo y del mesenterio.

Los estudios histológicos demostraron la presencia de granulomas tuberculoides muy sugestivos de siembra miliar tuberculosa y el líquido ascítico elevada cantidad de proteínas y células linfocíticas.

RESULTADOS: La paciente recibe durante 6 meses, tratamiento con tres antituberculosos (isoniacida, rifampicina y piracinamida), estando asintomática.

CONCLUSIONES: Nuestro caso aporta una reflexión sobre la dificultad de diagnóstico de la TI cuando afecta a pacientes inmunocompetentes y sin evidencia de enfermedad pulmonar; y de las repercusiones del retraso en la instauración de un tratamiento adecuado. La clínica y las pruebas complementarias, suelen ser inespecíficas y sólo un estudio histopatológico postquirúrgico, es, en la mayoría de los casos, la base del diagnóstico.