## Cartas al Director

## Tuberculosis intestinal perforada en paciente inmunocompetente

Palabras clave: Tuberculosis intestinal. Perforación intestinal. Peritonitis.

Key words: Intestinal tuberculosis. Intestinal perforation. Peritonitis.

## Sr. Director:

La incidencia de la tuberculosis (TBC) intestinal está aumentando en los países desarrollados debido al aumento de inmigrantes procedentes de áreas de riesgo y al aumento del sida. La patogenia de la enteritis tuberculosa se produce por la ingesta de alimentos o esputos contaminados, por diseminación hematógena de una tuberculosis pulmonar activa o miliar o por afectación de otros órganos contiguos (1). Macroscópicamente las lesiones pueden presentarse como úlceras superficiales o lesiones pseudotumorales.

La clínica es inespecífica presentándose como dolor abdominal crónico en pacientes inmunodeprimidos; también puede cursar con diarrea, síndrome general y fiebre. Las pruebas de laboratorio pueden mostrar una discreta anemia y un aumento de la velocidad de sedimentación con un recuento leucocitario normal. El test de la tuberculina (mantoux) suele ser positivo aunque no discrimina la sensibilización previa de la infección activa, pero un mantoux negativo no descarta una infección tuberculosa como el caso que presentamos, pues en la tuberculosis miliar los pacientes presentan anergia en la prueba. Los hallazgos radiológicos son inespecíficos aunque en la tomografía axial computerizada (TAC) pueden observarse linfadenopatías mesentéricas. La localización anatómica más frecuente es la región ileocecal donde el Mycobacterium tuberculosis anida y desencadena un proceso de

inflamación que termina con ulceración de la mucosa y posterior cicatrización.

El diagnóstico diferencial se establece principalmente con la enfermedad de Crohn y con otras infecciones menos frecuentes como *actinomycosis*, amebiasis, *yersinia* enterocolítica, linfoma y adenocarcinoma, estableciéndose el diagnóstico definitivo con la histología y el cultivo positivo de las lesiones.

La complicación más frecuente es la obstrucción intestinal, siendo excepcional la perforación, debiendo en ambas realizarse un tratamiento quirúrgico precoz (2).

Se han descrito perforaciones secundarias de localización ileal, cólica con perforación retroperitoneal y yeyunal (3,4). En la mayoría de la literatura revisada, la afectación intestinal se produce de forma secundaria a otro tipo de afectación tuberculosa, bien pulmonar o miliar, casi siempre en el contexto de una infección por el VIH, siendo excepcional la presentación como perforación intestinal primaria así como en pacientes inmunocompetentes (5). La serie más amplia documentada en la literatura procede de India, en la que se presentan 58 casos intervenidos entre 1987 y 1996 con una mortalidad posoperatoria del 29,3% encontrando como factores de mal pronóstico: el retraso en la intervención de más de 36 horas, las perforaciones múltiples y la presencia de fístula fecaloidea.

El procedimiento quirúrgico más adecuado es la resección segmentaria del intestino afectado y la anastomosis terminoterminal, con mejores resultados en cuanto a mortalidad posoperatoria que otras técnicas menos agresivas como la excisión de la perforación y la sutura primaria con parche de epiplón, el *by pass* o el drenaje solo (6).

El tratamiento médico de la tuberculosis intestinal es similar al de la tuberculosis pulmonar debiendo reservarse el tratamiento quirúrgico, como hemos dicho, sólo para las complicaciones o dificultad para la obtención de material microbiológico e histológico.

En nuestro hospital hemos atendido a un varón de 24 años que consultó por dolor abdominal crónico y diarrea acompañado de fiebre, diaforesis nocturna y vómitos. La analítica al ingreso fue normal, incluída la proteína C reactiva.

En el TAC toracoabdominal se observó infiltrado en parénquima pulmonar sugestivo de secuela tuberculosa así como adenopatías mesentéricas y engrosamiento del íleon terminal. El cultivo de esputo y el de orina fueron negativos pero los hemocultivos y el cultivo del aspirado de médula ósea fue positivo para Mycobacterium tuberculosis. La prueba de la tuberculina (mantoux) fue negativa así como los anticuerpos del VIH. Se realizó estudio inmunológico, incluyendo inmunoglobulinas séricas, subpoblaciones de linfocitos CD3, CD4 y CD8, autoanticuerpos ANA, anti DNA, y ANCA, resultando todos ellos negativos.

Durante el ingreso el paciente presentó un cuadro de peritonitis generalizada. La analítica sanguínea reveló leucocitosis con desviación izquierda y una proteína C reactiva de 14,1 mg/dl siendo necesaria la laparotomía urgente. En la intervención quirúrgica se objetivó una perforación ileal con un absceso abdominal. Se realizó resección ileocecal y anastomosis ileocólica. El resultado anatomopatológico de las piezas resecadas fue: enterocolitis granulomatosa tuberculoide (técnica para bacilos ácido-alcohol resistentes positiva) y linfadenitis granulomatosa tuberculoide. La identificación genómica (PCR-ELI-SA) resultó positiva para Mycobacterium tuberculosis. El paciente evolucionó favorablemente, asociándose tratamiento médico tuberculostático con rifampicina e isoniacida durante seis meses y pirazinamida durante dos meses.

J. L. Ruiz Gómez, R. A. García Díaz, J. C. Rodríguez San Juan, D. García Palomo1 y M. Gómez Fleitas

Servicio de Cirugía General II. Departamento de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

## Bibliografía

- 1. Horvath KD, Whelan RL. Intestinal tuberculosis: Return of an old disease. Am J Gastroenterol 1998; 93: 692.
- Kapoor VK. Abdominal tuberculosis. Postgrad Med J 1998; 74: 459.
- Heinrich S, Hetzer FH, Bauerfeind P, Jochum W, Demartines N. Retroperitoneal perforation of the colon caused by colonic tuberculosis: Report of a case. Dis Colon Rectum 200;47 (12): 2211-4.
- Acea Nebril B, Rosales Juega D, Prada Puentes C, Arnal Monreal F, Gómez Freijoso C. Perforated jejunal tuberculosis in a patient with HIV-infection. Rev Esp Enferm Dig 1998; 90 (5): 369-71
- 5. Serf R, Rotterova P, Konecny J. Perforation peritonitis in primary intestinal tuberculosis. Dig Surg 2001; 18 (6): 475-9.
  Talwar S, Talwar R, Prassad P. Tuberculous perforations of the small
- intestine. Int J Clin Pract 1999; 53 (7): 514-8.