

TUBERCULOSIS PERITONEAL

Univ. Cristhians Ruiz Villegas*

Univ. Pablo Sanjinez Segovia**

Univ. Malika Roelants du Vivier Liegeois***

Dr. Cesar Ruiz Revollo Julio****

*Estudiante de 5to Año de Medicina - UMSA
Ex - Auxiliar de Docencia de la Cátedra de Cirugía I

Auxiliar de Investigación del IINSAD

Miembro titular de la SCEM - UMSA

**Estudiante de 4to Año de Medicina - UMSA

Miembro Titular SCEM - UMSA

***Estudiante de 5to Año de Medicina - UMSA

Miembro Titular SCEM - UMSA

****Cirujano General

Docente Titular de Técnica Quirúrgica de la UPEA
Jefe de Cirugía del Hospital Municipal Modelo Corea

Diseño: Reporte de un Caso

Contexto o Lugar: Hospital de Clínicas, Servicio de Cirugía General, La Paz - Bolivia

Paciente: H.O.

Resumen

Se presenta el caso de un paciente varón de 31 años de edad, con un cuadro clínico de dolor abdominal tipo cólico, acompañado de vómitos, fístulas entero cutáneas, bridas y adherencias, desnutrición proteica calórica, desequilibrio hidroelectrolítico y sepsis generalizada. ⁽¹⁾

Los estudios laboratoriales son compatibles con una infección crónica y el estudio anatomopatológico demostró una Peritonitis Crónica Granulomatosa Tuberculosa.

La respuesta clínica al tratamiento fue desfavorable; a pesar de mostrar una mejoría leve en el cierre de las fístulas entero cutánea; el cuadro clínico que presentaba el paciente fue muy severo ocasionando unos días después su fallecimiento por una falla multiorgánica.

Palabras Claves: Tuberculosis Peritoneal, Fístula Entero cutánea, dolor abdominal.

Abstract

A 31 years old man with an abdominal pain colic type, accompanied by vomits, whole dermic fistulas, bridles and adhesions, caloric protein malnutrition, hydro electric imbalance and generalized sepsis. ⁽¹⁾ The laboratoriales studies are compatible with a chronic infection and the anatomopatogy study demonstrated a chronic peritonitis granulomatose Tuberculose.

The clinical answer to the treatment was unfavorable.

Key words: Peritoneal tuberculosis, cutaneous Whole Fistula, abdominal pain.

INTRODUCCION

Los padecimientos de esta enfermedad son tan antiguos como la humanidad, tal como atestiguan osamentas del período Neolítico. A pesar de esto la relación entre la enfermedad pulmonar y las formas extrapulmonares no se estableció hasta 1804 con los escritos de Laennec. La naturaleza infecciosa de la Tuberculosis se describió a finales del mismo siglo en los trabajos de Vellemin y Koch. El primer caso documentado de Tuberculosis peritoneal data de 1843 en un Hospital de New York, en el siglo XX se introduce la quimioterapia antituberculosa que marca el inicio del declive epidemiológico de la enfermedad en los países industrializados y los países del tercer mundo se comportaron como reservorio dadas sus condiciones socioeconómicas. La Tuberculosis de localización Intestinal y/o peritoneal es interesante por su signo-sintomatología ya que el síntoma frecuente es el dolor abdominal tanto espontáneo como a la palpación, se acompaña de náuseas y vómitos ^(1,2).

Con el advenimiento de la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) resurge la Tuberculosis como problema de salud al modificar su magnitud y naturaleza.

Conocida como "la gran simuladora" la Tuberculosis mimetiza una gran cantidad de padecimientos y en su variante peritoneal puede comportarse clínicamente como otra patología abdominal. De hecho, si no se sospecha puede pasar por alto o diferirse indefinidamente, lo cual repercute de forma significativa en las tasas de morbilidad y mortalidad por la afección ⁽³⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 31 años de edad consulta al hospital de Clínicas, Servicio de Cirugía por presentar dolor abdominal cólico, acentuado en la región de mesogastrio y epigastrio acompañado de vómitos al principio de tipo alimenticio y posteriormente de característica biliosa refiriendo además distensión abdominal, que cedía con los vómitos. Paciente natural de Sapahaqui, de ocupación chofer, que en su domicilio no cuenta con alcantarillado, alimentación predominante en carbohidratos, bebedor ocasional de bebidas alcohólicas. Diuresis 2 veces al día, catarsis intestinal 1 vez por día.

Refiere que en agosto del 2004 sufrió un accidente de tránsito por lo que fue sometido a cirugía por fractura de clavícula izquierda y Esplenectomía, en enero del 2005 ingresa nuevamente al servicio de cirugía, realizándose liberación de bridas y adherencias, ocasión en la que es reintervenido a los 10 días por presentar dolor inespecífico, habiendo tomado biopsia de tejido fibroadiposo. Al examen físico general y segmentario, paciente en decúbito dorsal pasivo, con fascias dolorosa caquética, signos vitales Presión Arterial: 70/50 mmHg, Frecuencia Cardíaca: 60 lpm, Frecuencia Respiratoria: 24 cpm, Temperatura Oral: 36.8 °C, Peso actual: 50 Kg., Talla: 167 cm., IMC: 17.9 Kg/cm². Piel y mucosas levemente deshidratadas y pálidas. Conjuntivas hipocrómicas, labios delegados simétricos ligeramente pálidos. Piezas dentales, en regular estado general. En abdomen: se encuentra ligeramente distendido, herida quirúrgica abierta por dehiscencia de sutura de piel de aproximadamente 20 cm., observándose tres fístulas entero parietales y tres fístulas entero cutáneas dos en fosa iliaca derecha y una en fosa iliaca izquierda, observándose salida de contenido entérico, no doloroso a la palpación superficial, doloroso a la palpación profunda en flancos y fosas ilíacas aparentando, Blumber (+) y signo del tablero de ajedrez (+), timpanismo en flancos derecho e izquierdo, RHA(+) hipo activos. A la inspección presencia de edema en ambos miembros inferiores, Signo de Göedet positivo (+). Se realizaron los siguientes exámenes laboratoriales tomando en cuenta los aspectos más importantes, tenemos: Examen Bioquímico: Proteínas Totales: 3.9g/dl (6.2 - 8.5 g/dl), Albúmina: 0.8g/dl (3.5 - 5.3 g/dl), Cl: 108 mEq/L (98 - 106 mEq/L). Hemograma: GB: 20200 xmm³ (5000 - 8000), Hto: 39 %, (51 - 58 +-2), Hb: 12.4 g% (15.5 - 19 +-2), GR: 4173000 mm³ (4.8 - 5.8 x 10⁵), Cayados: 8 % (1 - 3), 816 mm³, Segmentados: 80 % (55 - 65), 8160 mm³, Linfocitos: 11% (20 30), 1122 mm³ Grupo Sanguíneo: ORH (+).

Anatomía Patológica: Fragmento irregular de tejido blando de aspecto adiposo y fibroso. Mide 4 cm. de tamaño mayor, las caras de sección muestran un aspecto fribrótico con zonas amarillentas y mapeadas. En microscopía: cortes histológicos exhiben,

tejido fibroadiposo con intensa proliferación fibrosa, con zonas de necrosis de caseificación, células epitelioides de disposición concéntrica, células gigantes multinucleadas de tipo Langhans y rodeado por linfocitos, en continuidad con lobulillos adiposos.

Diagnostico Presuntivo. Peritonitis Crónica Granulomatosa Tuberculosa, Fístulas Entero cutáneas, Bridas, adherencias, Desnutrición proteica calórico, Desequilibrio hidroelectrolítico y Sepsis.

Diagnóstico Definitivo : Peritonitis crónica granulomatosa tuberculosa.

Diagnósticos Diferenciales. Peritonitis Bacteriana, Apendicitis, Enfermedad de Crohn.

Tratamiento: Desde su ingreso el paciente tiene las siguientes indicaciones. Dieta blanda hipercalórica e hiperproteica, Control de Signos Vitales cada 4 horas hasta estabilización, Control de ingresos y egresos, Control y aspirado de herida operatoria, O2 húmedo 6 libras / mint., Venoclisis para 24 horas 2000ml, Solución fisiológica 1000 ml. + 1amp.Complejo B + 1 amp. Vit. C, Dextrosa 5% 1000 ml., Ranitidina 50 mg IV cada 8 horas, Dioxadol 1 amp. IV por requerimiento, Curación de herida operatoria, Tratamiento

antituberculoso específico., INH/RIF 2 tabletas a 7:00, ETB 2 tabletas a 11:00, PZD 2 tabletas a 15:00.

Discusión

La evolución de esta enfermedad infecciosa crónica desarrolla cambios morfológicos observados en todas las enfermedades inflamatorias del intestino que hace pensar en patologías distintas al del diagnostico final. El diagnostico de la tuberculosis peritoneal es muy difícil clínicamente, pero podemos confirmar con el estudio Histopatológico que es el definitivo ^(4,5).

En cuanto al tratamiento al igual que en la tuberculosis pulmonar, debe tratarse por 6 meses ya que la carga basilar es menor que en la enfermedad pulmonar cavitaria, INH, RFP, PZM, penetran bien en la mayoría de los tejidos ^(6,7).

Queremos hacer hincapié que al disminuir la producción de liquido gastrointestinal, disminuye la circulación gastroenterocólica, favoreciendo así el cierre de las fístulas entero cutáneas por eso es recomendable no dar nada por vía oral, colocar una vía central para la nutrición, también la reposición de proteínas es muy importante mejorando así el estado de desnutrición en que se encontraba este ^(8,9).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Aston NO. y cols, Abdominal Tuberculosis, Br. J. Clin Pract,1990; 44:58
2. Bhansali SK, Abdominal Tuberculosis, Experiences with 300 cases, Am J. Gastroenterol 1977; 67:324
3. Bhargava DK. Y cols, Adenosine Deaminase (ADA) in peritoneal tuberculosis, Diagnostic value in ascetic fluid and serum. Tubercle, 1990; 71 :121
4. Borhanmanesh F. y cols, Tuberculous Peritonitis, prospective study of 32 cases in Iran., Ann Intern Med; 1972; 76: 567
5. Farga V., Tuberculosis 1ra Edicion ; 89: 90
6. Farreras Rozman Medicina Interna, Edicion 14va.
7. Harrison, Principios de Medicina Interna, Edición 15va.2002; 1209: 1222
8. Manual Merck, Edición 10ma., Editorial Harcourt, Año 1999; 1210: 1211
9. Manohar A. y cols, Symptoms and findings in 145 patients with tuberculous peritonitis diagnosed by peritoneoscopy and biops over a five year period. Gut 1990; 31: 1130
10. Patología Especial, J. Ríos Dalenz, Edición 2da., Editorial Juventud, año 1996
11. Patología Estructural y Funcional, Robbins, Edición 6ta., Editorial Mc Graw Hill - Interamericana.