

## **Absceso intrabdominal secundario a tuberculosis intestinal en el Hospital General Dolisie de la República del Congo**

### **Intra-abdominal abscess secondary to intestinal tuberculosis in general hospital Dolisie, Republic of Congo**

**Carlos Antonio Sánchez Portela**

Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Cuba

---

#### **RESUMEN**

La incidencia de TB intestinal es desconocida, ya que puede ser asintomática y por su naturaleza a menudo resulta en diagnósticos erróneos, por lo que se debe tener un alto índice de sospecha en poblaciones de alto riesgo. Los abscesos intrabdominales en el curso de esta es una complicación poco frecuente, con una incidencia entre 2 y 30 %. Presentamos un paciente masculino de 52 años de edad, con masa abdominal en mesogástrico, asociada a dolor abdominal y pérdida de peso. Se comienza su estudio con Rx. de tórax y ecografía abdominal, el cual reporta masa de 90 x 47 mm en el peritoneo, es intervenido quirúrgicamente y drenado por absceso intrabdominal. Se diagnostica TB intestinal, su evolución fue satisfactoria después de iniciado el tratamiento antituberculoso. Ante un paciente con síntomas de abdomen agudo, es importante realizar un diagnóstico temprano de TB intestinal. Esto evitaría una intervención innecesaria, porque el diagnóstico de la TB intestinal es médico. Si se realiza la intervención, puede confirmarse el diagnóstico mediante las lesiones encontradas; acción que impediría una resección intestinal innecesaria pues el tratamiento antituberculoso resolvería la TB. Generalmente, el diagnóstico se realiza durante una cirugía o por procedimientos invasivos con otros propósitos, por ser esta de difícil diagnóstico clínico y que la irregularidad del tratamiento antituberculoso es un importante factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones en la TB intestinal diagnosticada. Esta es altamente efectivo en la resolución de complicaciones de moderada gravedad como la obstrucción intestinal y los abscesos intrabdominales.

**Palabras clave:** absceso intrabdominal; tuberculosis intestinal.

## ABSTRACT

The incidence of intestinal tuberculosis is unknown since it may be symptom-free and lead to frequent misdiagnoses, so one should highly suspect of intestinal tuberculosis in high risk populations. The intra-abdominal abscesses are rare complications, with an incidence rate of 2 to 30%. Here is the case of a 52 years-old male patient who had an abdominal in her mesogastrium associated to abdominal pain and weight loss. The first testing was thorax X-ray and abdominal ultrasound, which revealed the presence of a 90x74mm mass in the peritoneum. As a result, he was operated on including intrabdominal abscess drainage. The final diagnosis was intestinal tuberculosis, being the recovery satisfactory after the anti-tuberculosis treatment. It is fundamental to make emphasis on the importance of early diagnosis of intestinal tuberculosis in patients with acute abdomen symptoms in risk groups since this may avoid surgical treatment. The diagnosis based on macroscopic findings in case of surgical treatment may also avoid unnecessary intestinal resections. Generally speaking, the diagnosis is made during a surgery or by invasive procedures with other purposes since the clinical diagnosis is difficult; irregular anti-tuberculosis treatment is a significant risk factor for the development of complications in diagnosed intestinal tuberculosis. It is highly effective in the resolution of moderate-severity complications such as intestinal obstruction and intra-abdominal abscesses.

**Keywords:** intra-abdominal abscess; intestinal tuberculosis.

---

## INTRODUCCIÓN

La tuberculosis intestinal fue considerada la complicación más frecuente de la tuberculosis pulmonar activa en la primera mitad del siglo XX, asociándose entre 6 al 9 % de los pacientes con esta última localización. No obstante, con el advenimiento de una quimioterapia antituberculosa eficaz, esta simultaneidad llegó a ser rara en la última década y la tuberculosis pulmonar primaria descendió significativamente, experimentando un incremento después de la aparición del SIDA.<sup>1</sup>

La infección por tuberculosis (TBC) presenta una alta prevalencia con afectación aproximadamente de una tercera parte de la población mundial y con tres millones de muertes anuales.<sup>2</sup>

Según datos de la OMS, su tasa de incidencia es de 23 casos por 100,000 habitantes en países industrializados.<sup>3</sup> En nuestro país, desde mediados de los noventa, la incidencia de casos de TBC se mantuvo estable. En los últimos años, se constató una pequeña tendencia al aumento en ciertos grupos etarios (25-34 años). Actualmente, la tasa es de 25 casos por 100,000 habitantes.<sup>4</sup>

La mayoría de los casos de tuberculosis peritoneal son resultado de la reactivación de un foco pulmonar latente establecido previamente por vía hematogena y no aparente al estudio radiológico. Solo una sexta parte de los casos están asociados a un foco pulmonar activo.<sup>5</sup>

La tuberculosis (TB) abdominal actualmente representa 11% de todas las formas extrapulmonares y 0,5 % de todos los casos nuevos de TB. Suelen presentarse clínicamente de manera inespecífica, por lo cual el diagnóstico sólo se logra por medio de imágenes o métodos invasivos para la obtención de tejido.

La afección del abdomen ocupa el sexto lugar, después de la ganglionar, genitourinaria, osteoarticular, miliar y meníngea. Del total de pacientes con TB abdominal, 25 al 75 % requerirán cirugía. La oclusión intestinal representa 15 al 60 % de las complicaciones, la perforación intestinal 1 al 15 %, abscesos y fístulas 2 al 30 % y las hemorragias 2 %.<sup>5</sup>

El objetivo del artículo fue presentar un caso clínico quirúrgico de un paciente con absceso intraperitoneal secundario a tuberculosis intestinal con discusión y revisión bibliográfica sobre esta forma de presentación.

## PRESENTACIÓN DE CASO

Se trata de un paciente masculino de 52 años de edad, de raza negra, con antecedentes personales de salud anterior. Asiste a consulta el 23 de diciembre de 2014 por dolor abdominal, vómitos, astenia, anorexia y toma del estado general de una semana de evolución, a febril, defeca y expulsa gases sin dificultad. Ingresa en el servicio de cirugía para un mejor estudio y tratamiento.

Al examen físico se constata: mucosas hipocoloreadas y algo secas, con buen estado de consciencia, al examen de los aparatos respiratorio y cardiovascular no se encontraron datos de interés y los signos vitales: TA: 110/70mmHg, FC: 92l/mtos, FR: 22r/mtos.

El dato más relevante dentro del examen físico estuvo a nivel del abdomen, encontrándose el resto de del examen sin hallazgos significativos a favor de la patología.

El abdomen estaba ligeramente distendido, con dolor abdominal generalizado, más acentuado en mesogástrico donde impresiona un empastamiento que pudiera estar en relación con una tumoración, con ligera defensa muscular involuntaria y peristalsis disminuida.

Dentro de los hallazgos de laboratorio tenemos: Hemoglobina (Hb) 8 g/dl, Hematocrito (Hto) 25,6 %, Glóbulos blancos (Gb)  $3,5 \times 10^3 / \text{mm}^3$ , Linfocitos 19,4 %, Monocitos 5,8 %, Polimorfonucleares 74,8 %, Plaquetas  $178,1 \times 10^3 / \text{mm}^3$ , Test de Widal para fiebre tifoidea Negativo, Gota gruesa Negativa, VIH Negativo, Tiempo de coagulación 2' 30", Tiempo de sangramiento. 3' 30"

Se realiza ecografía abdominal en la que se informa: hígado homogéneo, aumentado de tamaño (F= 142 mm), bordes regulares, vena porta y vena supra hepática de calibre normal. Existe una masa ecorefriente de contornos +/- regulares a nivel del peritoneo que mide 90 x 47 mm. Vesícula biliar alitiásica, de tamaño normal y paredes finas, páncreas de tamaño con ecoestructura normal, bazo homogéneo de tamaño normal (L=137mm) de contornos regulares. Vena esplénica de calibre normal, riñones de tamaño normal y buena diferenciación cortico medular, ausencia de líquido intraperitoneal, no adenopatías profundas. Se concluye que existe una masa ecorefriente de 90 x 47 mm en relación con un tumor de peritoneo a explorar ([Fig. 1](#)).



**Fig. 1.** Ecografía abdominal donde se observa masa ecorefrigente intraperitoneal.

Se realizó una radiografía de tórax, no se observan alteraciones pleuro pulmonares ni derrame pleural ni tumoraciones (Fig. 2).



**Fig. 2.** Radiografía de tórax normal.

El cuadro de dolor abdominal continua agravándose sin mejoría clínica ni ecográfica evidente. Por este motivo se decidió intervenir quirúrgicamente y el día 7 de enero de 2015 se realizó laparotomía exploradora. Se encontró como hallazgo laparotómico, la presencia de líquido libre intrabdominal con una tumoración a nivel de la raíz del mesenterio. Se trataba de un absceso intrabdominal secundario a posible tuberculosis intestinal por las lesiones macroscópicas observadas, como lesiones granulomatosas con siembra peritoneal generalizada, principalmente a nivel de íleo terminal y raíz del mesenterio.

Se realizó drenaje del absceso y se evacuó alrededor de 500 ml de líquido purulento. Se realizó un lavado peritoneal amplio de la cavidad abdominal y se tomó muestra del líquido purulento y de la pared del absceso para estudio anatomopatológico, el cual se informó como una inflamación granulomatosa necrosante de tipo tuberculoide. Con el diagnóstico de tuberculosis abdominal se trató con drogas antituberculostáticas. La evolución fue favorable, con normalización de la sintomatología.

## DISCUSIÓN

Conocida como "la gran simuladora", la TBC mimetiza una gran cantidad de padecimientos, y en su variante peritoneal puede comportarse clínicamente como cualquier otra enfermedad abdominal: carcinomatosis peritoneal, cáncer de ovario avanzado, enfermedades inflamatorias intestinales como la enfermedad de Crohn o la parasitosis intestinal, por lo que se requiere una alta sospecha diagnóstica.<sup>5,6</sup>

La tuberculosis es una infección causada por agentes del grupo *Mycobacterium tuberculosis complex* (*M. tuberculosis*, *M. bovis* y *M. africanum*) que puede afectar a la mayoría de órganos y aparatos del organismo, siendo el más frecuente el respiratorio y excepcional el intestinal. La tuberculosis abdominal ha disminuido en los países industrializados desde el control del *M. tuberculosis* con las campañas de realización de pruebas de tuberculina y la erradicación del *M. bovis* con el sacrificio del ganado contaminado y la pasteurización de la leche. La aparición del síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida (SIDA) y la elevada inmigración de los últimos años ha aumentado la incidencia de la tuberculosis,<sup>7</sup> aunque sobre todo las formas pulmonares, manteniéndose la forma abdominal con una incidencia muy baja.<sup>8</sup>

En los pacientes no infectados por el VIH, la TB extrapulmonar constituye del 10 % al 15 % de los casos, mientras que en los pacientes con VIH, esta cifra se eleva a más de 50 %.<sup>1,3</sup>

La afectación extrapulmonar en orden de frecuencia compromete el sistema linfático, el genitourinario, el óseo y articular, la forma miliar o diseminada, las meningitis y el abdomen.<sup>5</sup>

La tuberculosis, es un problema común de países en vías de desarrollo. La incidencia de tuberculosis extrapulmonar es variable de un país a otro.<sup>9</sup>

Puede afectar a cualquier región del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano, aunque con una mayor afectación a nivel íleo-cecal. Puede ser consecuencia de una afectación secundaria tras la deglución del esputo infectado, por contigüidad de órganos vecinos afectados, o por diseminación hematogena de afectación pulmonar; o bien, ser la afectación primaria por deglución de leche o comida

contaminada.<sup>10</sup> Actualmente, el más frecuente es el primero con el foco de inoculación en el pulmón.

La tuberculosis abdominal es una entidad muy rara y su forma de presentación puede simular un abdomen agudo, indicándose tratamiento quirúrgico precozmente sin realizar otras pruebas complementarias,<sup>11</sup> puede presentarse de tres formas clínicas: intestinal o mesentérica, peritoneal o calcificaciones abdominales asintomáticas.<sup>12</sup>

El diagnóstico se realiza ante la sospecha clínica por la prueba de la tuberculina, estudios de imagen (radiografía de abdomen, ecografía, TC y RM abdominal), colonoscopia con estudio histológico, cultivos y PCR de biopsias.

En ultrasonido, el hallazgo más relevante es ascitis, engrosamiento mesentérico mayor de 15 mm y linfadenopatías.<sup>13</sup>

En la mayoría de los casos, la clínica es anodina y en algunos, puede simular un abdomen agudo indicándose una intervención precoz ante la sospecha de apendicitis aguda.<sup>6,11</sup> En estos casos, es importante para el diagnóstico la imagen macroscópica del *caseum*, la cual puede confundirse con un absceso o quiste sobreinfectado.

El tratamiento recomendado es el mismo de las formas extrapulmonares con pirazinamida 2 meses e isoniazida y rifampicina 6 meses.<sup>6,8,14</sup> El tratamiento quirúrgico es la opción para las complicaciones.

Los corticoides no se recomiendan de entrada y sólo cuando aparecen complicaciones.<sup>14</sup> El pronóstico es bueno, y evoluciona a la curación total sin secuelas aunque se han descrito complicaciones abdominales como la obstrucción, perforación, abscesos, fístulas y sangrado gastrointestinal.<sup>5,10</sup>

Como conclusión, deseamos resaltar la importancia del diagnóstico precoz en casos de sintomatología de abdomen agudo en grupos de riesgo. Esto puede evitar una posible intervención quirúrgica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz O. Tuberculosis Intestinal, Amigdalary Pulmonar sincrónica. Rev. Esp. Enf. Digestivas. 1995;87(9):673-6.
2. Monill Serra JM. Tuberculosis abdominal. Barcelona: Hospital Sant Pau, 2005. [citado 10 de sep de 2015]. Disponible en: [http://www.radiolegsdecatalunya.cat/formacio/resums/GE46EA21\\_R.pdf](http://www.radiolegsdecatalunya.cat/formacio/resums/GE46EA21_R.pdf).
3. Braselli A. Tuberculosis, con especial referencia al paciente infectado por VIH. [Consulta: 10 de sep de 2015] Disponible en: <http://www.infecto.edu.uy/espanol/revisiontemas/tema1/tbctema.htm>.
4. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico precoz y oportuno de tuberculosis. Montevideo: MSP, 2011. [citado 10 de sep de 2015] Disponible en: [http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia\\_4802\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_4802_1.html).

5. Farías Llamas OA, López Ramírez MKL, Morales Amezcua JM, Quintana Medina M, Buonocunto Vázquez G, 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. 2005; 70(2): 169-79. [citado 25 de agosto 2015]. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/tuberculosis-peritoneal-e-intestinal-una/articulo/X0375090605238571/>
6. Rubio T, Gaztelu MT, Calvo A, Repiso M, Sarasíbar H, Jiménez Bermejo F, et al. Tuberculosis abdominal. An sistsanit Navar. 2005; 28(2): 257-60.
7. Maltezou HC, Spyridis P, Kafetzis DA. Extra-pulmonary tuberculosis in children. Arch Dis Child. 2000; 83: 342-6.
8. Sinhasan SP, Puranik RB, Kulkarni MH. Abdominal tuberculosis may masquerade many diseases. Saudi J Gastroenterol. 2011; 17(2): 110-3.
9. World Health Organization. Global Tuberculosis control. World Health Organization, 2009 (WHO/HTM/TB/ 2009.426).
10. Marshall JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. Am J Gastroenterol. 1993; 88: 989.
11. Pérez del Río MJ, Fresno Forcelledo M, Díaz Iglesias JM, Veiga González M, Álvarez Prida E, Ablanado Ablanado P, et al. Tuberculosis intestinal, un difícil diagnóstico de presunción. An Med Interna. 1999; 16: 469-72.
12. Veeragandham RS, Lynch FP, Canty TG, Collins DL, Dankner WM. Abdominal tuberculosis in children: Review of 26 cases. J Pediatr Surg. 1996; 31: 170-6.
13. Ferradas F, Rocha G, Thea M, Uez JL. Tuberculosis intestinal, Caso clínico quirúrgico y revisión bibliográfica. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 216 14 - Abril de 2014.
14. Ha HK, Ko GY, Yu ES, Ion KH, Hong WS, Kim HR, et al. Intestinal tuberculosis with abdominal complications: Radiologic and pathologic features. Abdom Imaging. 1999; 24: 32-8.

Recibido: 6 de septiembre de 2015.

Aprobado: 1 de octubre de 2015.

*Carlos Antonio Sánchez Portela*. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

Correo electrónico: [csanchezportela@gmail.com](mailto:csanchezportela@gmail.com)