

Cartas al Director

Obstrucción intestinal por tuberculosis colónica. Presentación de dos casos

Palabras clave: Tuberculosis. Colon. Obstrucción.

Key words: Tuberculosis. Colon. Obstruction.

Sr. Director:

Después de una importante disminución de la tuberculosis a partir de la década del 40 a nivel mundial, se notó en la década del 80 un incremento paulatino de esta enfermedad, fundamentalmente en pacientes inmunocomprometidos (1). La tuberculosis colónica es de rara presentación en Occidente (1,2), siendo más frecuente en países como India o Pakistán (1,3).

La localización colónica, representa para el médico un verdadero desafío diagnóstico (4), ya que en algunas oportunidades esta enfermedad es similar a tumores, enfermedad de Crohn, etc., o se presenta clínicamente como hemorragia digestiva o de una oclusión intestinal (1,2,5).

El objetivo de esta comunicación es el de presentar dos casos de tuberculosis con asiento colónico.

Caso clínico I

Se trata de una mujer de 67 años de edad, en mal estado general, que ingresa por dolor y distensión abdominal importante, náuseas y vómitos porráceos, ausencia de eliminación de gases y materia fecal de 4 días de evolución.

Al examen físico, paciente en mal estado general, deshidratada, desnutrida. Abdomen globuloso uniforme, timpánico con escasos ruidos hidro-aéreos. A la palpación, se observa dolor y defensa en fosa iliaca y flanco derecho, con reacción peritoneal moderada (paciente apendicectomizada cuando niña).

Como antecedentes, la paciente refiere pérdida de peso progresiva desde hace 2 años, astenia generalizada, pérdida del apetito y múltiples consultas en Buenos Aires por lo que impresionan cuadros suboclusivos. En una de esas consultas se le efectuó un colon por enema (Fig. 1), donde se observa una disminución del calibre de la unión del ciego y colon ascendente con una retracción del ciego. Se le realiza Rx directa de abdomen que muestra niveles de intestino delgado, Rx de tórax normal y laboratorio que informa leucocitosis y anemia moderada.

Con diagnóstico de tumor oclusivo de colon derecho, se decide conducta quirúrgica. En la sala de operaciones se detecta tumoración estenosante de la unión de ciego y colon ascendente, de aspecto acartonado y ganglios del meso-colon aumentados de tamaño.

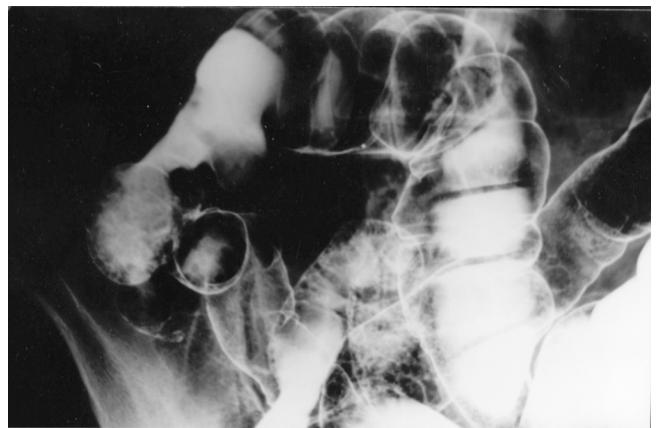


Fig. 1. Imagen de estenosis ceco-ascendente en colon por enema.

Se realiza una hemicolectomía derecha con criterio oncológico y re-transitación con anastomosis término-terminal ileo-transversa.

La paciente tiene buena evolución y es dada de alta al 10º día de postoperatorio.

La anatomía patológica informa tuberculosis colónica. La paciente inicia tratamiento poliquimioterápico, con muy buena respuesta, aumento de peso y recuperación total del apetito a 10 meses de operada.

Caso clínico II

Paciente de 30 años, sexo masculino, hábito atlético, en perfecto estado general y de nutrición. Estaba siendo asistido por gastroenterología en otra institución por un cuadro de dolor abdominal de etiología desconocida.

En la primera consulta, el paciente se quejaba de intenso dolor abdominal, cuadro suboclusivo, y presentaba al examen clínico una importante masa tumoral palpable en flanco y fosa iliaca derecha de \pm 10 cm de diámetro. El estudio prequirúrgico, Rx tórax incluida, fue normal.

Se operó como "urgencia programada". Incisión transversa derecha, se encontró un tumor de ceco-ascendente con importantes adenopatías paracólicas. El tumor medía aproximadamente 10 cm y las adenopatías eran de aproximadamente 2 cm. En la cirugía llamó la atención el tamaño de las adenopatías por lo cual si bien se pensó en cáncer de colon, no se descartó la posibilidad de una TBC intestinal.

Se efectuó hemicolectomía derecha, el paciente presentó un fleo prolongado, con débito alto por SNG, que obligó a mantener la misma durante 4 días. Por lo demás el post-operatorio fue normal. El paciente realizó tratamiento antibacilar con buena evolución a 8 años de operado.

Discusión

La tuberculosis colónica es infrecuente en los países occidentales (1,2), siendo más elevada su aparición en países como India y Pakistán (1,3). La aparición del sida, la inmunosupresión y el uso de corticoterapia han incrementado la aparición de la tuberculosis en países occidentales (6). En nuestro país debemos agregar las carencias nutricionales, que como en el caso I, pueden favorecer la infección.

La clínica de presentación de estos pacientes suele ser confusa con episodios de dolor abdominal, distensión, diarrea, pérdida de peso, astenia y anorexia como en nuestros pacientes (1,6). La aparición de una imagen sospechosa en los estudios contrastados, puede ser confundida con tumor o enfermedad de Crohn como lo refieren diversos autores (1,2,5), la colonoscopia con toma biopsia puede ser definitiva en el diagnóstico (3,4). En estos pacientes no fue efectuada la colonoscopia. En otras oportunidades la clínica de presentación puede estar representada por alguna complicación de la tuberculosis como el sangrado o como en los casos presentados un abdomen agudo oclusivo. En lo que respecta a los medios diagnósticos, como ya expresamos, el colon por enema y la colonoscopia deben ser utilizados de rutina, la Rx de tórax, puede mostrar un patrón radiológico de una TBC lo que en algunas oportunidades hace sospechar la etiología, en un porcentaje nada despreciable, 85% según algunos

autores (1), al igual que en los casos presentados, la radiografía de tórax no muestra imágenes compatibles con tuberculosis o son normales. La prueba de Mantoux es también importante y fundamental a la hora de realizar el diagnóstico.

Es fundamental, cuando se objetiva lesión colónica tener un alto índice de sospecha para poder llevar a cabo el algoritmo diagnóstico correcto.

Normalmente las lesiones a nivel de colon asientan en la región ceco-ascendente e íleon terminal (1), la localización en otras regiones del colon y principalmente recto son mucho más infrecuentes (7).

La terapéutica estará dictada por la existencia o no de diagnóstico previo, en estos casos, el tratamiento médico poliquimioterápico es mandatorio (1,3-5,7), quedando el tratamiento quirúrgico para las ocasiones donde el diagnóstico no pudo ser establecido y se presenta, como en nuestros casos, con un abdomen agudo, siendo la anatomía patológica la que certifica el diagnóstico. El tratamiento poliquimioterápico debe ser instaurado a continuación (1,3). Nuestros pacientes evolucionaron favorablemente con recuperación de peso y apetito y siguen en control.

En conclusión podemos afirmar que la tuberculosis en países occidentales en vías de desarrollo presenta un incremento paulatino, que el diagnóstico de la enfermedad con asiento colónico suele ser difícil, que el mismo depende de un alto índice de sospecha, que el tratamiento médico es el ideal para estos pacientes y que el tratamiento quirúrgico se emplea en pacientes sin diagnóstico y que ingresan por algún tipo de abdomen agudo que requiere solución quirúrgica.

G. A. Nari, J. Dalale¹, O. H. Ponce y V. Yanucci

Servicio de Cirugía General. Sanatorio San Martín. ¹Sanatorio Santiago. Santiago del Estero, Argentina

Bibliografía

1. Goligher J. Otros tipos de colitis. En: Cirugía del ano, recto y colon. 2ª ed. Salvat Editores S.A. 1987. p. 1001-4.
2. Chatzicostas C, Koutroubakis Y, Tzardi M, Roussomoustakaki M, Prassopoulos P, Kouroumalis E. Colonic tuberculosis mimicking Crohn's disease: case report. BMC Gastroenterol 2002; 13: 10-2.
3. Misra S, Misra V, Dwivedi M, Gupta S. Colonic tuberculosis: clinical features, endoscopic appearance and management. Gastroenterol Hepatol 1999; 14: 723-9.
4. Naga M, Okasha H, Ismail Z, El-Fatary M, Hassan S, Monir B. Endoscopic diagnosis of colonic tuberculosis. Gastrointest Endosc 2001; 53: 789-93.
5. Lau C, Wong A, Yee K, Loo C, Hui P, Lam K. A case of colonic tuberculosis mimicking Crohn's disease. Hong Kong Med J 1998; 4: 63-6.
6. Villanueva Sáenz E, Martínez Hernández Magro P, Álvarez F, Tostado Fernández J, Valdés Ovalle M. Colonic tuberculosis. Dig Dis Sci 2002; 47: 2045-8.
7. Puri A, Vij J, Chaudhary A, Kumar N, Sachdev A, Malhotra V, et al. Diagnosis and outcome of isolated rectal tuberculosis. Dis Colon Rectum 1996; 39: 1126-9.