

Sangrado digestivo bajo masivo por tuberculosis en íleon. Presentación de un caso clínico

Tte. Cor. M.C. Ret. Gonzalo de la Torre-Martínez,* Tte. Cor. M.C. Ret. Rafael Garza-Álvarez*

Corporativo Hospital Satélite, Estado de México.

RESUMEN

Objetivo. Informar de una paciente con sangrado digestivo bajo masivo tratada quirúrgicamente, ocasionado por tuberculosis de intestino delgado.

Sede. Hospital de tercer nivel de atención.

Diseño. Informe de un caso.

Descripción del caso. Paciente femenina de 36 años de edad que ingresa por urgencias en malas condiciones generales, con choque hipovolémico grado II, palidez generalizada y sangrado agudo importante transrectal; antecedente de tres semanas en que presenta aparente cuadro de infección de vías respiratorias altas tratada con antibióticos, pérdida de peso, fiebre no cuantificada y deterioro del estado general. En interrogatorio postoperatorio refiere la ingesta de productos lácteos sin pasteurización. La exploración de abdomen es negativa, la hemoglobina a su ingreso fue de 5.9 g, las placas de abdomen y tórax se reportan como normales. Se mejoró su estado hipovolémico con soluciones cristaloides y paquetes globulares, se le efectuó esofagogastroduodenoscopia sin encontrar sangrado y colonoscopia encontrándose sangre fresca en todo el colon que provenía de intestino delgado. Se procedió a efectuar laparotomía exploradora ante las condiciones de gravedad de la paciente, efectuándole endoscopia transoperatoria del intestino delgado mediante una enterostomía en íleon, encontrándose lesiones ulcerosas hipertróficas sangrantes en un segmento de aproximadamente 10 cm de íleon terminal a 40 cm de la válvula ileocecal, se efectuó la resección del segmento lesionado y anastomosis. La paciente evoluciona satisfactoriamente en el postoperatorio y reportándose la pieza quirúrgica como lesiones granulomatosas ulcerativas compatible con tuberculosis intestinal.

Conclusión. Se presenta un caso de urgencia quirúrgica por sangrado digestivo bajo masivo de intestino delgado de difícil diagnóstico. En nuestro país se debe tomar en cuenta a la tuberculosis intestinal como causa de sangrado digestivo bajo masivo, acompañado de algunos de los síntomas más frecuentes con antecedente de tipo alimenticio, socioeconómico y con condiciones higiénicas deficientes.

Palabras clave: Sangrado digestivo, tuberculosis intestinal, íleon.

Bleeding digestive under massive by tuberculosis in ileon. Presentation of clinical case

SUMMARY

Objective. Report a patient with bleeding digestive under massive surgically treated, caused by tuberculosis of thin intestine.

Seat. Hospital of third level.

Design. Report of a case.

Description of the case. Feminine patient of 36 years old that enters by urgencies in bad general conditions, with hypovolemic shock, degree II, generalized pallor and important transrectal bleeding acute; antecedent of three weeks in which it presents apparent frame of high respiratory infection of respiratory routes with antibiotics, loss of weight, fever nonquantified and deterioration of general state. Postoperating interrogation it refers milky without pasteurization product ingestion. Abdominal exploration is negative, hemoglobin its entrance was 5,9 grs, abdomen plates and thorax were reported normal. Its hypovolemic state with crystalloids solutions improved and globular packages, took place esophagogastroduodenoscopy to him without finding bleeding and colonoscopy being fresh blood in all colon that came from thin intestine. It was come to carry out exploratory laparotomy before conditions of gravity, being carried out to him endoscopy transoperatory of thin intestine by means of enterostomy in ileon, being bleeding hypertrophic ulcerous injuries in segment of 10 cm of ileon terminal approximately to 40 cm of ileocecal valve, one took place the resection of the injured segment and anastomosis. Patient evolves satisfactorily in the postoperating one and reporting surgical piece as ulcerative granulomatoses injuries compatible with intestinal tuberculosis.

Conclusion. A bleeding case of surgical urgency by digestive appears under massive of thin intestine difficult diagnosis. In our country one is due to take into account to intestinal tuberculosis like bleeding cause from digestive under massive, accompanied by some by the most frequent symptoms with antecedent of nutritional, socioeconomic type and with deficient hygienic conditions.

Key words: Bleeding digestive, intestinal tuberculosis, ileon.

* Cirujanos del Corporativo Hospital Satélite.

Correspondencia:

Tte. Cor. M.C. Ret. Gonzalo de la Torre-Martínez

Corporativo Hospital Satélite. Circuito Misioneros # 5, Naucalpan de Juárez, Edo. de Méx. Tel.: 5246-9686.

Correo electrónico: gtorrem@hotmail.com.

Recibido: Enero 23, 2006.

Aceptado: Febrero 28, 2006.

Introducción

Existen 10 millones de nuevos casos de tuberculosis anualmente en el mundo. Dentro de la tuberculosis extrapulmonar el aparato digestivo ocupa el sexto lugar en frecuencia, precedido de las lesiones linfáticas genitourinarias, óseas, miliares y meníngeas. La tuberculosis gastrointestinal y peritoneal es una patología poco frecuente en Estados Unidos de Norteamérica, siendo su mayor incidencia en países subdesarrollados, encontrándose más frecuente en la válvula ileocecal, íleon y el colon, pudiendo simular gran variedad de padecimientos abdominales.^{1,2}

La tuberculosis en el ámbito mundial causa 6% de mortalidad. Se encuentra que cerca de 10 a 16% de los pacientes con enfermedad intestinal tienen afecciones pulmonares. El sangrado digestivo bajo se presenta en 4% y en 21% de los casos de tuberculosis intestinal pueden requerir tratamiento quirúrgico.³

Informe del caso

Paciente del sexo femenino de 36 años de edad que ingresa al Servicio de Urgencias procedente de un rancho de Guadalajara, Jal., con fiebre de varias semanas de evolución, cuadro de infección respiratoria alta con ataque al estado general, anorexia, astenia, adinamia y el día de su internamiento se agregó sangrado digestivo bajo masivo.

Exploración. Signos vitales: TA 80/60, FC 100, FR 24, Temp. 37.8. Paciente en malas condiciones generales con palidez de tegumentos importante, campos pulmonares bien ventilados sin agregados. Abdomen blando depresible sin visceromegalias ni puntos dolorosos. El tacto rectal solamente con datos positivos de sangrado activo.

Los estudios de laboratorio reportaron alteración en la Hb que fue de 5.9 y hto de 16. La tele de tórax y las placas simples de abdomen fueron reportadas como normales. Se le realizó esofagogastroduodenoscopia sin encontrar datos de sangrado y colonoscopia de urgencia revisándose todo el colon sin encontrar ninguna lesión, pero sí sangre proveniente de intestino delgado.

Ante las condiciones de la paciente se procedió de inmediato a efectuarle laparotomía exploradora, encontrándose lesiones en íleon aproximadamente a 40 cm de la válvula ileocecal, realizándose enterotomía a 5 cm de la lesión y efectuándose examen endoscópico transoperatorio del intestino delgado, apreciándose dos ulceraciones en un segmento de 10 cm de íleon con sangrado activo el cual fue resecado con 5 cm de margen de resección a la lesión. A la paciente se le transfundieron seis unidades de paquetes globulares y la evolución fue satisfactoria. El reporte de Patología fue de lesión granulomatosa compatible con tuberculosis, por lo cual se le inició tratamiento antifímico.

Actualmente la paciente está bajo control médico con una buena evolución.

Discusión

Lo primero que hay que identificar es el sitio de sangrado para poder definir las causas y el posible tratamiento, recordando que en sangrado digestivo alto mayor a los 1000 mL la sintomatología puede presentarse como sangre fresca rectal y que en 11% de los casos la sonda nasogástrica puede no demostrar sangrado digestivo alto, por lo cual es necesario descartar esta patología que es más frecuente que el sangrado digestivo bajo, mediante una esofagogastroduodenoscopia.

Entre las causas más frecuentes de sangrado digestivo bajo masivo se encuentran: úlceras no especificadas, tuberculosis en íleon, enteropatías, fiebre entérica, divertículo de Meckel, pólipos, colitis ulcerativa, carcinoma de colon, divertículos o pólipos en colon, divertículos en yeyuno, angiodisplasias en colon, colitis por radiación, colitis isquémica, tumor en íleon, angiodisplasia en íleon, linfoma intestinal o síndrome de Bechet.⁴

La tuberculosis intestinal, que es el diagnóstico de este caso clínico, es un proceso inflamatorio crónico de tipo granulomatoso, siendo el agente etiológico el *Mycobacterium tuberculosis hominis* o *bovis*; puede localizarse en cualquier segmento del intestino delgado o grueso y se clasifica desde el punto de vista morfológico como ulcerosa, úlcero hipertrófica e hipertrófica. La variedad ulcerosa es casi siempre precedida de infección pulmonar, los otros tipos son menos frecuentes y se encuentran en ausencia de tuberculosis pulmonar, son atribuidos a una infección primaria de la cepa bobina.

Dentro de los factores de riesgo para adquirir la enfermedad está el nivel socioeconómico bajo, la insalubridad, desnutrición y la inmunodeficiencia.

Existen pocos reportes en el ámbito mundial y en nuestro país hay cifras publicadas por el Instituto Nacional de la Nutrición y por el Hospital General de México donde se señala la frecuencia de este padecimiento ya sea en autopsias o en estudios clínicos y donde los sitios más frecuentemente encontrados fueron: la región ileocecal, el yeyuno y recto sigmoides. Las posibles vías de infección son: la oral por la ingestión repetida de leche de vacas tuberculosas o de leche no pasteurizada ocasionando la infección primaria, la segunda por vía hematógena. Existen otras dos formas aunque no bien documentadas que son la extensión por tejidos u órganos cercanos contaminados y por la bilis a partir de infección a nivel hepático.⁴⁻⁶

Las complicaciones de la tuberculosis intestinal son: suboclusión u oclusión intestinal, fístulas, perforación, hemorragia y síndrome de mala absorción.

El cuadro clínico se presenta en adultos jóvenes con dolor abdominal, diarrea, anemia, náuseas, vómito, fiebre, pérdida de peso y ataque severo al estado general.⁷⁻⁹

No existen pruebas de laboratorio que den 100% de certeza diagnóstica, lo único es la demostración del *Mycobacterium tuberculosis* en tinciones histológicas o su desarrollo en medios de cultivo específicos.^{4,10}

Las indicaciones de tratamiento quirúrgico son: cuadros de obstrucción o suboclusión intestinal, fístulas, abscesos fímicos, perforación libre y excepcionalmente hemorragia.

El tratamiento antifímico es igual al de la tuberculosis pulmonar o de cualquier otra localización.

Conclusión

En un paciente con sangrado del tubo digestivo bajo masivo, con antecedente de ingesta de leche sin pasteurizar, que desafortunadamente en algunos lugares de nuestro país todavía existe este tipo de práctica, debemos de pensar en la posibilidad diagnóstica de tuberculosis intestinal y que además de efectuarle el tratamiento quirúrgico adecuado debemos de iniciarle tratamiento antifímico, teniendo presente su entorno familiar, alimenticio e higiénico.

Referencias

1. Ortiz GJ, Reyes Segura MP, Sánchez LR, Basurto KE. Tuberculosis gastrointestinal. *Cir Gen* 2002; 24: 66-71.
2. Marshall JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. *Am J Gastroenterology* 1993; 88(7): 989-99.

3. Baidya MG, Sodhi JS. Gastrointestinal tract tuberculosis a study of 102 cases including 55 hemicolectomies. *Clin Radiol* 1978; 29(2): 189-95.
4. Sicar S, Taneja VA, Kansra U. Epidemiology and clinical presentation of abdominal tuberculosis a retrospective study. *J Indian Med Assoc* 1996; 94(9): 342-4.
5. Anand AC, Patnaik PK, Bhalla VP, Chaudhary R, Saha A, Rana VS. Massive lower intestinal bleeding –a decade of experience. *Trop Gastroenterol* 2001; 22(3): 131-4.
6. Arriola HJ. Tuberculosis intestinal. *Gastroenterología Clínica. Roesch FD. Ciencia y Cultura Latinoamericana*, primera edición 1999, pág. 160-71.
7. Torres VC, Anaya S, Sotomayor M, Cárdenas G. Cirugía para enfermedad inflamatoria intestinal. 25 años de experiencia en el INNSZ. *Rev Gastroenterol Méx* 1990; 55: 298.
8. Ndububa DA, Olasode BJ, Olatunde LO. Abdominal tuberculosis with fatal gastro-intestinal haemorrhage. *Cent Afr J Med* 1997; 43(6): 175-7.
9. Watanabe T, Kudo M, Kayaba M, Shirane H, Tomita S, Orino A. Massive rectal bleeding due to ileal tuberculosis. *J Gastroenterol* 1999; 34(4): 525-9.
10. Iwasaki Y, Nakagawa M. Intestinal tuberculosis and tuberculosis peritonitis. *Nippon Rinsho* 1998; 56(12): 3110-3.
11. Goke MN, Leppert A, Flemming P, Soudah B, Bange FC, Bleck JS. Intestinal tuberculosis: Easier overlooked than diagnosed. *Z Gastroenterol* 2001; 39(12): 1015-22.