

Enteritis tuberculosa estenosante, oclusión * **

Dres. WASHINGTON LIARD,*** MANUEL ALBO VOLONTE,****
ROSA NISKI DE RYDEL ***** y J. F. CASSINELLI *****

Creemos de interés esta observación no sólo por su escasa frecuencia actual, sino también porque contribuirá a recordar las complicaciones visceroabdominales de la tuberculosis.

F. S. G., hombre de 45 años procedente de Rivera. Ingresa al Hospital de Clínicas con el registro 250.796.

Desde hace tres años presentaba dispepsia periódica de tipo ulceroso, que mejoraba con la ingestión de alimentos. En los últimos ocho meses el sufrimiento se hizo continuo agregándose crisis pasajeras de dolor epigástrico, acompañadas de reptación y ruidos hidroaéreos que mejoraban espontáneamente; tres días antes del ingreso tuvo vómitos de alimentos y biliosos.

Tránsito intestinal conservado en forma regular. Adelgazamiento de 7 kilos en ocho meses; apetito conservado.

En sus antecedentes hay etilismo y tabaquismo intenso; negó enfermedades generales y específicamente pulmonares. Padre y un hermano ulcerosos.

El 6-III-67 ingresa al Servicio de Gastroenterología (Prof. Muñoz Monteavaro) donde se le realiza un primer examen comprobándose mal estado general, distensión abdominal a predominio supraumbilical y bazuqueo; el tacto rectal no dio datos de interés.

Fue interpretado como síndrome pilórico secundario a una lesión orgánica gastroduodenal, o cuadro de oclusión intestinal incompleta.

Con el tratamiento en sala cesaron los vómitos, pero no la distensión y el síndrome de lucha que siguieron progresivamente en aumento.

En esas circunstancias fue visto por nosotros, solicitándose exámenes complementarios:

El estudio contrastado de gastroduodeno no comprobó alteraciones evidentes.

Un par radiológico de abdomen mostró asas delgadas muy distendidas con niveles líquidos y exudado entre ellas.

El diagnóstico de oclusión intestinal mecánica y simple, de topografía baja, resultaba evidente, pero contrastaba con el hecho de que el enfermo mantenía su tránsito con deposiciones diarias abundantes, pedía alimentos y en ese momento no tenía vómitos.

Se le practicó un colon por enema que no mostró anormalidades en el mismo, pero sí persistencia de la dilatación de asas delgadas. Comenzó entonces nuevamente con vómitos, por lo que se decidió la intervención exploradora con diagnóstico de oclusión mecánica de delgado de etiología desconocida.

Operación (21-III-67). Dr. Liard, Dr. Albo. Anestesia general. Incisión paramediana derecha infraumbilical. Se comprueba enorme dilatación de intestino delgado hasta aproximadamente 150 cm. del ángulo ileocecal, donde asienta una estenosis anular fibrosa casi completa. Por debajo de la misma, asas delgadas vacías. Adenitis mesentérica con numerosos ganglios de aspecto inflamatorio. Divertículo de Meckel aparentemente sano a unos 40 cm. del ciego. Resto del abdomen normal.

Se realizó resección del asa estenosada con una cuña de mesenterio, reconstituyéndose el tránsito por anastomosis terminolateroterminal.

El postoperatorio inmediato cursó sin incidentes, salvo un íleo funcional moderado; movilizó el intestino al quinto día de la intervención.

El estudio anatomopatológico fue realizado por el Dr. J. F. Cassinelli con las siguientes conclusiones (resumen): la pieza abierta por su borde antimesentérico presenta en su parte media una estenosis anular fibrosa de consistencia blanda donde se demostró histológicamente la presencia de folículos tuberculosos sin caseosis.

En el segmento supraestenótico hay una vasta ulceración de la mucosa con destrucción completa de la muscular propia y superficie de granulación vegetante histológicamente inespecífica. En sentido distal se continúa con mucosa de cicatrización con la particularidad de tener escasas glándulas intestinales, mostrando en cambio abundantes glándulas de tipo brunneriano.

La investigación de bacilos permitió identificar dos, con los caracteres tintoriales del bacilo de Koch.

El estudio histológico de los ganglios mesentéricos demostró folículos tuberculosos sin caseosis.

Ante los hallazgos del patólogo, se estudió del punto de vista respiratorio (Dr. Tomalino).

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "F" del Prof. Dr. Héctor Ardao y de la Clínica de Nutrición y Digestivo del Prof. Dr. Cándido Muñoz Monteavaro.

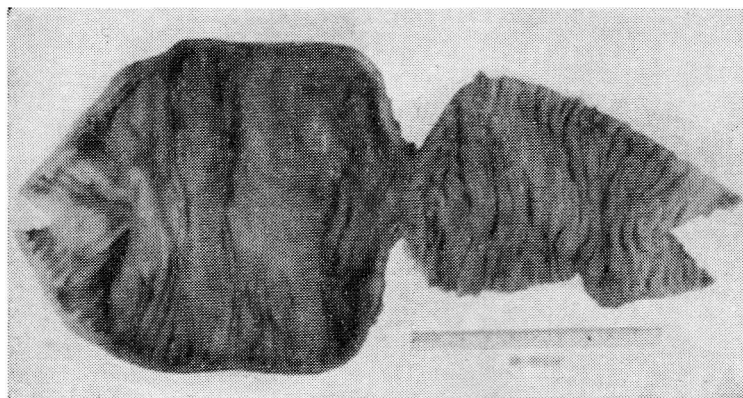
** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 26 de abril de 1967.

*** Adjunto de Clínica Quirúrgica.

**** Asistente de Clínica Quirúrgica.

***** Adjunto de Clínica Gastroenterológica.

***** Asistente del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital de Clínicas.



Pieza de resección abierta
por su borde antimesentérico.

La radiografía de tórax reafirmó la etiología tuberculosa al mostrar lesiones características: pequeñas calcificaciones en hilio derecho; infiltrado indurado en tercio superior derecho con algunas áreas desintegrativas; infiltrado evolucionado y escleroso en región infraclavicular izquierda.

La baciloscopia y la cutirreacción a la tuberculina fueron negativos.

Un tránsito de delgado realizado veinte días después de la intervención no comprobó alteraciones en la morfología del mismo.

Actualmente el enfermo se encuentra bien y ha sido dado de alta siguiendo el triple plan de antibióticos antituberculosos.

COMENTARIO

1) Destacamos nuevamente la escasa frecuencia actual de la tuberculosis intestinal secundaria, debido sobre todo a dos factores: la difusión creciente de los sistemas profilácticos y diagnósticos de la tuberculosis pulmonar, y el advenimiento de los antibióticos específicos.

Desconocemos la incidencia de las lesiones intestinales en nuestros hospitales de tuberculosos porque no se realizan estudios sistemáticos y selectivos del tubo digestivo en estos pacientes, tengan o no síntomas gastrointestinales. Las lesiones, si existen, pasan desapercibidas y curan junto a las pulmonares con el tratamiento general. Tampoco se realiza el número suficiente de necropsias como para aportar datos de utilidad práctica.

2) Queremos destacar dos aspectos de interés en nuestra observación: la topografía poco habitual de la lesión, alejada de la válvula ileocecal, y el hecho infrecuente de que aparentemente se trata de una localización aislada.

En nuestra literatura sólo consignamos un caso de tuberculosis estenosante del delgado, de Bottaro y Domínguez (1), con estricturas múltiples que tomaban los últimos 60 cm. del íleon.

3) Aun debemos tener en cuenta la etiología tuberculosa y plantearla frente a un hallazgo quirúrgico de aspecto tumoral o inflamatorio, de dudosa interpretación.

RESUMEN

Se presenta una observación de oclusión mecánica de intestino delgado a forma subaguda. La intervención demostró un megadelgado determinado por una estenosis anular del íleon; se solucionó por resección y enteroanastomosis. El estudio histológico comprobó folículos tuberculosos sin caseosis, identificando el bacilo de Koch en las lesiones. Se reafirmó la etiología tuberculosa al encontrarse alteraciones radiológicas típicas en ambos campos pulmonares.

Se realizan algunas consideraciones sobre la frecuencia y estado actual del diagnóstico de la tuberculosis intestinal en nuestro medio.

RÉSUMÉ

On y présente un cas d'occlusion de l'intestin grêle. L'opération démontre une grande dilatation de l'intestin provoquée par une sténose annulaire de l'íleon. La conduite chirurgicale: résection suivie d'anastomose. L'étude histologique démon-

tra des follicules sans caseum et la présence du *Corynebacterium Tuberculosis*. D'autre part l'étiologie fut confirmée par la présence d'images radiologiques pulmonaires typiques.

On fait quelques appréciations sur la fréquence et l'état actuel du diagnostic de la tuberculose intestinale chez nous.

SUMMARY

A case of mechanic obstruction of the small bowell is reported. Laparatomy disclosed: great dilatation of the small bowell due to circular stricture; the procedure was resection follow by end to end anastomosis. The histological study revealed tuberculosis and the presence of *Corynebacterium Tuberculosis*. The etiology was reassured by typical roentgenologic changes in both lungs.

The frequency and the current status of the diagnosis of intestinal tuberculosis are discussed.

BIBLIOGRAFIA

1. BOTTARO, L. D. y DOMÍNGUEZ, C. M. Tuberculosis estenosante del íleon. *An. Fac. Med.*, XII: 397, 1927.
2. PAUSTIAN, F. F. *Tuberculosis of the intestines*. En Bockus, H. L.: *Gastroenterology*, Vol. II, p.p. 311-331; 2nd. Edition; W. B. Saunders Co., Phil. 1964.

DISCUSION

Dr. Valls: Esta lesión estenosante de delgado no es muy frecuente. Hace unos diez años, nosotros en la Clínica Quirúrgica del Prof. Del Campo, operamos con el Dr. Asiner un enfermo totalmente similar que no sólo tenía una lesión estenosante, sino dos, y había hecho episodios oclusivos de delgado a repetición, con presencia de gases en el delgado y ausencia de gases en el colon, como se ve en esas placas.

Fue sometido a una operación, se comprobaron dos lesiones estenosantes, fueron reseadas, con el sector del intestino intermedio se hizo la anastomosis. Lesiones bien circunscriptas, que se comprobó desde el punto de vista anatomopatológico sólo, tenían el aspecto de una tuberculosis, allí no se encontraron bacilos tuberculosos.

Dr. Perdomo: Nosotros hemos tenido en dos ocasiones oportunidad de tratar pacientes de este tipo. Uno de ellos, cuyo caso está en conocimiento del Dr. Liard, desde el punto de vista de los hallazgos operatorios era exactamente superponible a este paciente: una estenosis filiforme, anular, que apenas permitía introducir el pulpejo del meñique y por encima de la cual había una perforación que había

condicionado un neumoperitoneo. Desgraciadamente ese caso no está completamente documentado, pues carece de anatomía patológica. Me refiero simplemente a él porque se trata de una lesión totalmente superponible a la que el Dr. Liard ha referido.

El segundo caso es más reciente; se trataba de un paciente joven, de unos 13 años, que operamos con diagnóstico de oclusión intestinal, y en el cual comprobamos una peritonitis plástica muy intensa que había condicionado un vólvulo por bridas en un sector del delgado bajo, vólvulo que fue tratado y que no requirió resección.

Por encima de él, examinando el resto de las lesiones, encontramos una estenosis anular con gran dilatación del intestino por encima de la estenosis y con una hipertrofia de la pared que en ese momento tampoco pudimos interpretar desde el punto de vista de su naturaleza, y que dejamos porque evidentemente el pasaje aún era suficiente.

Pero en este paciente, ya con la inquietud de cuál era la naturaleza de su cuadro y reinterrogado en el postoperatorio, comprobamos que en su niñez había sido tratado por un proceso peritoneal durante varios meses, y se le había recomendado una estación en lugar para el tratamiento de bacilares. El padre, que no tenía una seguridad sobre el diagnóstico, era categórico en el tipo de tratamiento que se le había establecido.

De manera que entendemos que desde el punto de vista clínico y operatorio se trataba de una peritonitis tuberculosa con una lesión intestinal estenosante que había condicionado una lesión similar también a la que se describe en el paciente del Dr. Liard. Una biopsia ganglionar tomada en este caso aún no nos ha sido informada.

Nos parece que es un tipo de lesión que sorprende al cirujano, porque por lo menos nuestra generación no llegó a conocer este tipo de lesión de una manera muy frecuente. Y de tanto en tanto, cuando aparece un paciente en la cirugía de urgencia que tiene un proceso estenosante intestinal que condiciona una oclusión intestinal, el cirujano evidentemente se encuentra sorprendido y mal informado para interpretar la naturaleza del proceso y proceder en consecuencia. En estos pacientes se nos escapó el diagnóstico: totalmente en el primero y en el segundo en parte.

Y debe tenerse en cuenta que el tratamiento de estos pacientes no consiste solamente en solucionar la complicación oclusiva estenosante, sino también en el posterior balance y terapéutica médica que corresponda.

Dr. Liard: Quiero agradecer los comentarios de los Dres. Valls y Perdomo y agregar que en este caso carecíamos de diagnóstico operatorio sobre la naturaleza de la lesión, por lo que lamentablemente no se realizó la investigación bacteriológica en los tejidos de exéresis, exigencia que con justeza plantean muchos autores para catalogar la entidad clínica. Pero dado el hallazgo histológico del bacilo de Koch y la coincidencia de lesiones pulmonares bien características, es que planteamos la certeza de que se trate de una enteritis tuberculosa. Nada más.