



DOLOR ABDOMINAL Y ESTENOSIS INTESTINAL

Autores: Laura Alcoba Vega¹, Carmen Villar Lucas¹, Rita González Nuñez¹, Raisa Quiñones Castro¹, Rubén Pérez Fernández¹, Victoria Cano López¹, Patricia Suárez Álvarez¹, Luis Vaquero Ayala¹, Mercedes Hernando Martín², Raquel Rueda Castañón³, M Eugenia Pinedo Ramos³, M Cristina Rodríguez Modejón³, Carlos Gavilanes Calvo⁴, Francisco Jorquera Plaza¹.

1. Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Asistencial Universitario de León.
2. Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial Universitario de León.
3. Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial Universitario de León.
4. Servicio de Cirugía General. Complejo Asistencial Universitario de León.

5 de noviembre de 2018...



ANTECEDENTES PERSONALES



No AMC
No DM, HTA, DLP
Fumador
Trastorno mixto de la personalidad
No IQ

ANTECEDENTES FAMILIARES: sin interés.

TRATAMIENTO HABITUAL:

Gabapentina 800 1-0-1

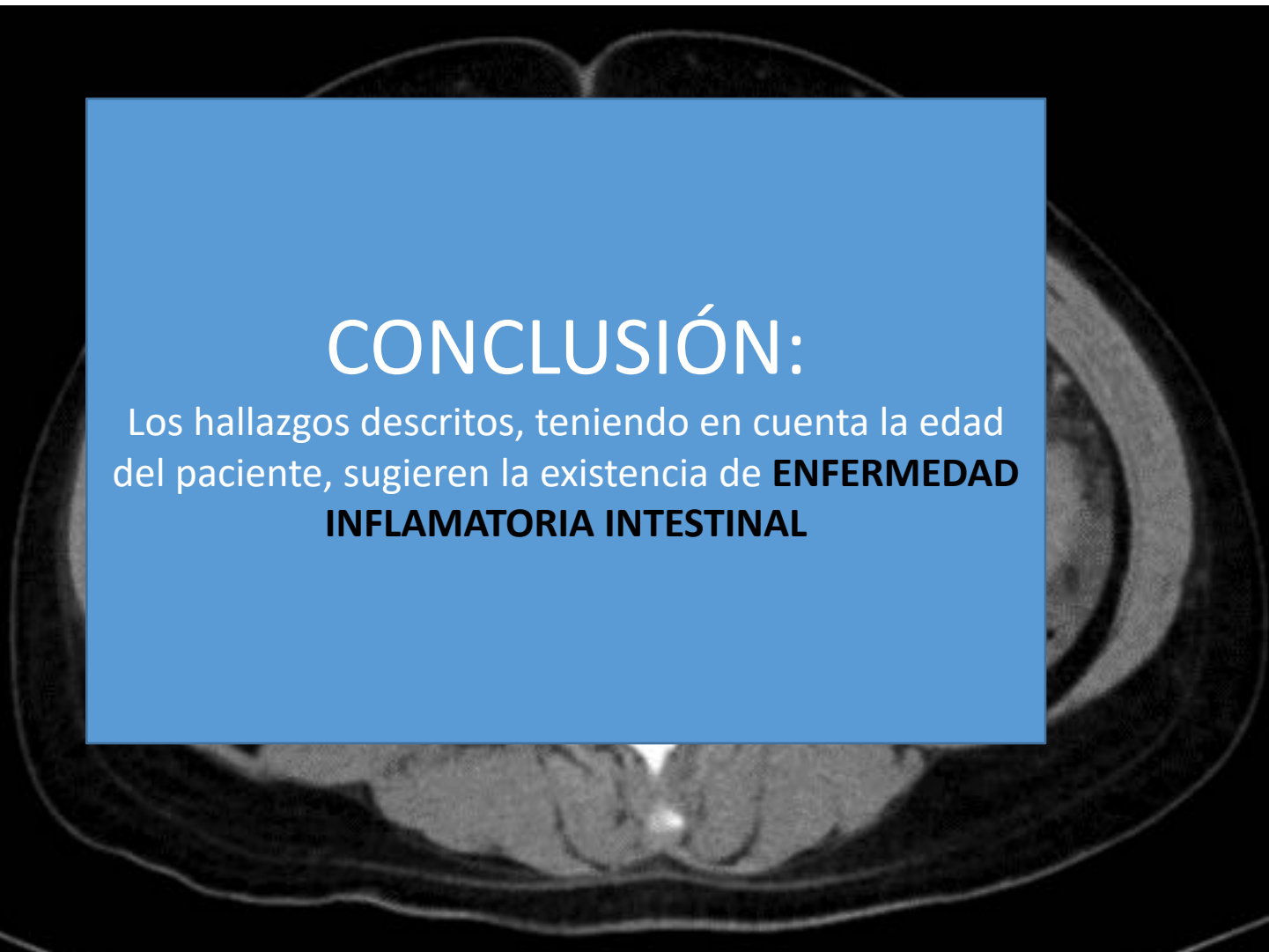
Tramxilium 50 1-1-1

ENFERMEDAD ACTUAL (24h)

- Dolor abdominal cólico en hemiabdomen inferior
- Náuseas y vómitos biliosos
- Fiebre 38,9°C
- Última deposición ayer de características normales
- No síndrome general
- ❖ **Dolor abdominal intermitente desde hace un mes.**



R

An axial CT scan of the abdomen, showing a cross-section of the body. The central part of the image is a blue rectangular box containing text. The background is a grayscale medical image showing internal organs and structures.

CONCLUSIÓN:

Los hallazgos descritos, teniendo en cuenta la edad del paciente, sugieren la existencia de **ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESITAL**

Diagnóstico diferencial

PLAN:

- Se solicitan las siguientes pruebas:
 - Hemocultivos x 2
 - Coprocultivo
 - Analítica completa, incluyendo estudio prebiológico: Quantiferon-TB, TPMT, autoinmunidad.
 - Mantoux
 - Serología
 - Calprotectina fecal
 - Gastroscopia
 - Ileocolonoscopia
 - Se deja en dieta absoluta y se inicia tratamiento con sueroterapia, analgesia, antibioterapia empírica (ciprofloxacino y metronidazol), corticoides (urbason 60 mg IV/24h), vitamina D y calcio.
- **ENFERMEDADES INFECCIOSAS**
 - **ILEITIS INFECCIOSA**
 - Salmonella
 - **SUBOCULTIVO**
 - quirúrgico
 - **ENTEROCOLITIS**
 - **NEOPLASIA**
 - **LINFOMA**
 - **TUBERCULOSIS**



nia,

ciones

n.

Evolución



- ANALÍTICA COMPLETA

PCR 184.8, ácido fólico 1.86, vitamina B12 193. Leucocitos 18200 (4%C, 88%S).

Autoinmunidad (ANA, ANCA, anti-dsDNA, anti-mitocondriales, anti-músculo liso, anti-LKM, ENAs) negativo.

Función tiroidea normal. Proteinograma normal.

IFN-TB positivo. Mantoux positivo (21mm).



IDX: considerar posibilidad de **TBC INTestinal**

- HEMOCULTIVOS Y COPROCULTIVO: negativos.
- SEROLOGÍA: Vacunado de hepatitis B. Hepatitis C, VIH y lues negativo. IgG de VHS, VVZ, CMV, rubeola, VHA y VEB positivos (IgM negativos).
- CALPROTECTINA FECAL: **470.8.**

- GASTROSCOPIA: **Úlcera gástrica en fase de cicatrización.** Hernia de hiato.

BX de antro gástrico: **ligera gastritis crónica superficial antral, inactiva, con cambios glandulares reactivos.** No se observan H.pylori ni úlcera.

BX de duodeno: sin alteraciones.

- ILEOCOLONOSCOPIA (25-30 cm): **normal.**

BX de íleon distal y BX de colon: **sin** alteraciones.



ECOGRAFÍA INTESTINAL: **normal** (4.5 mm) **no siendo compatible con enfermedad abdominal y supraumbilical** aunque sí **líquido alrededor de la pared**

ALTA VOLUNTARIA

de la pared centro
matorios,

Mejoría clínica.

PLAN: se inicia **tolerancia oral.** Se inicia **antibiótico** con

Isoniacida 9 meses.

Si con BX se descarta linfoma, TBC, etc., plantear inicio de tratamiento con Imurel.

IDX: enfermedad inflamatoria intestinal.





INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA URGENTE

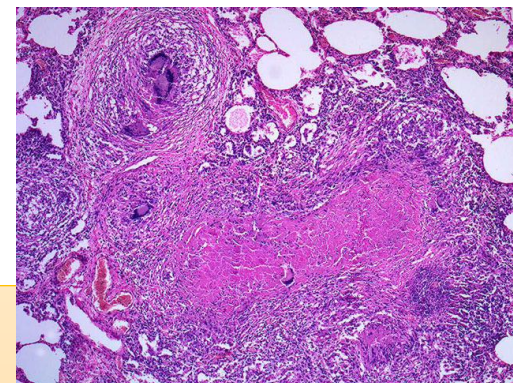
LMSIU: peritonitis difusa y líquido intersticial. Edema de asas y mesos. Fibrina difusa. Plastrón inflamatorio perforado a un metro del Treitz.

Resección intestinal de unos 15-20 cm (yeyuno)(AP).

Anastomosis T-T manual.

DGCO: perforación de yeyuno.

Evolución



Inicialmente
tránsito
cambiar

TC: per
libre. M

Buena
presen

ANATOMÍA PATOLÓGICA:

SEGMENTO DE INTESTINO DELGADO (YEYUNO, 15 CM):

- ÚLCERA CRÓNICA PERFORADA SECUNDARIA A INFLAMACIÓN CRÓNICA GRANULOMATOSA NECROTIZANTE SUGESTIVA DE TUBERCULOSIS QUE RESPETA LOS BORDES QUIRÚRGICOS DE RESECCIÓN.
- INTENSA SEROSITIS AGUDA.

Se solicita al Servicio de Microbiología la técnica de PCR para tuberculosis.
NEGATIVO PARA B.K.

**Histología granulomas
necrotizantes: S 68%**

PCR para TBC en BX: S 53%

DIAGNÓSTICO: pe

s difusa.

AP pendiente
Cita C. ext

Discusión

- Tuberculosis intestinal complicada con perforación.
- Entidad poco frecuente en nuestro medio, siendo más prevalente en otras regiones del mundo como el Sudeste Asiático o el Norte de África.
- Localización más frecuente: ileocecal.
- Diagnóstico complejo: alto grado de sospecha, contexto epidemiológico y en muchas ocasiones laparoscopia exploradora.
- Tratamiento: antibióticos antituberculosos 6-9 meses, quedando reservada la cirugía para las complicaciones.



**MUCHAS
GRACIAS POR SU
ATENCIÓN**