

Tuberculosis gastrointestinal con compromiso duodenal

Aveiga Leonardo¹, Ragone Fernando¹, Matano Raul¹, Lucia Andres¹, Yankowyez Fernanda²

1 Hospital el Cruce- Servicio de Gastroenterología

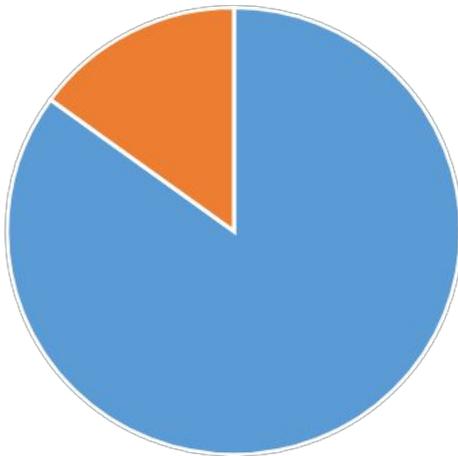
2 Hospital el Cruce- Servicio de Anatomía Patológica

INTRODUCCION

- Enfermedad infecciosa (Mycobacterium Tuberculosis)
- Novena causa de muerte a nivel mundial
- ¼ parte de la población mundial tiene TB latente (TBO)
- Riesgo de infección 5-15% durante toda la vida
- 2000-2019 se salvaron 60 millones de personas por el diagnostico precoz

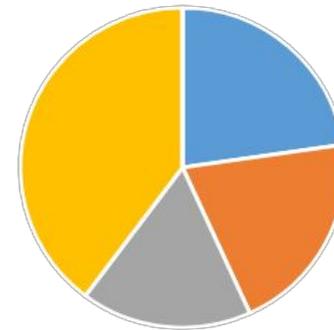


TBC

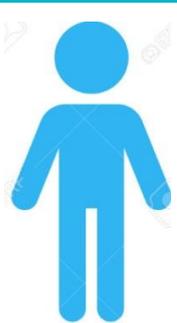


■ Pulmoar ■ Extrapulmonar

Extrapulmonar



■ Ganglionar
■ Pleural
■ Genito urinaria
■ Osea
■ Gastrointestinal



19 años

-AP: Síndrome de Alport, TRR.

-MC: Dificultad respiratoria con SRG

-Anamnesis: dolor abdominal, catarsis 5 al día, Bristol 6 + pérdida de peso

Sudoración nocturna

-Ex.Físico: Ta:110/70 Fc:105 Fr:24 SatO2:89%

Piel pálida

Abdomen Doloroso a la palpación profunda en abdomen superior,
sin signos de irritación peritoneal.

TR: Sangre fresca

Complementarios

Laboratorio

	19/06	23/06	25/06
HB	7.7	4	6.9
HTC	23	12	20
PLQ	361	228	164
VCM	83	81	84
HCM	27	27	28

Tomografía

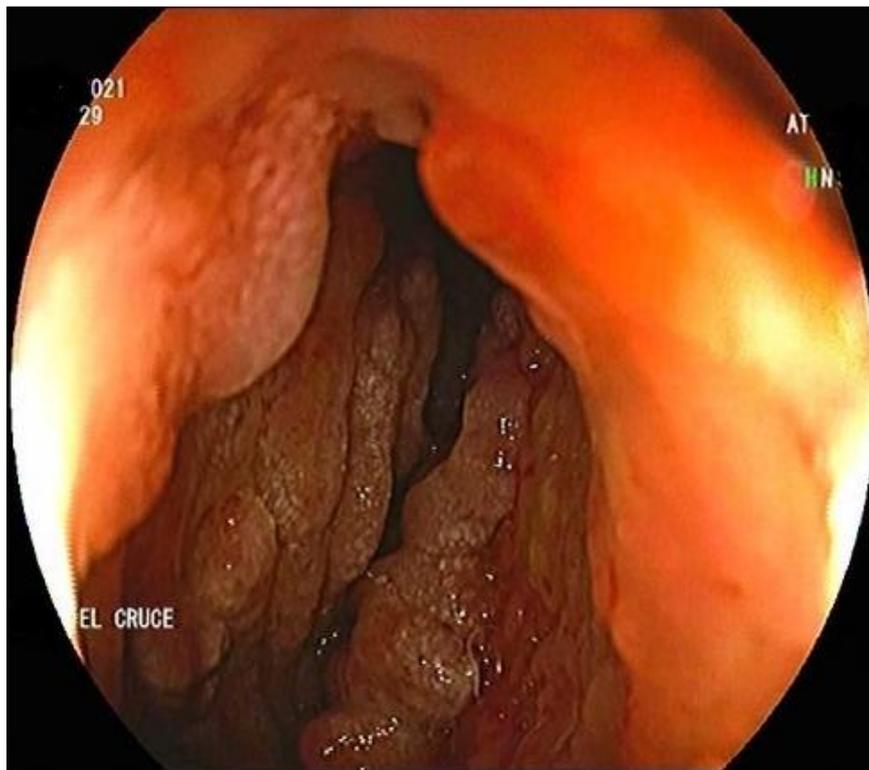


14° Jornadas Científicas y de Gestión

ALTA COMPLEJIDAD EN RED
Hospital El Cruce
humanizado
Dr. Néstor Carlos Kirchner



Endoscopia y Anatomía patológica



Úlcera duodenal

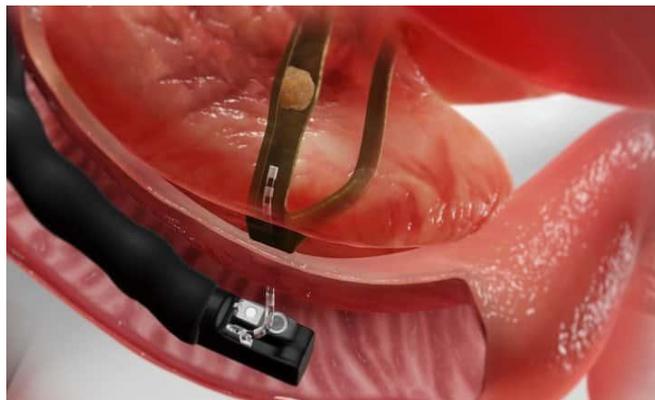


Granuloma caseoso

Evolución

5to día – 2do episodio de HDA refractaria a la transfusión de hemoderivados

Duodenoscopia



Persiste con HDA

HDA refractaria

Duodenotomía + con puntos hemostáticos

Continuo con Tto Rifampicina+ Etambutol+ Isoniazida+ pirazinamida

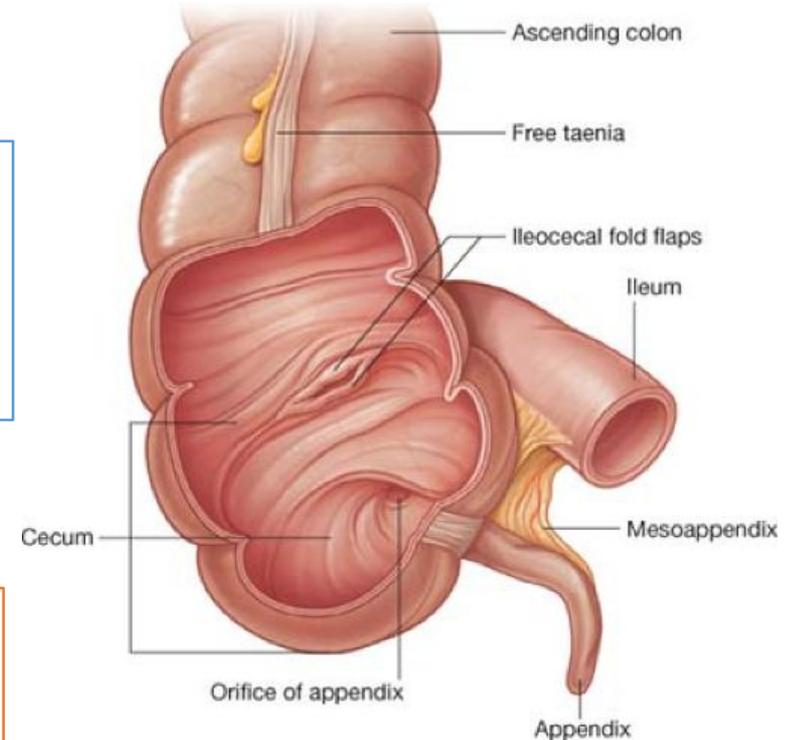
TB abdominal: Localizado tracto GI y otro órgano en cavidad abdominal

TB intestinal: GI no peritoneal 42%

TB peritoneal: Peritoneo 49%

- 1) Zona ileocecal
- 2) Colon Ascendente
- 3) Yeyuno
- 4) Apendice
- 5) Duodeno

Ralentización
Alta densidad de tejido linfoide
Baja concentración de acidos biliares



Mecanismos

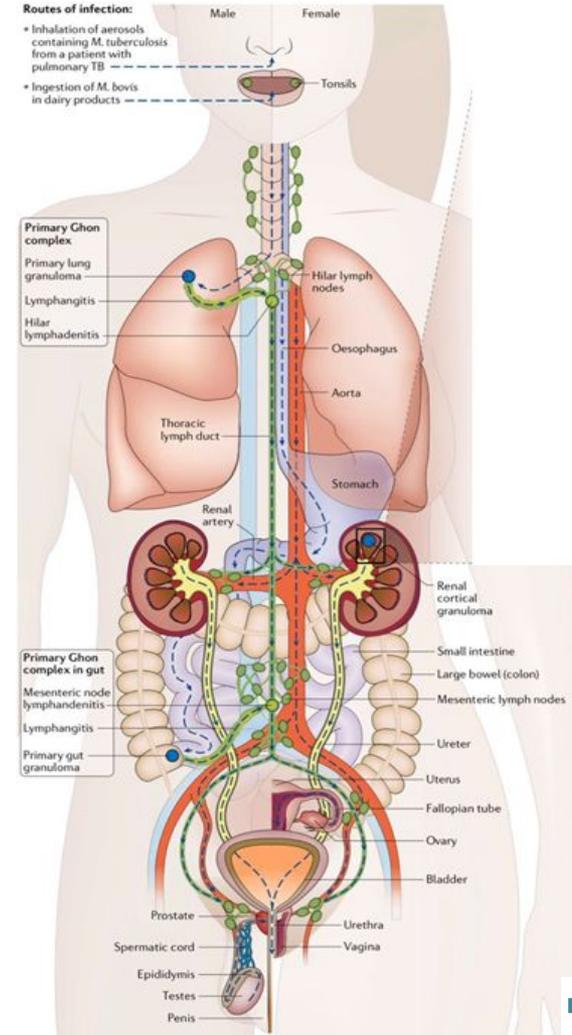
Diseminación hematogena desde un foco pulmonar adquirido

Propagación hematogena activa en otros órganos.

Macrófagos transporten bacilos deglutidos por vía linfática

Ingestión de bacilos

Extensión directa de órganos adyacentes.



Biopsia endoscópica

S: 10%!!



BAAR: S:4-6%

Como mejorar el redito??

Multiples: 8-10

Márgenes de la ulceras

Bx sobre Bx/RSM

Biopsias profundas!!

Los granulomas de TB son submucosos

Frasco seco- Cultivo
Frasco con SF –PCR/GenXpert
Frasco con formol-AP

Conclusiones

- TBC intestinal es infrecuente, sospecharla en pacientes inmunodeprimidos con síntomas gastrointestinales de causa desconocida.
- -Un estudio de imagen antes de realizar endoscopias ayudara a diagnostico certero.
- -Estenosis y ulceras en región íleo cecal- descartar TB.
- -La profundidad y el numero de bx aumenta el redito para el diagnostico.
- -Con diagnostico precoz y tto oportuno es un enfermedad de buen pronostico.