

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"TUBERCULOSIS DEL APARATO DIGESTIVO Y ANEXOS"

T E S I S

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

P O R

LUIS EDUARDO PORRAS MONGE

En su acto de Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, julio de 1967

PLAN DE TESIS

- a) INTRODUCCION, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS
- b) MATERIAL Y METODOS
- c) RESULTADOS
- d) DISCUSION
- e) CONCLUSIONES
- f) SUMARIO
- g) BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La tuberculosis del aparato digestivo es conocida desde hace mucho tiempo. Hipócrates refiriéndose a la tuberculosis intestinal decía que las personas tísicas morían si se instauraba la diarrea (7). Areteus y Thomas Sydenham se referían a ella como algo descorazonador (15). El médico se hallaba impotente para hacerle frente a esta enfermedad, la cual se mencionaba en los tratados antiguos como una complicación temida de la tuberculosis pulmonar.

El hallazgo en Luis XII de "Una inflamatoria ulcerosa del intestino y de una gran caverna pulmonar", relatado por Virordt en 1643 (7), inició una mayor comprensión de la enfermedad y cada vez fueron más los casos reportados de lesiones pulmonares y lesiones del aparato digestivo en los exámenes post-mortem practicados; estableciéndose la relación entre las dos entidades.

Con los adelantos alcanzados posteriormente en la bacteriología, la clínica y la medicina en general se logró comprender mejor la etiología y fisiopatología de la enfermedad. Durante el siglo XIX se efectuaron importantes adelantos que permitieron un mejor conocimiento de esta entidad. Laennec fue el primero en hacer notar la predominancia de la localización ileocecal de la misma (15). En 1845 Rolitansky describió la patología de la enfermedad y estableció que ésta es rara vez primaria, salvo en los primeros años de la vida, y que comunmente es secundaria a la tuberculosis pulmonar (15). Villaurin y Lebert describieron la presencia en los tejidos de bacilos ácido alcohol resistentes, con lo cual se disiparon las dudas que se tenían sobre la etiología de la enfermedad (7, 15)

La etiología y patogenia quedaron claramente comprobadas al ser repro-

ducida la enfermedad en animales de experimentación alimentados con material humano tuberculoso por Klebs en 1868. Lichstein en 1883 demostró la presencia de bacilos tuberculosos en las heces de un paciente que padecía de tuberculosis pulmonar (15).

A pesar de estos adelantos, la enfermedad continúa siendo un problema diagnóstico y terapéutico. Con el advenimiento de los Rayos X no se solucionó el problema. Stierling en 1911 (15) describió por primera vez la lesión radiológica ocasionada por la enfermedad a nivel intestinal, al observar una falta de llenado en el órgano en un examen con medio de contraste.

Con el advenimiento de las drogas antituberculosas se logró disminuir la frecuencia de la tuberculosis del aparato digestivo con el tratamiento adecuado de la tuberculosis pulmonar. Este hecho notable, unido a condiciones socio-económicas y medidas de salud pública mejores, así como a los métodos de diagnóstico mas adecuados, han hecho posible un descenso en el índice de tuberculosis en cualquiera de sus formas en todos los países del mundo; hecho más notable en países socio-económicamente avanzados.

Sin embargo, la tuberculosis sigue siendo un problema endémico en el mundo entero y sus lesiones en el aparato digestivo se han estudiado poco, como se refleja en la literatura existente relativamente escasa. Recientemente en países socio-económicamente avanzados se comunican casos, solamente para señalarlos como una rareza.

Es de hacer notar que en 1950 fallecieron 5,000,000 de personas de 50,000,000 que padecen de esta enfermedad en todo el mundo. En ese mismo año murieron 22.2 por cada 100,000 habitantes (29.8), en los Estados Unidos

de Norte América. En ese mismo año se presentaron en Guatemala 3,175 casos de tuberculosis que causó la muerte a 687 de ellos, ocupando el quinto lugar entre las principales causas de defunción (13). Cinco años más tarde el índice de letalidad de la enfermedad en nuestro medio fue de 35.8 por 100,000 habitantes (35). Se comprenderá fácilmente la importancia de la enfermedad que nos ocupa, al considerar que el 46% de los pacientes afectados de tuberculosis pulmonar desarrollan, según nuestro estudio, tuberculosis del aparato digestivo.

A pesar de la importancia de esta enfermedad en nuestro medio, me fue imposible encontrar otro estudio que se ocupe de este problema.

Como en toda enfermedad infecciosa, la tuberculosis tende a la diseminación hacia otros órganos. La afección de un órgano debe ser considerada como una etapa de la enfermedad, ya que de no ser atacada pronta y efectivamente, el proceso de disemina a todo el organismo.

En el presente estudio me ocuparé de los problemas de esta enfermedad de etiología bacteriana, susceptible de afectar cualquier órgano, con mayor frecuencia el pulmón, que cuando ataca el sistema digestivo, es capaz de provocar trastornos graves e incluso la muerte. Como se expuso anteriormente, la tuberculosis no es un proceso morbozo estático, por el contrario es evolutivo y tiende a la diseminación a todos los órganos.

Podemos clasificar la tuberculosis del aparato digestivo en : a) Visceral; b) Peritoneal y c) Ganglionar y mesentérica. Cada una de esta formas, representa diferentes etapas de la enfermedad y pueden encontrarse una solamente, o bien estar las tres asociadas en un momento dado.

Fisiopatológicamente, la enfermedad puede ser primaria o secundaria. Por primaria se entiende la afección de un órgano sin que ningún otro se halle afectado en el organismo. Por secundaria se entiende la afección que no solo existe en un órgano sino que proviene de otro órgano o sistema. Es sabido que esta forma es generalmente la más frecuente, y que el foco endógeno infeccioso está localizado la mayor parte de las veces en el pulmón. Según Bockus(7) en una revisión de la literatura universal, la tuberculosis del aparato digestivo es secundaria a la pulmonar en un porcentaje que varía entre 2.8 y 90% según los diferentes autores. Según el presente estudio dicho porcentaje es de 72.28%

Se conoce que de los diversos tipos de mycobacterium tuberculosis solo las cepas bovina y humana son patógenas para el hombre . (29). Este hecho guarda relación con las dos formas descritas de la enfermedad. Se considera que la forma primaria es causada predominantemente por el tipo bovino, aunque no se niega la posibilidad de que sea producida por la cepa humana; tal el caso de Lubeck, donde 251 niños resultaron afectados después de haber ingerido alimentos contaminados con material tuberculoso humano (26,10, 20).

El tipo bovino de Mycobacterium es el causante de los casos que se reportan en Gales y Escocia, donde la afección en el ganado es elevada (27,8). Se deduce que la infección en la forma primaria ocurre predominantemente por vía tubular, es decir, el tracto gastrointestinal.

Logicamente la forma secundaria es causada la mayoría de las veces por el bacilo humano procedente, como ya se expuso, de un foco pulmonar. La vía es también tubular en la mayoría de los casos, aunque se han comprobado otras vías de infección entre las que ocupa lugar prominente la hematóge-

na (1,2,7,15,21, 29,33). Otras vías frecuentemente encontradas son la linfática y contigüidad (7, 28). Melar y Sasano provocaron lesiones intestinales en animales de experimentación inyectando subcutáneamente bacilos de Koch y propusieron que la vía seguida fue la linfática hasta el hígado y que los bacilos llegaban al intestino a través de la bilis (28).

Sea cual fuera la vía de infección intestinal, no basta el simple contacto de los bacilos con la mucosa para que se desarrolle la lesión (15), el tiempo que dure este contacto también es importante. Esto explica la aparición de lesiones en áreas estenosadas, en áreas donde la absorción es mayor o bien donde se encuentre la mucosa debilitada (15, 8, 7, 29); también influye la cantidad de tejido linfático, lo que explicaría el hecho de ser más frecuente la localización en íleon terminal y ciego. En nuestros dos casos de tuberculosis esofágica, habían lesiones preexistentes en el órgano que causaban estenosis.

El estado inmunológico del individuo es importante para determinar el tipo de lesión que ocurra (7,8,28,29). En niños cuando aún no son sensibles al bacilo tuberculoso, es frecuente que existan lesiones del tipo complejo primario (28); en individuos previamente sensibilizados, las lesiones son de tipo exudativo con tendencia a la caseificación y consiguiente formación de úlceras (28, 15, 7).

La lesión primaria en los casos de tuberculosis intestinal tanto primaria como secundaria, de acuerdo con Boyd (8), ocurre en las glándulas submucosas donde el bacilo tuberculoso ocasiona una reacción inflamatoria con la consiguiente endarteritis, que provoca a su vez esfacelo de la mucosa y por ende una úlce-

ra que puede llegar incluso hasta la serosa. Como este es un proceso lento, se forman adherencias en los lugares próximos a la ulceración y esto explica la baja frecuencia de su perforación libre hacia el peritoneo. La base de cicatrización se acompaña de abundante tejido colágeno y si la úlcera es suficientemente grande puede ocasionar estenosis y obstrucción. (8,7,10).

Muchas veces la lesión intestinal es ínfima y se encuentran lesiones macroscópicas en los ganglios mesentéricos o bien en el peritoneo (7,15,28). Tal ocurrió en el célebre experimento de Medlar y Sasano, en el cual solo se encontró lesión intestinal en tres de los animales, mas al efectuar cortes seriados del intestino encontraron lesiones microscópicas en el mismo. Todos los casos encontraron lesión en los ganglios mesentéricos y en el peritoneo (15,7).

La vía hematógica es la responsable de la forma miliar de la enfermedad frecuente en los casos no tratados y en los individuos desnutridos.

Este estudio está encaminado a conocer la incidencia de la tuberculosis del aparato digestivo en la población hospitalaria y la frecuencia con que esta enfermedad se asocia o es secundaria a la tuberculosis pulmonar; saber además la incidencia de lesiones en los diferentes órganos y anexos del sistema digestivo, analizar los cuadros clínicos generales de la enfermedad y específicos de cada órgano afectado; ya que analizando estos casos se sabrá el pronóstico de los diagnosticados y tratados en la población hospitalaria, se conocerá la dificultad de efectuar el diagnóstico, las edades en que la enfermedad es mas frecuente y los métodos de tratamiento empleados. También se conocerán los factores que permitan al médico sospechar el diagnóstico, predecir el pronóstico y escoger el mejor método terapéutico. Se podrá establecer el grado de conciencia del

médico sobre la incidencia de esta enfermedad en el paciente con tuberculosis a través del porcentaje de casos diagnosticados, para que de ser elevado el porcentaje de los que no lo fueron, se difundan los resultados de esta tesis, si lo amerita.

MATERIAL Y METODOS

Durante el tiempo comprendido entre 1956 y 1965 y 6 meses de 1966 se hizo el diagnóstico histopatológico de tuberculosis del aparato digestivo y de la cavidad abdominal en 295 pacientes ingresados a hospitales de tipo general en la República de Guatemala.

El diagnóstico se efectuó en todos los casos en base a estudio histopatológico de los órganos afectados. Se descartaron y tomaron como negativos aquellos casos en los cuales el cuadro no fue suficientemente claro e indujo al patólogo a dudar sobre la etiología de la lesión.

Para la recopilación de los casos, se revisó el archivo del departamento de Patología del Hospital General y se revisaron los protocolos de autopsia en el período mencionado en el Hospital Roosevelt. Posteriormente se obtuvieron los datos del record clínico de cada paciente, con lo cual se efectuó un análisis de los datos clínicos que se juzgaron de importancia. Se anotó la edad del paciente, el sexo, el síntoma principal a su ingreso, las características de la sintomatología asociada a la queja principal, el tiempo de evolución de la enfermedad, la presencia o ausencia de masa abdominal palpable al examen físico; no solo al ingreso sino durante toda su estancia en el hospital, las características de la hematología, el resultado de diversos estudios radiográficos, notando su utilidad diagnóstica; la presencia o ausencia de enfermedades concomitantes que pidieran por si mismas explicar el cuadro clínico presentado. La presencia de lesión tuberculosa en otros órganos se tomó muy en cuenta. Se anotaron también los datos del tratamiento efectuado tanto quimioterapéutico como quirúrgico y finalmente su estado al ser dado de alta.

Para hacer una comparación entre los hallazgos en pacientes de hospital general y los de un hospital especializado en tuberculosis pulmonar, se revisaron 200 autopsias tomadas al azar, que habían sido efectuadas en el Hospital San Vicente. En este estudio se revisaron los protocolos de autopsia, no se tomó en cuenta ninguna característica clínica presentada por los pacientes, debido a dificultades técnicas encontradas. Es necesario hacer notar que el diagnóstico se hizo en base a características presentadas por los pacientes, debido a dificultades técnicas encontradas. Es necesario hacer notar que el diagnóstico se hizo en base a características presentadas macroscópicamente por los órganos afectados. Solo en 4 casos se obtuvo confirmación histopatológica de los hallazgos macroscópicos.

Los resultados de esta investigación constituyen el material para los siguientes capítulos, donde serán expuestos en tablas y se harán comentarios sobre las características observadas por la afección de los distintos órganos.

RESULTADOS

Se revisó un total de 2,854 casos, según el programa expuesto anteriormente. Se presentarán en las siguientes tablas los resultados obtenidos al analizar las características clínicas presentadas por 248 pacientes, del total de 295 en los cuales se demostró histológicamente la lesión tuberculosa, porque por diversas razones fue imposible efectuar el análisis en los 46 restantes.

INCIDENCIA:

De acuerdo con datos proporcionados por la Dirección General de Estadística la tuberculosis del intestino, del mesenterio y del peritoneo, fue la causa de muerte en los casos que se exponen en la siguiente tabla:

TABLA # 1

DEFUNCIONES POR TB DEL APARATO DIGESTIVO

AÑO	TOTAL	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO
1956	41	17	24
1957	35	16	19
1958	41	24	17
1959	27	16	11
1960	42	22	20
1961	31	17	20
1962	25	11	14
1963	30	13	17
1964	31	25	6
1965	18	18	0
10 años	327	179	148

La proporción de hombres a mujeres fué de 1: 1. 277.

En cuatro años donde fue posible obtener información del total de muertes ocurridas en la república la tuberculosis del aparato digestivo fue causa de muerte en 0.52 por 1,000 muertes.

El promedio de ingresos a los servicios internos del Hospital General por año, en los 10 años que abarca el presente estudio, fué de 24,290 pacientes promedio por año. Es decir que en los años que comprende este estudio un 0.120% de pacientes anualmente presentaban la enfermedad.

La tabla # 2 indica la incidencia de afección de los diferentes órganos del aparato digestivo en los 295 casos estudiados.

TABLA # 2

FRECUENCIA DE AFECCION DE ORGANOS

ORGANO	VECES AFECTADO	PORCENTAJE	PORCENTAJE
Cavidad oral	6	1.09	0.21
Lengua	2	0.27	0.07
Amigdalas	1	0.06	0.04
Esófago	2	0.27	0.07
Estómago	1	0.06	0.04
Intestino delgado	103	21.06	3.61
Colon	23	4.56	0.71
Apéndice ileocecal	10	1.90	0.40
Recto	6	1.09	0.21
Hígado	56	11.31	1.96
Bazo	60	12.16	2.10
Epiplón y glanglios mesentericos	139	28.28	4.87
Peritoneo	76	15.40	2.76

Es de notar que en la mayor parte de los casos la enfermedad afectó varios órganos de un paciente a la vez. Por consiguiente se encontraron afectados diferentes órganos del sistema digestivo 485 veces. En la primera columna de porcentajes se dan los mismos en relación a la afección de los órganos en 485 veces. El porcentaje presentado en la última columna se refiere al porcentaje de afección de los diferentes órganos en el total de 2,854 pacientes estudiados.

HALLAZGOS HOSPITAL SAN VICENTE

Tabla No. 1		HALLAZGOS	
SIN Tuberculosis del Aparato Digestivo	107	=	54%
CON Tuberculosis del Aparato Digestivo	93	=	46%

Tabla No. 2		AFECCION DE ORGANOS	
SOLO UN ORGANO AFECTADO	33	=	33.49%
VARIOS ORGANOS AFECTADOS	60	=	64.51%

Tabla No. 3 PATOLOGIA DE LOS CASOS CON VARIOS ORGANOS AFECTADOS		
ORGANOS AFECTADOS	VECES	%
Ganglios Mesentéricos	19	31.66
PERITONEO	11	18.33
INTESTINO DELGADO	19	31.66
BAZO	3	5.00
COLON	5	8.33
ESTOMAGO	2	3.33
HIGADO	1	1.66

Tabla No. 4 PATOLOGIA (De los casos con solo un órgano afectado)		
ORGANOS AFECTADOS	VECES	%
Gánglios Mesentéricos	9	27.27
Peritoneo	8	24.24
Intestino Delgado	8	24.24
Colon	4	12.12
Hígado	2	6.06
Bazo	2	6.06

Tabla No. 5 AFECCION POR ORGANOS		
ORGANO AFECTADO	VECES	%
Ganglios Mesentéricos	28	30.10
Intestino Delgado	27	29.03
Peritoneo	19	20.43
Colon	9	9.67
Bazo	5	5.37
Hígado	3	3.22
Estómago	2	2.15

LOCALIZACION DE OTRAS LESIONES TUBERCULOSAS QUE ACOMPAÑABAN A LAS DEL
APARATO DIGESTIVO EN PACIENTES ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL GENERAL.

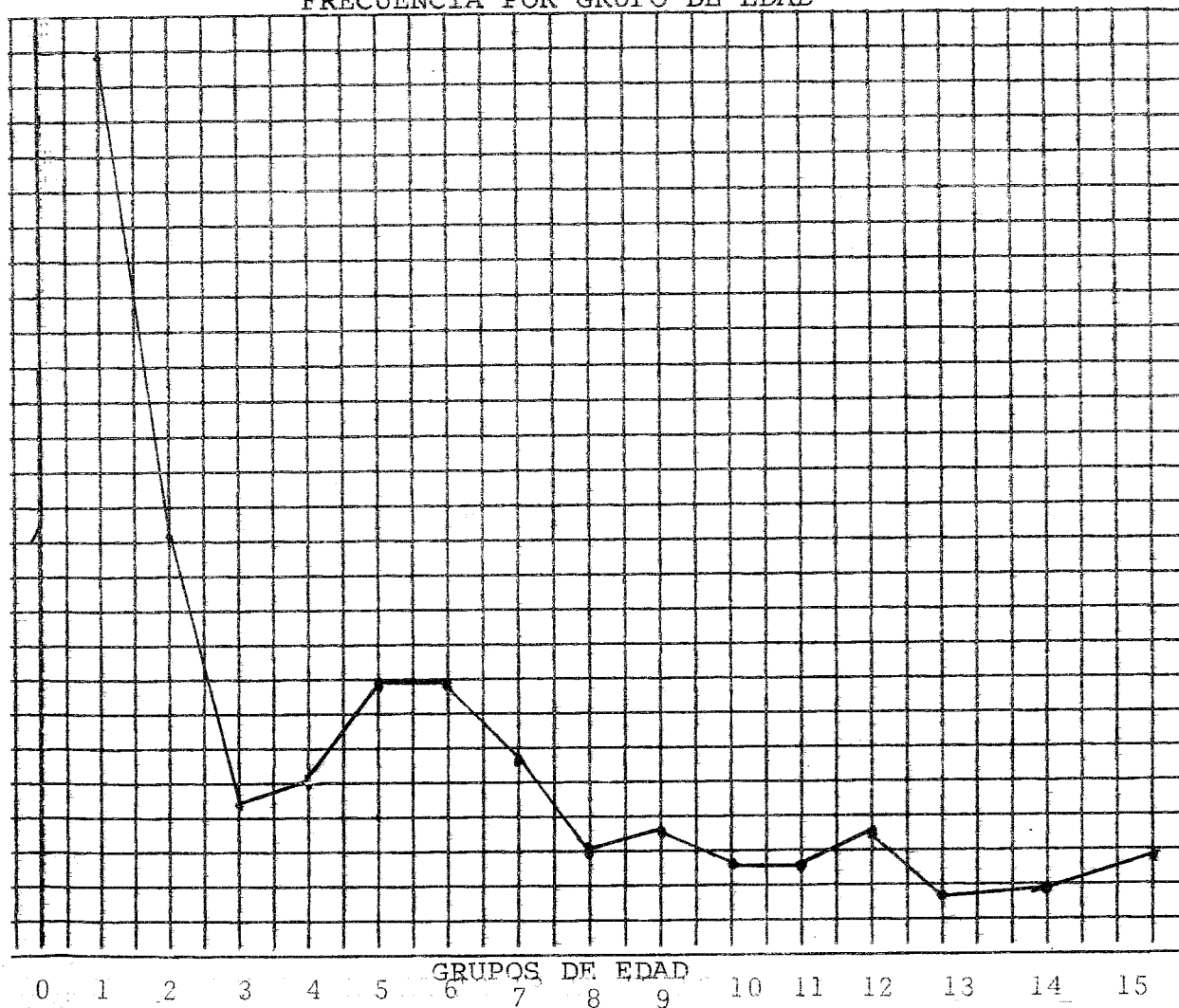
6

Total de casos (248)	TB Orafa- ringea (4)	TB Esofa- gica (2)	TB Gastri- ca (1)	TB Intes- tinal (114)	TB Mesente- rica (78)	TB Rec- tal (6)	TB Hepática y esplénica (2)	TB Perito- neal (23)
46	1		1	25	7	3	4	5
202	3	2	0	89	71	3	16	18
146	2	2		78	40	3	14	7
45				17	17		9	2
FEM. (Int) 11				3	3			5
/URINARIO 13				6	3		4	
LINFATICOS 7	3		1		2	1		
3	1				2			
67				61		6		
40				24	15		1	
45				24	19			1
36				19	16			1
1				1				
1				1				

os pacientes fueron varios los órganos del aparato digestivo afectados por Tuberculosis. Sólo se incluyen
con afección tuberculosa secundaria, en la primera columna.

Total de casos (248)	TB Orofa- ringea (4)	TB Intes- tinal	TB Esofá- gica (2)	(11) TB Gástrica	TB Mesenté rica (78)	TB Hepática y Esplénica (20)	TB Peritoneal (23)	TB Rec- tal (6)
130=52.42%	3=75%	58=50.88%	2=100%	1=100%	43=55.13%	9=45%	12=52.17%	3=50%
118=47.58%	1=25%	56=49.12%			35=44.87%	11=55%	11=47.83%	3=50%

FRECUENCIA POR GRUPO DE EDAD



EDADES DE CADA "GRUPO"

# 1	de	0	a	4 años
# 2	de	5	a	9 años
# 3	de	10	a	14 años
# 4	de	15	a	19 años
# 5	de	20	a	24 años
# 6	de	25	a	29 años
# 7	de	30	a	34 años
# 8	de	35	a	39 años
# 9	de	40	a	44 años
# 10	de	45	a	49 años
# 11	de	50	a	54 años
# 12	de	55	a	59 años
# 13	de	60	a	64 años
# 14	de	65	a	69 años
# 15	de	70 años en adelante		

TIEMPO DE EVOLUCION REFERIDO

	Total de casos (248)	TB Orofa- ringea (4)	TB Esofá- gica (2)	TB Gástri- ca (1)	TB Intes- tinal (114)	TB Mesen- térica (78)	TB Hepática y Esplénica (20)	TB Perito- neal (23)	Rectal (6)
N MESES									
s	61=24.60%			1=100%	26=22.80%	22=80.20%	6= 30%	6=26.08%	
ses	41=16.53%	2=50%			22=19.30%	13=16.66%	3= 15%	1= 4.34%	
ses	18= 7.26%				6= 5.26%	5=6.41%	1= 5%	5=21.74%	1
ses	26=10.48%				9=7.90%	9=11.54%	3=15%	4=17.40%	1
ses	16=6.45%				9=7.90%	2=2.56%	2= 10%	2=8.70%	1
ses	7=2.82%	1=25%			1= 0.89%	3= 3.84%			2
ses	23=9.27%				14=12.28%	4= 5.13%	1= 5%	1=4.34%	
ses	7= 2.82%		1=50%		4=3.50%	1=1.82%	1= 5%		
ses	13=5.24%		1=50%		5=4.38%	5=6.41%	1= 5%		
meses	4=1.61%				3= 2.63%			1=4.34%	
meses	5=2.01%				3= 2.63%	2= 2.56%			
meses	3=1.21%				1=0.89%	2=2.56%			
s	13=5.24%				9=7.90%	2=2.56%	1= 5%		1
	2=0.80%				1=0.89%		1= 5%		
	8=3.22%				1=0.89%	7.8.97%			

SINTOMATOLOGIA PRESENTADA POR 248 PACIENTES

	Total ca- sos 248	TB Orofa ringea(4)	TB Esofá gica (2)	TB Gás- trica(1)	TB Intes- tinal (LL)	TB Mesen- terica(78)	TB Rec- tal(5)	TB Hepatica esplénica	TB Peritoneal (23)
	79=31.85%				42=36.80%	32=41.02%	5=83.33%		
							1=16.67%		5=21.74%
DOMINAL	65=26.21%				42=36.80%	15=19.23%		3=15%	4=17.39%
	18=7.25%				4= 3.50%	8=11.11%		2=10%	
s neurolo-	25=10.08%				5= 4.38%	4= 5.13%		11=55.0%	5=21.74%
	15=6.05%				7= 6.14%	6= 7.69%			2= 8.70%
A	9=3.63%				3= 2.63%	3= 3.84%			3=13.04%
	9=3.63%				3=2.63%	3= 3.84%		3.15%	
					3= 2.63%	3=3.84%			
ón de masa	6=2.42%								1=4.35%
ominal					3= 2.62%			1.5%	
AD	5=2.01%								
A	4=1.61%	2=50%	2=100%						1=4.35%
del Diáme-	1=0.40%								
ominal							2= 2.56%		
LIDAD	2=0.80%				1= 0.89%				
cción dolorosa	2=0.80%	1=25%			1= 0.89%	2= 2.56%			2= 8.70%
ón por Fistula	4=1.61%								
a de peso	2=0.80%				1=100%				
ESIS	1=0.40%								
es ulcerosas	1=0.40%	1=25%							

ion TABLA No. 9

S I N T O M A T O L O G I A

SECUNDARIOS

VOMITOS

DOMINAL

DE PESO

MIEMBROS INFERIORES

DE DIAM. ABDOMINAL

NEUROLOGICOS

IA

E ESFUERZO

S

IENTO

CIA POSTRANDIAL

A Y DISFONIA

PRINEAL

A

CON

PENESMO

S DE IRS

S URINARIOS

IA

CCION ABDOMINAL

Total de casos (248)	TB Orofa- ringea (4)	TB Esofá- gica (2)	TB Gastrí- trica (1)	TB Intesti- nal (114)	TB Mesen- terica (78)	TB Rec- tal (6)	TB Hepati- ca y espl. (2)	TB Peri- toneal (23)
70	3	2		35	11	2	7	10
43				26	14		2	1
45		2	1	19	7		9	7
31			1	16	10			
30	2	1		15	11		1	
24				14	9			
27		1		14	9			
29		1		13	4	1	4	6
5				4	1			3
5				1	1			3
3				2	1			3
6			1	2		1		
3					2			
3				1	1	2		
2					2		3	2
4								
5					1	2		
2	1							
2				1				
2	1			2				
2					1		1	
2				1	1			
2					1			
1					1		1	
2				1				
1								

HALLAZGOS DE EXAMEN FISICO

. 10

	Total de casos (248)	TB Orofa- ringea (4)	TB Esofá- gica (2)	TB Gastri- ca (1)	TB Intesti- nal (114)	TB Mesen- térica	TB Rec- tal (6)	TB Esplé nica y He- pática (20)	TB Perito- neal (23)
PABLE	49	-	-	1	20	20	4	-	4
PALPALE	199	-	-	-	94	58	1	-	18
	18	-	-	-	10	5	3	-	--
Esplenomegalia	5	-	-	-	-	-	-	3	2
omegalia	243	-	-	-	-	-	-	17	21

. 11

HALLASGOS HEMATOLOGICOS

	Tótal de casos (248)	TB Orofa- ringea (4)	TB Esofá- gica (2)	TB Gástri- ca (1)	TB Intes- tinal (114)	TB Mesen- terica (78)	TB hepáti- ca y esple- nica (2)	TB Peri- toneal (23)	Rectal (6)
	123=39.29%	1=25%	2=100%	1=100%	64=20.44%	33=10.54%	7=2.23%	11=3=51%	4=1.28%
ACION ELEVADA	91=29.07%	3=75%	1= 50%	1=100%	36=11=50%	28= 8.94	6=1.91%	12=3.83%	4=1.28%
SIS	70.2236%		2=100%	1=100%	33=10.54%	25. 7.98%	7=2.23%	2=0.64%	
SIS	9=2.87%	1=25%			5=1.59%	2=0.64%		1=0.32%	
	20=6.39%				9=2.87%	5=1.59%	2=0.64%	4=1.27%	

12

HALLAZGOS RADIOLOGICOS

Total de casos (248)	TB Orofá- ringea (4)	TB Esófa- gica (4)	TB Gas- trica (1)	TB Intesti- nal (114)	TB Mesen- terica (78)	TB Hepática y esplénica (20)	TB Perito- neal	TB Rec- tal (6)
-------------------------	-------------------------	-----------------------	----------------------	--------------------------	--------------------------	------------------------------------	--------------------	--------------------

Z G O

AR

79	2	2		36	27	4	7	1
----	---	---	--	----	----	---	---	---

DIAGNOSTICO

39	2	2	1	25	6	1	3	1
----	---	---	---	----	---	---	---	---

68	2			24	17	5	7	3
----	---	--	--	----	----	---	---	---

Enfermedad

2						1	1	
---	--	--	--	--	--	---	---	--

ENFERMEDADES CONCOMITANTES

Total de casos (248) TB Orofá- ringea (4) TB Esofá- gica (2) TB Gástri- ca (1) TB Intes- tinal (114) TB Mesen- terica (78) TB Rec- tal (6) TB Hepática y Esplénica (20) TB Pe- ritoneal (23)

M E D A D

ION	27			19	1		3	4
	4			2	1			1
IS Aq.	1				1			
	1					1		
tis C. Cr.	2				1		1	
erocolitis	2			2				
	2			2				
lo de Meckel	1			1				
Basal	1			1				
o	1			1				
mos Intestinales	14			7	3		2	2
is	8			2			2	4
inge	1	1						
e cerebro-vascular	1				1			
	1			1				
	4			1	1			2
fago	1	1						
Esofágica	1	1						

DIAGNOSTICO EFECTUADO

14

	Total de <u>ca</u> sos (248)	TB Orofá ringea (4)	TB Esofá gica (2)	TB Gástri ca (1)	TB Intesti nal) 114 (	TB Mesen- térica (78)	TB hepática y esplénica (20)	TB Perito neal (23)	Rec tal (6)
	25=10.08%	1=25%	0	0	10=8.77%	5=6.41%	1=5%	8=34.78%	0
ADO	223=89.92%	3=75%	2=100%	1=100%	104=91.23%	73=93,59%	19=95%	15=65.22%	6=100%

15

TRATAMIENTO RECIBIDO

	Total de <u>ca</u> sos (248)	TB Orofá ringea (4)	TB Esofá gica (2)	TB Gástri ca (1)	TB Intesti nal (114)	TB Mesen- térica (78)	TB Rectal (6)	TB Hepática y esplénica (20)	TB Pe rito- neal (23)
APIA	13	3	1	1	50	40	5	12	19
O	72	3	1	1	24	20	4	5	14
	58	3	1	1	16	15	4	5	13
ADO	11	1	1		64	38	1	8	4

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EFECTUADOS

16

	Total de ca- sos (248)	TB Orofá- ringea (4)	TB Esofá- gica (2)	TB Gastri- ca (1)	TB Intesti- nal (114)	TB Mesenté- rica (78)	TB Rectal (6)	TB Hepa- tica y es- plénica (20)	TB Per- itoneal (23)
Diagnóstica	44				6	13		2	8
Biopsia y Bipsia	29					1	2	2	
	7	2				2		1	5
OSCOPIA Y	8								
TERAPÉUTICA	28				11	3	1		
	16	1					1		
N					1				
N V	2				1				
MIA	1				2				
ectomía	2				2				1
ectomía	2								
MIA	1					1			
e Bidas	1			1					
mía:	1				1				
tomía	1								
mía Subtotal	1		1						
TOMIA	1								

C O M P L I C A C I O N E S

	Total de ca- sos (248)	TB Orofá- ringea (4)	TB Esofá- gica.	TB Gas- trica	TB Intesti- nal (114)	TB Mesen- terica.	TB Rec- tal (6)	TB Hepática y Esplenica (20)	TB Pe- rito- neal (23)
FINAL	17				12	4	1		
INTESTINAL	4				4				
	1		1						

CONDICION DE DESCARGO

	Total de ca- sos (248)	TB Orofá- ringea (4)	TB Esofá- gica (2)	Tb Gástri- ca (1)	TB Intesti- nal (114)	TB Mesenté- rica (78)	TB Hepática y esplénica (20)	TB Peri- toneal (23)	TB Rec- tal (6)
	19=8.06%	2=50%		1=100%	8=7.01%	5=6.15%	1=5%	1=4.34%	1=16.66%
	22=8.87%	1=25%			4=3.50%	5=6.15%	2=10%	8=34.77%	2=33.33%
	7=2.42%				3=2.63%	1=1.82%		1=4.34%	2=33.33%
	200=80.64%	1=25%	2=100%		99=86.49%	67=85.89%	17=85%	13=56.52%	1=16.66%

DISCUSION

La tuberculosis del aparato digestivo es más frecuente que lo que generalmente se piensa. Se encontró esta afección en el 9.67% de los 2,854 casos revisados.

Es posible encontrar dicha enfermedad en el 1.2 por 1,000 de la población hospitalaria en un hospital general. En uno especializado en el tratamiento de pacientes en una revisión de autopsias efectuada por muestreo.

Llama la atención que de los 248 pacientes afectados 146 tenían evidencia de tuberculosis pulmonar concomitante, lo que demuestra una incidencia de 58.8% de tuberculosis secundaria a tuberculosis pulmonar.

En otras palabras, según nuestros datos, el paciente con tuberculosis pulmonar activa tiene 46% de posibilidades de desarrollar tuberculosis del aparato digestivo; y el paciente con tuberculosis del aparato digestivo tiene 58,87% de posibilidades de tener tuberculosis pulmonar.

El órgano más afectado en esta serie fue el mesenterio, el cual se encontró con lesiones tuberculosas 139 veces. Le siguió en frecuencia el intestino con 139 veces. Le siguió en frecuencia el intestino con 136 casos, lo cual era de esperarse ya que como se mencionó anteriormente la afección mesentérica acompaña la mayor parte de las veces a la intestinal (28,7); y ocasionalmente cuando sólo se encuentra el mesenterio afectado, la lesión intestinal es microscópica (7,15,28).

La enfermedad que nos ocupa es más frecuente en el hombre (1:1.10), según los datos del presente trabajo. Es de hacer notar sin embargo que el hos-

pital de donde se estudiaron la mayor parte de los casos atendía mayor cantidad de hombres que de mujeres adultos en el período comprendido en el presente estudio. No ocurre lo mismo en niños, donde se atienden de ambos sexos por igual. De acuerdo con Bockus (7), la proporción entre los sexos varía desde casi igual hasta la de 3 mujeres por un hombre en las diferentes series estudiadas.

La edad de mayor afección en nuestra serie fue de 0 a 4 años de edad (grupo #1), según se puede observar en la gráfica #1. En la literatura se menciona que la edad más afectada es la comprendida entre los 20 y los 40 años de edad. (28,7,8,29). No se menciona en dichas obras si las series incluyen niños o únicamente personas adultas. Si se observa la gráfica #1 se verá que después del descenso en los grupos de edad 2 y 3 hay una alza en los grupos de edad entre 20 y 40 años (grupos 4 a 7).

El cuadro clínico con tiempo de evolución, sintomatología de la enfermedad, exámenes de laboratorio, exámenes de Rayos X, tipo de tratamiento y evolución de los pacientes, será discutido por órganos afectados, ya que se encontraron variantes según la región afectada, que aunque tienen cierto denominador común, distan de encajar en un solo patrón para la enfermedad, irrespectivo del órgano afectado.

En lo que respecta al tratamiento nos es difícil llegar a conclusiones, ya que no contamos con datos suficientes. La mayor parte de pacientes no volvieron a ser vistos después del tratamiento.

TUBERCULOSIS OROFARINGEA

Incluyó: lengua, labios, amígdalas, encías y ocurrió 9 veces en nuestra serie, es decir con una frecuencia de 3.05%. En los casos recopilados del Hospital San Vicente no se encontró ningún caso de afección de esta región. Földi (28) encontró una frecuencia de 0.6% en 5,000 pacientes con tuberculosis pulmonar. Osmerord (28) en 17,000 enfermos de la garganta encontró afección tuberculosa en el 0.31%

Como en los demás órganos del sistema digestivo la forma secundaria de la afección tuberculosa fue la más frecuente. Solo en un caso fue clasificado como primario.

Se han descrito 3 formas de la enfermedad cuando afecta la mucosa oral (28),

- a) La forma MILIAR
- b) La LUPICA
- c) La ULCEROSA

Esta última es la forma más frecuente en estos casos, habiendo sido encontrada en 2, las otras dos formas se encontraron en dos casos.

Los síntomas más comunes fueron la fiebre y la disfagia. En un caso había enfermedad concomitante, que podría explicar la disfonía y la ronquera; se trataba de un Ca de la laringe ya avanzado

En la literatura mundial (8,25,28) se recomienda la quimioterapia como tratamiento de elección.

TUBERCULOSIS ESOFAGICA

Se encontró afección esofágica en 2 casos en la serie, es decir con una frecuencia de 0.64%. En los casos del Hospital San Vicente no se encontró afectado de este órgano a ninguno de los pacientes. Sanger (28) encontró afección del

órgano en el 0.4% de los casos de tuberculosis pulmonar.

Se ha mencionado anteriormente el importante papel que juega la estenosis en la fisiopatología de la enfermedad al provocar con la estasis un mayor tiempo de contacto con el esputo bacilífero o bien con el alimento contaminado. En los 2 casos de este estudio había estenosis provocada en uno por Ca del esófago y en el otro por quemadura química del mismo.

No es posible llegar a ninguna conclusión en los demás aspectos de la enfermedad debido a la escasez de casos.

TUBERCULOSIS GÁSTRICA

Como solo se encontró un caso es aventurado sentar normas sobre este tipo de afección basado en este estudio; sin embargo, conviene recalcar que la molestia principal en el paciente era la hematemesis. Seror (34) hace énfasis sobre lo atípico del cuadro clínico y la dificultad de hacer el diagnóstico.

En los casos estudiados del hospital San Vicente se encontró afección de este órgano 2 veces o sea el 2.15%. de Acuerdo con Glaubit, Gossman y Simmonds (28) la frecuencia de la afección gástrica encontrada en las autopsias oscila entre 0.3 y 0.5% del total; nosotros la encontramos en el 0.04%. Según los mismos autores si se refieren dichos porcentajes solo a los casos de tuberculosis pulmonar, dicho porcentaje se eleva a 2.1%, similar a lo encontrado en este estudio.

Llama la atención la baja frecuencia de afección tuberculosa gástrica, si se la compara con la tuberculosis intestinal. Para explicar esta disparidad se han aducido diversas razones (28), entre las que tenemos: el poder bactericida del HCL, la protección conferida a la mucosa gástrica por la capa de moco, la

poca capacidad de absorción de la mucosa, la relativa escasés de folículos linfáticos en la pared del órgano, la evacuación rápida del contenido, etc.

Llama la atención que la paciente presentaba una curva de acidez libre como de la total. Radiológicamente, sin embargo, se observaba defecto persistente en la curvatura menor del estómago y cierto grado de retención gástrica.

TUBERCULOSIS INTESTINAL

Incluye tanto casos del intestino delgado como de Colon. Por su frecuencia es de suma importancia. En este estudio se encontraron 136 casos, de los cuales solo pudieron ser estudiados 114. Esto nos permite trazar lo que posiblemente represente el cuadro clínico de la enfermedad cuando afecta estos órganos.

La frecuencia de afección en esta serie (136) fue de 46%. Si relacionamos este mismo número al total de casos analizados veremos que alcanza una frecuencia de 4.72%, constituyendo el 0.58% de los ingresos hospitalarios. En Iraq, según Hamandi y Thamer (14), la condición comprendió el 2% del total de ingresos a los servicios de cirugía. Hoon y Dockerty (15) señalan que la incidencia de la enfermedad en pacientes que fallecen por tuberculosis varía entre el 29 y el 92.6%. En los casos del hospital San Vicente se encontraron afecciones intestinales en el 18% del total de 200 pacientes fallecidos de tuberculosis pulmonar.

En la serie de 114 casos analizados, la curva de la edad fue la misma que la observada en el trazo obtenido por el total de los casos estudiados (gráfico #1).

La relación entre el sexo masculino y el femenino observada en el presente estudio es de 1: 1.04, mientras que Shinghai y Tondon (30) encontraron una relación de 1.77:1 y Hamandi y Thamer (14) la encuentran de 1.15:1. No se menciona en ninguno de los dos trabajos si las series incluían niños.

En el presente estudio se encontró un total de 25 casos de tuberculosis intestinal primaria. Es curioso que desde 1940 hasta 1959 únicamente habían reportado en la literatura mundial 25 casos de tuberculosis intestinal primaria (15,1)

La tuberculosis intestinal secundaria se encontró en 89 casos o sea en el 78.07% de los casos. Se diagnosticó afección pulmonar en 78 casos, o sea en el 68.42%. Bockus (7) encontró que en las diversas series publicadas la frecuencia de tuberculosis intestinal varió en los enfermos tuberculosis entre el 2.8 y el 90%.

Los síntomas diarrea, dolor abdominal, fiebre, náusea y vómito, y debilidad, ocurrieron en un porcentaje mayor del 25% y menor del 50%; es decir que si representan síntomas de alerta para el médico, aunque no deben considerarse ni patognomónicos, ni esenciales para el diagnóstico. En la serie de casos de Singhai y Dockerty señalan como síntomas predominantes en sus casos el dolor abdominal, la diarrea y las fístulas abdominales (15).

Los pacientes estudiados presentaron también, en un pequeño porcentaje, una gran cantidad de molestias que no se analizan detalladamente por su baja frecuencia. Además, por el número elevado de enfermedades concomitantes encontradas es posible que sean éstas y no aquellas las causantes de las molestias y del cuadro clínico tan complejo.

Vale la pena mencionar que la presencia de masa se encontró en el 17.54%

de los pacientes. No ocurrió así en la serie presentada por Hamandi y col. (14) y en la de Singhai y Tondon (30), quienes encontraron masas palpables en 30.23 y 52% respectivamente. Bockus (7) señala dicho hallazgo en el 50% de los casos. Lee y Roy (19) señalan este hallazgo en el 38% de los 13 pacientes.

Los hallazgos de laboratorios mas frecuentes fueron: Anemia en el 20.44%, sedimentación elevada en el 11.50% y leucocitosos en el 10.54% de los pacientes. Singhai, Tondon y Col. (20) encontraron anemia moderada en la mayor parte de los casos; en un tercio de los cuales (16 pacientes) encontraron linfocitosis, lo cual ocurrió en los 114 casos estudiados 5 veces. Abrams (1) señala que los valores sanguíneos son usualmente normales a no ser por una anemia leve y eritrosedimentación elevada. En estos pacientes se encontró normal la hematología en el 2.87% de los casos.

Es necesario mencionar que los hallazgos radiológicos fueron positivos y diagnosticos en el 71.76% de los pacientes estudiados (85 casos). Si tomamos únicamente los exámenes efectuados con medio de contraste, tales como serie gastrointestinal y enema de bario, dicho porcentaje baja a 29.41% de los pacientes estudiados por estos métodos (25 casos). Singhai y Tondon (30) mencionan que un 42% de los exámenes radiológicos abdominales efectuados con medio de contraste fueron de ayuda para el diagnóstico. Mitchell y Bristol (26) encontraron evidencia Rx de tuberculosis intestinal en el 6.3% de enfermos con tuberculosis pulmonar en 25 años (5,529 pacientes).

De manera que ni el laboratorio ni la radiología son métodos capaces de diagnosticar un alto porcentaje de esta enfermedad; razón que explica pro-

bablemente que solo el 9.77% haya sido diagnosticado pre-mortem

El problema que consituye el efectuar el diagnóstico es grande, ya que son varias las enfermedades que pueden presentar síntomas similares y en las cuales, por razón de su frecuencia, se piensa más a menudo. Howell y Knapton (16) piensan que el efectuar el diagnóstico pre operatorio es virtualmente imposible, debido a la poca ayuda que brindan los exámenes complementarios. War-moes y Boeck (36) subrayan la necesidad de mejorar los métodos de diagnóstico en la tuberculosis. Señalan que la presencia de tuberculosis pulmonar mejora el porcentaje de casos diagnosticados, ya que este hallazgo hace que el clínico dirija su atención a la posibilidad de una tuberculosis intestinal.

Linden y Huternen (22) opinan que no siempre es posible hacer el diagnóstico preoperatorio de tuberculosis intestinal, mas sin embargo, una historia de tuberculosis pulmonar previa y cambios radiológicos de la región ileocecal son fuertemente sugestivos, lo cual es reforzado por los hallazgos de Bacilo de Koch en las heces, tuberculosis en los ganglios periféricos o una prueba de mantoux fuertemente positiva (33).

En esta serie se encontraron 16 complicaciones como se puede observar en la tabla #17. La mas frecuente de estas complicaciones fué la obstrucción intestinal, siguiéndolo en frecuencia la perforación intestinal. El porcentaje de estas complicaciones en el total de los casos de tuberculosis intestinal es de 14% Kornblum y col. (7) encontraron ambas complicaciones en el 22.92% de 48 pacientes.

En cuanto al tratamiento, Agrams y Holden (1) comentan que el tratamiento de la tuberculosis intestinal secundaria es el mismo que para la tuberculosis de

cualquier otro órgano o sistema. Aconsejan que la Cirugía está indicada de una manera definitiva en pacientes con tuberculosis intestinal de tipo hipertrófico. Proponen y recomiendan el uso de quimioterápicos pre y post-operatoriamente, así como la hemicolectomía derecha en los casos de afección del ileon terminal. Para la tuberculosis del intestino delgado, aparte de la del ileon terminal, al igual para la del colon distal, recomiendan la resección limitada y la anastomosis primaria. Adams y Miles (2), después de analizar varios casos de tuberculosis intestinal en 1946 opinaron que en la mayoría de los casos se obtienen mejores resultados efectuando previamente una operación de cortocircuito para posteriormente efectuar la resección y anastomosis. Con este mismo método, Hoon y Dockerty (15) obtuvieron los mejores resultados, aunque sin haber administrado quimioterapia.

En esta serie no contamos con datos después de algún tiempo de efectuado el tratamiento. Pero los resultados obtenidos en los casos en que se asoció quimioterapia antituberculosa a la cirugía son, en líneas generales, satisfactorios.

Sobre incidencia de edad y sexo refermis al lector a las tablas #16 y gráfica #1, puesto que encajan en el patrón universal de la enfermedad,

TUBERCULOSIS MESENERICA

Se presentan 78 casos del total de 139 encontrados. Es decir, la afección de este órgano fue del 4.90% del total de casos analizados. Constituyendo el 47.11% del total de casos afectados (295 casos).

El estudio de los 78 casos que se presentan en las tablas nos permite derivar conclusiones probablemente representativas de la enfermedad.

Se ha mencionado anteriormente que la tuberculosis interstinal evoluciona a menudo con afección de los ganglios mesentéricos en estos casos.; Este hecho ocurrió en el 53.50% de los casos de tuberculosis intestinal, (63 casos) Ocasionalmente estos ganglios aparecen afectados en forma aislada, sin que pueda demostrarse una puerta de entrada para los bacilos, tal y como ocurrió en 7 casos de afección tuberculosa primaria en este estudio.

Se reconoce (28) que la enfermedad puede evolucionar sin sintomatología clínica y es hasta en el momento de efectuar exploración abdominal quirúrgica o radiológica que esta enfermedad es diagnosticada. En esta serie, la diarrea, el dolor abdominal y la fiebre fueron los síntomas predominantes de la enfermedad. Ocurrieron en un porcentaje tal que deben ser reconocidos como señales de alarma para el médico, pero que al igual que los síntomas en la tuberculosis intestinal, los de esta enfermedad no son ni patognómicos ni típicos de la misma.

El resto de la gama de síntomas que se detallan en la tabla #9 puede explicarse en base de las enfermedades concomitantes presentadas por estos pacientes.

Se encontró masa palpable en un porcentaje mayor que en los casos de tuberculosis intestinal. Este fue del 25.64% mientras que en la última dicho porcentaje fue de 17.54%. Este hecho hace que en la afección tuberculosa del mesenterio el hallazgo de masa sea más elevado que en la afección tuberculosa de las demás víceras intra-abdominales.

Los hallazgos hematológicos presentan las mismas características que los observadas en las afecciones de intestino delgado y colon; la anemia se encontró presente en el 10.54% de los pacientes y la sedimentación elevada en el

8.94% de los mismos. Es de notar que solamente en 2 de los casos se presentó linfocitosis, lo que no concuerda con lo clásicamente descrito (28).

Se encontraron exámenes radiológicos positivos y diagnósticos en el 66% de los pacientes examinados por este método; más si tomamos en consideración únicamente los exámenes anormales del tracto digestivo y del abdomen, con o sin medio de contraste (placas vacías o series gastrointestinales, etc.), veremos que este porcentaje cae al 12% de los exámenes practicados.

Es realmente poca la ayuda diagnóstica que brindan los exámenes complementarios. Una vez más debemos recordar que los datos de historia, antecedentes de afección pulmonar y el examen físico (presencia de masa abdominal), unidos a los datos proporcionados por el laboratorio, la bacteriología y la inmunología, nos pueden llevar hacia el diagnóstico.

En estos casos se encontraron 7 pacientes que fueron clasificados con tuberculosis primaria. En los 71 casos restantes, es decir en los casos de tuberculosis mesenterica secundaria, la afección pulmonar se presentó en el 56.34% de los 71 pacientes. El hallazgo de afección pulmonar unido a los demás datos, tanto clínicos como de exámenes complementarios, hará sospechar al clínico fuertemente la posibilidad de una tuberculosis mesentérica.

Se reconoce en la literatura que el diagnóstico es difícil. En los casos de este estudio se hizo el diagnóstico solamente en 6.4% de los casos. Dieciocho pacientes fueron sometidos a cirugía con el diagnóstico de tumor abdominal. En tres de los casos se practicó resección intestinal debido a lo avanzado del proceso. En el resto de los pacientes intervenidos únicamente se tomó biopsia del mesenterio la parotomía.

En tres de los casos se efectuó cirugía por obstrucción intestinal y en un caso con obstrucción intestinal, la operación fue diferida..

En la literatura mundial se aconseja la quimioterapia como tratamiento de elección y aconsejan los autores recurrir a la cirugía, cuando se presente alguna de las complicaciones o bien cuando hayaduda razonable de que la enfermedad es un cáncer abdominal u otra enfermedad orgánica que requiere esta clase de tratamiento.

Los datos con que contamos son insuficientes para sentar juicio sobre la efectividad del tratamiento efectuado.

TUBERCULOSIS RECTAL

Se presentan 6 casos encontrados en el total de 2,854 pacientes estudiados. Es decir que este órgano se encontró afectado en el 0.21% de los casos. En 295 pacientes afectados de tuberculosis del aparato digestivo el recto se encontró lesionado en 2.03%. En la revisión hecha en el hospital San Vicente no se encontró ningún caso de tuberculosis rectal. Buie (10) señala que el recto se encuentra afectado frecuentemente en los casos de tuberculosis pulmonar, y que probablemente la diseminación sea por la vía hematógica y no a través del tracto gastrointestinal.

Los síntomas predominantes encontrados fueron la diarrea y la secreción por fístula. Es de notar el hecho que dos pacientes se quejaban de dolor perineal.

Este hecho también notado por Buie en la presentación de los casos no pudo ser explicado de una manera satisfactoria. (10). En 2 casos, la diarrea alternaba con periodos de estreñimiento.

El tiempo de evolución de la enfermedad referido por los pacientes fue más bien largo si se le compara con el tiempo de evolución referido por los pacientes afectados por la enfermedad en otros órganos (tabla #8). No se encontró ningún caso en niños, y el promedio de edad de los pacientes fue de 36 años.

Los hallazgos de anemia y sedimentación elevada se encontraron en la mayoría de los pacientes de la serie. De los estudios radiográficos efectuados solo uno fue de ayuda para el diagnóstico; en él se visualizó una fístula rectovesical.

Tres de los pacientes presentaron fistulas a su ingreso, y 4 de los pacientes presentaban masa rectal. En uno de los casos no se efectuó tacto rectal, por lo que este hallazgo no apareció reportado. En un caso no había masa palpable. Es de notar el hecho que en ninguno de los pacientes se hizo diagnóstico preoperatoriamente.

Por falta de mayores datos no nos es posible emitir opinión con respecto al tratamiento.

En lo que respecta a los demás datos remitidos al lector a las tablas expuesta.

TUBERCULOSIS HEPATICA Y ESPLENICA

Se presentan 20 casos en los cuales había afección de estas vísceras. En 5 de los casos solo había afección esplénica y en un número igual de casos fue el hígado el único órgano intra-abdominal afectado. En el resto de los casos ambas vísceras fueron afectadas.

La afección esplenica fue más frecuente que la hepática en los 295 casos encontrados con tuberculosis del aparato digestivo, como se puede ver en,

La fiebre y el dolor abdominal, así como la debilidad, fueron los síntomas predominantes de esta afección

Las enfermedades concomitantes que vale la pena mencionar son: la Sarcoidosis, la Desnutrición y la cirrosis hepática. Solo en un caso se encontró ictericia. En dicho paciente se efectuó biopsia por aspiración, la cual fue reportada como granuloma de tipo tuberculoso, lesión que Korn y col. (18) encontraron en el 80% de los casos con tuberculosis hepática comprobada y que junto a la hiperplasia focal de las células de Kúpffer y reacción inflamatoria difusa de los sinusoides la consideran característica de la afección tuberculosa del hígado.

En ninguno de los casos se encontró afección de la vesícula biliar de la que, según Weitz (38) hay solo 34 casos reportados.

TUBERCULOSIS PERITONEAL

En los 295 pacientes afectados se encontró tuberculosis peritoneal en 76 (25.76%). En los casos del hospital San Vicente la afección ocurrió en el 9.5% de la población de autopsia estudiada por muestreo y en el 20.43% de los pacientes con tuberculosis del aparato digestivo.

La fiebre, el dolor abdominal y la pérdida de peso, fueron los síntomas predominantes, al igual que en los casos publicados por Okel y col. (27).

Llama la atención que en 5 de estos casos no se encontró afección en otro órgano y que en algunos de estos casos había afección tuberculosa pélvica. Suranyi (32) analizando 10 casos con características similares, los explica como diseminación a partir de los órganos genitales femeninos.

Las características hematológicas y radiológicas son similares a las encontradas en los otros órganos presentados en este trabajo, por lo cual remi-

timos al lector a las tablas, al igual que para observar el tiempo de evolución y la edad que son comparables al patrón general expuesto.

Es notable el hecho que en esta fección el porcentaje de diagnóstico efectuados preoperatoriamente es mayor que para la afección de los otros órganos. Loughheed y col. (23) opinan que dicho diagnóstico es difícil y que en muchos casos debe recurrirse a la cirugía para esclarecerlo totalmente.

En los 14 casos que fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos solo uno fue sometido a cirugía terapéutica por un cuadro obstructivo intestinal por bridas.

Los autores consultados (28,7,24,27) están de acuerdo en que el tratamiento de la tuberculosis peritoneal debe ser el mismo que para la tuberculosis hematógena, debiéndose recurrir a la cirugía cuando el diagnóstico ofrezca dudas o cuando se presente una complicación que lo amerite.

SUMARIO

Se presentan las características clínicas y los exámenes complementarios de 248 pacientes internados en dos hospitales de tipo general, al igual que la evolución y tratamiento de los mismos.

En 2854 casos analizados, se encontraron 295 pacientes que presentaban tuberculosis del aparato digestivo. Por dificultades técnicas, solo fue posible el estudio de 248 pacientes, que presentaban tuberculosis en distintos órganos del mencionado sistema. Estos pacientes se agrupan por órganos afectados y se hace un análisis de las características clínicas presentadas según el órgano afectado.

Para comparación, se estudian 200 autopsias escogidas por muestreo en un hospital especializado en Tuberculosis pulmonar presentándose la frecuencia de afección de los diferentes órganos del aparato digestivo por la enfermedad.

CONCLUSIONES

- 1.- La incidencia de tuberculosis en la población hospitalaria es de 1.2 por mil habitantes por año.
- 2.- La incidencia de tuberculosis del aparato digestivo en 2,854 autopsias practicadas en un hospital de tipo general, es del 10.33% y en un hospital de tipo especializado en el tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar, es de 46%.
- 3.- La tuberculosis del aparato digestivo es frecuentemente secundaria a la enfermedad en otros órganos; principalmente a la tuberculosis pulmonar como lo demuestra el hecho que en los 248 pacientes estudiados, el 81.45% tenían tuberculosis del aparato digestivo de tipo secundario, y en el 72.27% de los pacientes con tuberculosis del aparato digestivo, estaba afectado el pulmón.
- 4.- El diagnóstico de la enfermedad es difícil en muchos casos, si se considera que solo el 10.08% de los casos se diagnosticaron premortem o preoperatoriamente; además no hay signos, síntomas ni exámenes complementarios que puedan hacer evidente el diagnóstico en forma patognomónica.
- 5.- La edad más afectada es la comprendida entre los 0 a los 4 años de edad.
- 6.- Si recordamos el alto grado de frecuencia de tuberculosis pulmonar en nuestro medio y la alta incidencia (46%) de la afección del aparato digestivo en pacientes con tuberculosis pulmonar; este estudio hace evidente la necesidad de pensar más a menudo en esta enfermedad, al evaluar pacientes con problemas gastrointestinales para mejorar el índice de diagnóstico de la misma.

7.- El pronóstico de la enfermedad es malo, ya que el 80.64% de los casos estudiados fallecieron. Esto está posiblemente relacionado de una manera directa a la falta de diagnóstico en la mayor parte de los pacientes (89.92%) que no reciben tratamiento de la enfermedad o sus complicaciones, o bien lo reciben tardíamente.

BIBLIOGRAFIA

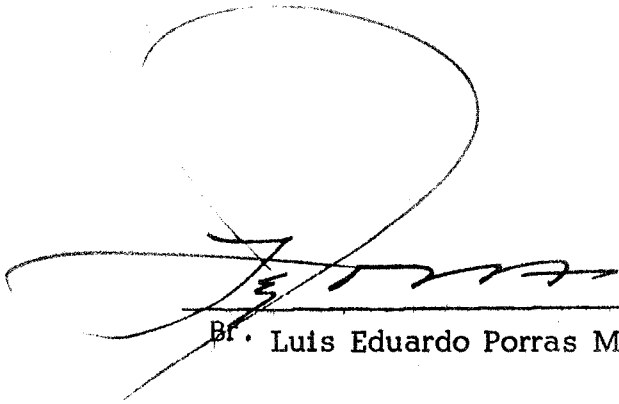
- 1.- Abrams, J.S. and Holden, W.D. Tuberculosis of the Gastro-intestinal Tract. Arch. Surg. 89: 282-293. Aug., 1964.
- 2.- Adams, R. and Milles, W.H. Surgical Treatment of Intestinal Tuberculosis. Surg. Clin. of N.A. 26:656. 1946
- 3.- Allen, A.R. Treatment of Tuberculosis Today. AM.J.Med. 25:75-88. 1958.
- 4.- Allen, A.R. et al. Accuracy of the Confirmatory Diagnosis of Tuberculosis. AM.J.Med. 22:904. 1956
- 5.- André, J. et Duhamel, J. Les Tuberculoses atypiques a formes Gastro-enterocolitiques. Sem.hop.(Fran) 32:1240. 1956
- 6.- Badger, T.L. Treatment Failures in Tuberculosis. Ann.Int.Med. 47:794. 1957.
- 7.- Beckus, H.L. Gastroenterologia. 2a.Ed. Barcelona. Salvat Editores, 1966. 849 p
- 8.- Boyd, W. A Text-Book of Pathology. An Introduction to Medicine. 6th Ed. Philadelphia. Lea and Febiger, 1955. 67 p
- 9.- Brombart, M. et al. Radiologic Differences between Ileocecal Tuberculosis and Chron's Disease. I Diagnosis of Ileocecal Tuberculosis. Am.J.Digest.Dis. 6:589. 1961.
- 10.- Buie, L.A. Sr. Two Interesting Case Reports. Dis. Colon and Rectum. 8: 248-50. 1936.
- 11.- Cattaneo, P. et al. Il trattamento locale combinato Steroideo ed antimicobatterico nella Peritonite Tuberculare. Arch, ist. esp. Santa Corona. 25:245. 1960.

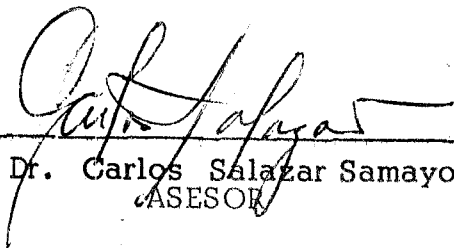
- 12.- Faulkner, R.L. Tuberculosis as a Surgical Disease of the Abdomen. Surg.Gyn. and Obs. 120:655. 1964.
- 13.- Girón, M.A. Pediatría Social. 1a. Ed. Guatemala. Ed. Universitaria, 1955. 205 p.
- 14.- Hamandi, W.J. et al. Tuberculosis of the Bowel in Iraq. Dis. Colon and Rectum. 8: 158-164. Apr., 1965.
- 15.- Hoon, J.R. et al. Gastrointestinal Tuberculosis. Collective Review. Surg. Gyn. and Obs. 91:417-40. 1950
- 16.- Howell, J.S. et al. Ileocecal Tuberculosis. Gut. 5:524. 1965.
- 17.- Johnston, F.F. et al. Tuberculous Peritonitis. Ann. Int. Med. 54:1125. 1965.
- 18.- Kern, R. et al. Hepatic Involvement in extra pulmonary Tuberculosis. Histological and Functional Characteristics. AM. J. Med. 27:60. 1959.
- 19.- Lee, F.D. et al. Ileocecal Granulomata. Gut. 5:517. 1965.
- 20.- Lincoln, E.M. et al. Results of specific Treatment of Miliary Tuberculosis in Children. A Follow Up Study of 63 patients Treated with Antimicrobial agents. N.E.J. Med. 261:113-20. 1952.
- 21.- Lincoln, E.M. Course and Prognosis of tuberculosis in Children. AM. J. Med. 9: 623-32. 1950.
- 22.- Linden, L.W.F. et al. Hyperplastic Tuberculosis of the Colon. Ann. chir. gyn. Penn. 50: 396. 1962.
- 23.- Loughheed, J.C. et al. Treatment and Current Status of Tuberculous Peritonitis. Am. Surgeon. 29:850-853. 1962.

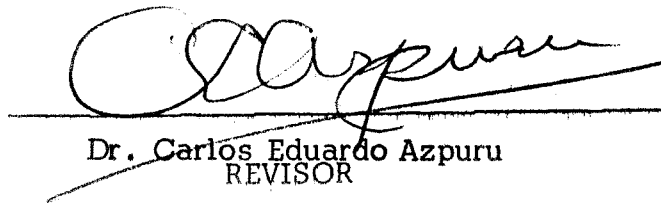
- 24.- Martin, C.L. et al. Streptomycin in the Treatment of Tuberculosis of the Rectosigmoid Region. Surg. Gyn. and Obst. 90: 681-5. 1950.
- 25.- Mayock, R.L. The Treatment of Tuberculosis. Med Clin. of N.A. 50: 1433-1445-1966.
- 26.- Mitchell, R.S. and Bristol, L.J. Intestinal Tuberculosis; an Analysis of 346 cases Diagnosed by Routine Intestinal Radiography on 5529 admissions for Pulmonary Tuberculosis, 1924-1949. Am. J. Med. Sc. 297:241. 1956
- 27.- Okei, BB and McLean, R.L. Tuberculous Peritonitis in the Chemotherapy Era. South. Med. J. 55: 156. 1963.
- 28.- Pedro-Pons, A. Patología y Clínica Médicas. ~~Vol~~ 4a. Ed. Barcelona. Salvat Editores, 1966. 876 p
- 29.- Robbins, S.L. Text Book of Pathology with Clinical Application. 2nd. Ed. Philadelphia. W.B. Saunders Company, 1965. 49 p-
- 30.- Singhai, S.L. et al. Abdominal Tuberculosis. Ind. J. Surg. 26: 440-50. May, 1964.
- 31.- Scott, R. et al. La Peritonite Tuberculare nell'era antibiotica. Considerazioni Cliniche. Arch. chir. ortop.med. 24:219. 1960.
- 32.- Suranyi, S. Les Generalization Tuberculeuses Mortelles a point de depart genital chez la Femme. Rev. fr. gyn. obst. 55:447 1961.
- 33.- Turrel et al. Colonic and Anorectal Function and Disease. Surg. Gyn. Obst. 96:433. 1953.
- 34.- Seror, J. La Tuberculeuse Gastrique. J. chir. 71:549. 1956.

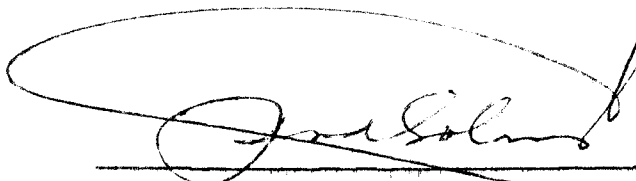
- 35.- Valenzuela, R.H. Manual de Pediatría. 6a. Ed. México. Ed. Interamericana, 1964. 16. p.
- 36.- Warmoes, F. et al. Tuberculeuse Intestinale ou Maladie de Chron? Arch. mal. app. digest. 46: 787. 1958
- 37.- Weinstein, H.J. et al. Adrenocorticosteroids in the Treatment of Tuberculosis. N. E. J. of Med. 260: 412-6. 1951.
- 38.- Wertz, G. Ueber Tuberculose der Gallenblase. Langenhecks Arch. u Deut. Zsch. Chir, 280: 318. 1956.
- 39.- Widow, W. Ein Beitrag Zur Klinik und Behandlung der Oesophagus-tuberculose Zbl. chir. 83: 1093. 1959.

verbo
Rafael R. de Amaya
Quito 20/67


Dr. Luis Eduardo Porras Monge

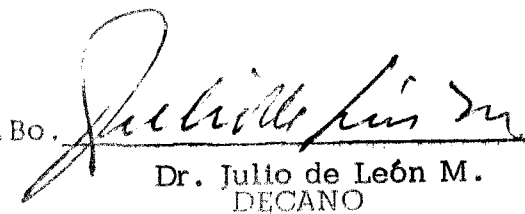

Dr. Carlos Salazar Samayoa
ASESOR


Dr. Carlos Eduardo Azpuru
REVISOR


Dr. Rodolfo Solís Hegel
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUJIA


Dr. Ernesto Alarcón
SECRETARIO



Vo. Bo. 
Dr. Julio de León M.
DECANO