

Sarcomas retroperitoneales, ¿Cómo mejorar el pronóstico de los pacientes?

Por Dr. Mario Ferreyra - 11 Oct, 2023

Tradicionalmente se han posicionado los antibióticos/quimioterapias como la única forma de tratar los casos más graves de tuberculosis peritoneal. No obstante, se ha demostrado que para una terapia exitosa es clave la combinación del tratamiento de antibióticos/quimioterapias con el soporte nutricional farmacológico.-----

¿QUÉ ENCONTRARÁS EN ESTE ARTÍCULO?

- ¿Qué es la tuberculosis enteroperitoneal?
- Sintomatología
- Diagnóstico
- ¿Cómo diagnosticar la tuberculosis enteroperitoneal?
- Protocolo de actuación:
 - 1. Inicio de nutrición y tratamiento simultáneo
 - 2. Administración de NPT y NET secuencial
 - 3. Enfoque multidisciplinar

La tuberculosis es una pandemia global que puede afectar a cualquiera, independientemente del país de residencia. Tal es su gravedad, que esta enfermedad acaba con la vida de una persona aproximadamente cada 20 segundos.¹

La Organización Mundial de la Salud estima que 1.800 millones de personas, cerca de una cuarta parte de la población mundial, están infectadas con *Mycobacterium tuberculosis*, la bacteria responsable de la tuberculosis.¹ De ellos, alrededor de 500.000 están infectadas con una cepa de *M. tuberculosis* resistente a múltiples fármacos, convirtiendo la acción terapéutica en todo un reto.²

1 cada 20s

Frecuencia global de muertes por tuberculosis en el mundo.

1,6 Millones

De personas fallecidas reportadas durante el año 2021.

Hasta 26%

Tasa de mortalidad registrada en tuberculosis enteroperitoneal.

La tasa de muerte es alarmante: en 2021, de los 10,6 millones de personas que enfermaron de tuberculosis, 1,6 millones fallecieron.¹ Y, aunque habitualmente se trata de tuberculosis pulmonar, entre estas estadísticas desgarradoras encontramos una algo menos conocida: la tuberculosis enteroperitoneal (ETB), en la cual la mortalidad es considerablemente alta.²

¿Qué es la tuberculosis enteroperitoneal?

La tuberculosis peritoneal es una condición desafiante debido a su presentación clínica diversa y a menudo inespecífica. Además, hay varias condiciones abdominales que pueden imitar los síntomas de esta, lo que puede llevar a errores diagnósticos y retrasos en el tratamiento.

No obstante, la tuberculosis peritoneal es el tipo más frecuente de tuberculosis abdominal, cuya prevalencia oscila entre el 5% y el 16,6% de la tuberculosis extrapulmonar.⁴

Generalmente ocurre secundaria a una infección pulmonar primaria diseminada por vía linfática o hematógena.⁵ A pesar de ello, en algunos casos, se presenta sin enfermedad pulmonar concomitante, lo que inicialmente puede ser confundido con enfermedades pélvicas malignas.²

Según un estudio publicado recientemente como resultado de 14 años de investigación sobre tuberculosis enteroperitoneal grave, se encontró que 9 de cada 15 pacientes no tenían enfermedad pulmonar clínica concomitante, definiendo la tuberculosis enteroperitoneal grave como aquella en la cual el paciente no puede comer adecuadamente.²

Sintomatología

Los síntomas más frecuentes de la tuberculosis peritoneal son dolor abdominal, fiebre y pérdida de peso. Los pacientes suelen acudir debido a dolor abdominal provocado por la ascitis, la cual se presenta en más del 90% en el momento del diagnóstico.⁶

Volviendo al estudio previamente citado, debemos resaltar que se encontró una franca y permanente ascitis en solo 1 de cada 15 casos, lo cual generó muchas dudas diagnósticas en la evolución. Sin embargo, la reacción en cadena de la polimerasa en dicho líquido confirmó definitivamente el diagnóstico, evitando la laparotomía diagnóstica consecuente. En algunos casos, se pudo encontrar líquido en el abdomen, por ejemplo, en la tomografía, pero no llegaba a ser ascitis.²

Un pequeño porcentaje también puede presentar peritonitis seca tuberculosa, en una fase más avanzada de la enfermedad, la cual constituye una forma fibroadhesiva de la patología.⁶ En contraposición, en el estudio sobre tuberculosis enteroperitoneal grave predominó la ausencia de líquido en la cavidad abdominal.²

Diagnóstico

La tuberculosis enteroperitoneal severa es una enfermedad sistémica; las vísceras abdominales y pélvicas se presentan «congeladas», como una gran masa sólida, lo que dificulta el diagnóstico y hace que, en ocasiones, se confunda con cáncer o enfermedad de Crohn.

Para evitar posibles riesgos, se requiere un alto grado de precaución, ya que, en caso de diagnóstico equivocado, una cirugía inadecuada empeoraría drásticamente la situación.

¿Cómo diagnosticar la tuberculosis enteroperitoneal?

Cultivo de *M. tuberculosis*

Es el estándar de oro en la tuberculosis pulmonar; no obstante, sus resultados son pobres en las presentaciones extrapulmonares de la tuberculosis debido a la baja carga bacilar. La falta del patógeno no elimina la posibilidad de la enfermedad, por ello es importante complementar esta prueba con otros métodos diagnósticos.⁷

Laparoscopia o laparotomía con biopsia

Permiten observar pequeños tubérculos en el peritoneo y el diagnóstico de granulomas en la biopsia.⁹ No obstante, este procedimiento tiene asociado una serie de riesgos severos.²

En el estudio se recoge cómo durante una laparoscopia para confirmar una neoplasia maligna de ovario, en el momento de introducir un trocar por el servicio de ginecología-oncológica, se perforó el intestino delgado. Esto generó importantes problemas con la formación de una fístula enterocutánea a alto débito, ya que es extremadamente difícil suturar un intestino con tuberculosis enteroperitoneal grave.² Sin embargo, la laparotomía consecuente permitió tomar biopsias y confirmar el diagnóstico final.²

Endoscopia con biopsia

Puede resultar útil para diagnosticar la tuberculosis, además de que nos permite descartar un cáncer primario de origen digestivo (ascitis carcinomatosa).¹⁰

Prueba de imagen (TAC)

Esta prueba muestra la extensión y características de las lesiones abdominales sugestivas de la enfermedad.⁷

Prueba molecular de reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR)

Es capaz de detectar simultáneamente la presencia de *M. tuberculosis* y la resistencia a la rifampicina (TB-RR).^{7,8}

Protocolo de actuación

Aunque tradicionalmente se han posicionado los antibióticos como la única forma de tratar los casos graves, se ha demostrado que para una terapia exitosa es clave la combinación del tratamiento multimedicamentoso con el soporte nutricional farmacológico. La inclusión del soporte nutricional cobra mayor importancia ante pacientes con tuberculosis farmacorresistente.²

CLAVE 1

Inicio de nutrición y tratamiento multimedicamentoso simultáneo

Iniciar el tratamiento con la administración simultánea de Nutrición Parenteral Total (NPT) o

Nutrición Enteral Total (NET) y el esquema multimedicamentoso, empleando tratamientos

antibióticos intravenosos específicos y quimioterapia.²

CLAVE 2

Administrar NPT y NET secuencialmente

Continuar con suplementos orales diarios de nutrientes enterales (1 litro diario, en lo posible con triglicéridos de cadena media, y con un mínimo de 40 gramos de proteína por litro) complementando la alimentación oral tras el alta del paciente.²

CLAVE 3

Enfoque multidisciplinar

En caso de complicaciones quirúrgicas, la operación se realizará por el cirujano del equipo de soporte nutricional, también responsable de supervisar el tratamiento y hacer el seguimiento hasta que el paciente esté totalmente recuperado.²

Este punto es fundamental en la educación quirúrgica: un cirujano promedio tiende a rechazar la intervención debido a los antecedentes que indican que un "abdomen congelado" es imposible de operar. Es indispensable un protocolo estricto para convertir lo imposible en posible, evitando dilaciones fatales en la toma de decisiones.^{11,12,13,14}

Una Falla Intestinal Tipo I y II por tuberculosis enteroperitoneal grave constituye una auténtica catástrofe abdominal de características mucho más complejas a las usualmente descritas en los textos referenciales de cirugía.^{11,12,13,14}

Conclusión

Este protocolo de actuación es el resultado de 14 años de estudios enfocados en mejorar el pronóstico de pacientes con tuberculosis enteroperitoneal. Una terapia combinada de tratamiento antibiótico, quimioterapia y soporte nutricional junto a un enfoque multidisciplinar nos permitirá salvar vidas y optimizar los resultados clínicos, estableciendo una hoja de ruta clara para evitar errores fatales.²

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Global pandemic. (s. f.). TB Alliance. <https://www.tballiance.org/why-new-tb-drugs/global-pandemic>
- 2 Ferreyra, M., Small, M., Montiel, M., Jauregui, F., Guerrero, S. L., Ocana, M., Holguin, R., Soto, R., & Mera, C. (2023). 112: Intestinal rehabilitation from severe enteroperitoneal tuberculosis a 14-year prospective protocol. *Transplantation*, 107(7S), 64. <https://doi.org/10.1097/01.tp.0000945904.22628.99>
- 3 Chandra, P., Grigsby, S.J. & Philips, J.A. Immune evasion and provocation by Mycobacterium tuberculosis. *Nat Rev Microbiol* 20, 750–766 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41579-022-00763-4>
- 4 Ozturk NB, Tsagkaris C, Dolek N, Iliaz R. Clinical presentation of peritoneal tuberculosis. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2022 Nov 15;36(2):259-260. doi: 10.1080/08998280.2022.2144706. PMID: 36876276; PMCID: PMC9980671.
- 5 Del Carmen Flores-Acosta, C., Vidal-Gutiérrez, O., Saldívar-Rodríguez, D., Real, P. I., & Barboza-Quintana, O. (2010). Tuberculosis peritoneal como diagnóstico diferencial de cáncer de ovario. *Elsevier*, 12(48), 192-195.
- 6 Suárez Grau, J. M., Rubio Chaves, C., García Moreno, J. L., Martín Cartes, J. A., Socas Macías, M., Álamo Martínez, J. M., López Bernal, F., Cadet Dussort, H., Bustos Jiménez, M., Tutosaus Gómez, J. D., & Morales Méndez, S. (2007). Presentación atípica de tuberculosis peritoneal: Caso clínico diagnosticado por laparoscopia. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 99(12), 725-728.
- 7 Flores, L. S., Solís, A. H., Gutiérrez, A. E., Jose, L., Ortiz, I. C., González, H. G., Martínez, E., & Sabido, R. C. (2015). Peritoneal tuberculosis: a persistent diagnostic dilemma, use complete diagnostic methods. *Revista Médica del Hospital General de México*, 78(2), 55-61. <https://doi.org/10.1016/j.hgmx.2015.03.009>
- 8 ARIAS M, FABIOLA, & HERRERA M, TANIA. (2016). Nuevos métodos para el diagnóstico de la tuberculosis. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 32(4), 254-259.
- 9 Directrices mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología. (2021). Tuberculosis del aparato digestivo. <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/digestive-tract-tuberculosis-spanish.pdf>
- 11 Ferreyra ME: Enteral or Parenteral Nutrition for the Treatment of Postoperative Gastrointestinal Fistulae: a Decision-Making Process. *Nutrition* 2002;18:196
- 12 Ferreyra ME: External Fistulas Arising from the Gastrointestinal Tract...and Prospective Overview. *Nutrition* 2003;19:182
- 13 Ferreyra, Mario Eugenio: Fístulas Gastrointestinales, Capítulo 39, pág.383, en *Nutrición Enteral y Parenteral*. Arenas y Anaya editores, © 2007 1ra Edición Mc Graw Hill. Libro Oficial de la FELANPE.
- 14 Ferreyra, ME: Capítulo 44: Fístulas Gastrointestinales, pág.372 en *Nutrición Enteral y Parenteral*. Arenas y Anaya editores, © 2012 2da Edición Mc Graw Hill. Libro Oficial de la FELANPE.