

ILEÍTIS TERMINAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UNA TUBERCULOSIS DISEMINADA

TERMINAL ILEITIS AS A FORM OF DISSEMINATED TUBERCULOSIS

C. Naveas-Polo¹, M. Martín-Toledano Lucas²

¹Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

²Hospital General de Tomelloso. Tomelloso. Ciudad Real.

Resumen

La ileítis terminal (IT) se define como la presencia de inflamación en el íleon terminal. Existen múltiples causas de IT, debiendo tener en cuenta que la presencia de la misma no implica la existencia de enfermedad de Crohn (EC). Es por tanto muy importante realizar un buen diagnóstico diferencial para no inducir a un manejo erróneo del paciente o retraso en el diagnóstico de la causa que la motiva.

Palabras clave: tuberculosis, ileítis terminal, enfermedad de Crohn, fiebre de origen desconocido.

Abstract

Terminal ileitis (TI) is defined as the presence of inflammation in the terminal ileum. There are multiple causes of TI, and it has to be taken into account that its occurrence does not imply the occurrence of Crohn's disease (CD). It is therefore very important to perform a good differential diagnosis to avoid the mismanagement of the patient or delaying the diagnosis of the underlying cause.

Keywords: tuberculosis, terminal ileitis, crohn's disease, fever of unknown origin.

CORRESPONDENCIA

Carmen Naveas Polo
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe
41930 Bormujos (Sevilla)
cnaveas83@gmail.com

Fecha de envío: 14/02/2017

Fecha de aceptación: 23/04/2017

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 52 años de raza caucásica que trabaja como celadora en un centro hospitalario. Como único antecedente personal presenta cefalea migrañosa que trata con ibuprofeno de manera ocasional, sin existir consumo habitual de antiinflamatorios no esteroideos. Ingresa para estudio de fiebre intermitente de hasta 40°C de aproximadamente 1 mes de duración con pérdida de peso asociada sin otra sintomatología. Se inicia estudio mediante ecografía abdominal, marcadores tumorales, hemocultivos, coprocultivos, Mantoux, serología de VIH, Yersinia, Campilobacter y Salmonella además de serología de virus, resultando negativas todas las exploraciones. Se realiza tomografía axial computarizada (TAC) torácico y abdominal objetivando en la misma ileítis terminal y aneurisma de aorta torácica de 5 cm de diámetro previamente desconocido.



Figura 1

Engrosamiento simétrico de íleon terminal.

Se inicia estudio mediante angiorresonancia cerebral y ecocardiografía transtorácica para descartar vasculitis y actividad del aneurisma, además de autoanticuerpos, que pudieran justificar el cuadro que motivó el ingreso, siendo los resultados negativos.

Se procede a realización de colonoscopia, observando a nivel de válvula ileocecal úlceras ovaladas de gran tamaño, con bordes mamelonados y friables a la toma de muestras. Se envía la muestra para análisis preferente, con informe de anatomía patológica con microabscesos cripticos y necrosis ulcerativa amplia, siendo el diagnóstico de EC ileal.

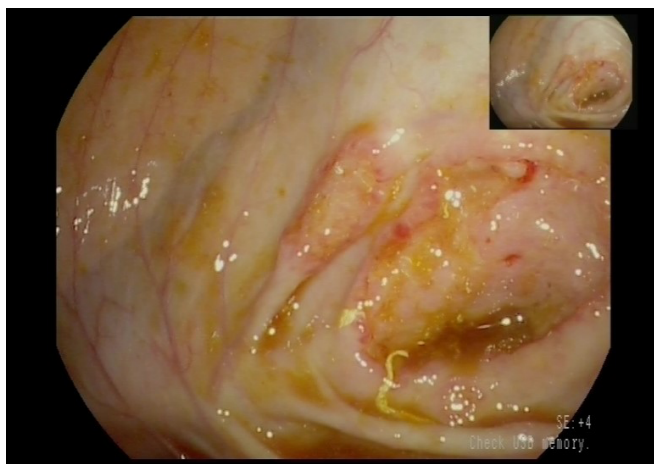


Figura 2
Imagen de colonoscopia.

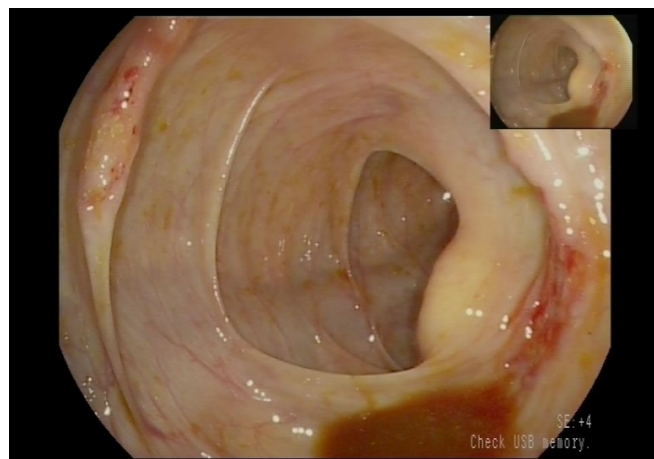


Figura 2
Imagen de colonoscopia.

Dado el diagnóstico según la anatomía patológica, se inicia tratamiento con metilprednisolona intravenosa a dosis de 60 mg diarios, produciéndose empeoramiento de la paciente en las siguientes 24 horas con desarrollo de cefalea hemisférica intensa y diplopía, además de disartria, por lo que se solicita TAC cerebral urgente el cual resulta normal y punción lumbar, siendo el líquido cefalorraquídeo compatible con meningitis tuberculosa. Se notifica a Anatomía Patológica dicho resultado para que se complete estudio de *Mycobacterium tuberculosis* en la muestra, demostrándose el hallazgo de granulomas caseificantes y de bacilos ácido

alcohol-resistentes. Se repitió TAC torácico en el que se observó afectación miliar a nivel pulmonar. La paciente inició tratamiento con cuádruple terapia antituberculosa con buena evolución en la primera semana y desaparición de la fiebre, además de mejoría de los síntomas. Actualmente se encuentra completando tratamiento antituberculostático.

Discusión

Aunque es causa poco frecuente de IT, la infección tuberculosa ocupa el sexto lugar en frecuencia en lo que a afectación extrapulmonar se refiere, debiendo incluirse en el diagnóstico diferencial de la misma, suponiendo en la mayoría de ocasiones un reto diagnóstico¹. En la actualidad, parece existir un aumento de incidencia de esta enfermedad, debido los tratamientos inmunosupresores, el virus de la inmunodeficiencia y la inmigración². En los casos en los que existe tuberculosis pulmonar activa, hasta en un 25% de los casos puede existir afectación intestinal. La afectación intestinal por *Mycobacterium tuberculosis* ocurre tras la ingesta repetida de esputo infectado, aunque también puede alcanzar esta región por vía hematogena o linfática. La región ileocecal, en primer lugar y la yeyunoileal en segundo, son los lugares con mayor frecuencia de afectación³.

La infección por *Mycobacterium bovis* es causa menos frecuente de tuberculosis intestinal. En este caso, la infección se produciría por la ingesta directa de productos lácteos exentos de control sanitario, siendo esta causa poco frecuente en nuestro medio.

Las manifestaciones clínicas pueden ser totalmente inespecíficas, siendo las más frecuentes la pérdida de peso, fiebre y dolor abdominal crónico. En menor frecuencia aparecen hemorragia rectal, alteración del hábito intestinal o la perforación^{4,5}.

La tuberculosis intestinal puede remedar diferentes cuadros, por lo que es importante la sospecha clínica para distinguirla de la EC, ya que los fármacos que pueden mejorar esta última, pueden producir empeoramiento de la tuberculosis. La colonoscopia es la prueba de elección para la valoración de lesiones sobre la mucosa y toma de muestras. Algunos autores, establecieron comparaciones entre los hallazgos endoscópicos de ambas entidades. Así, en la tuberculosis, parece que las úlceras presentan bordes irregulares y nodulares, pudiendo existir en el borde ulceroso formaciones polipoideas sésiles que se desprenden difícilmente con la toma de muestras. Además, en ambas entidades, existen granulomas, pero en el caso de la tuberculosis sólo aparecen en un 30% de los casos. Por otro lado, la identificación en la muestra de *Mycobacterium tuberculosis* mediante tinción de Ziehl-Neelsen tiene baja sensibilidad y especificidad, por lo que si no existe sospecha clínica y en un primer momento no se identifican en la muestra estos hallazgos, el diagnóstico puede ser difícil². El cultivo sigue siendo la técnica de elección en estos casos, pero el inconveniente es que puede retrasar el diagnóstico entre 1 y 2 meses. La PCR en las biopsias intestinales puede resultar más rápida y aunque su sensibilidad es baja⁶, estudios recientes lo consideran como método diagnóstico altamente específico para el diagnóstico de esta entidad⁷.

En la mayoría de casos, una vez se establece el diagnóstico, la respuesta al tratamiento es excelente y raros son los casos en los que se recurre a la laparotomía para el diagnóstico. La cirugía se reserva para complicaciones tales como la hemorragia, perforación u obstrucción, siendo estas complicaciones propias de enfermedad crónica⁸.

Nuestro caso se trata de una tuberculosis diseminada, que se manifestó inicialmente en forma de IT, con diagnóstico preliminar de EC, sin embargo, desde el inicio existían datos que nos podrían hacer pensar que se trataba de una tuberculosis, como son la fiebre elevada y de larga evolución y la presencia de úlceras ovaladas sobre la válvula ileocecal con eje mayor perpendicular al eje longitudinal del colon. Se inició tratamiento con corticoides después de obtener el resultado de Anatomía Patológica, produciéndose el empeoramiento de la paciente en 24 horas, por lo que en este caso, pensamos que el tratamiento con dicho fármaco no fue el causante del mismo y se atribuyó al curso clínico de la enfermedad que comenzó semanas previas y que hasta el momento no había recibido tratamiento. Tras realizar punción lumbar, dado que el líquido era compatible con meningitis tuberculosa, se realizó tinción de Ziehl-Neelsen sobre las biopsias colónicas y se obtuvo el diagnóstico.

Señalar que la paciente tiene una profesión de riesgo para la adquisición de enfermedad tuberculosa y como conclusión, destacar la importancia de incluir en el diagnóstico diferencial de fiebre de origen desconocido de ileítis la posibilidad de tuberculosis intestinal.

Bibliografía

1. Grupo de trabajo del área TIR de SEPAR. Recomendaciones SEPAR. Normativa sobre la prevención de la tuberculosis Arch Bronconeumol, 2002; 38: 441-451.
2. Maroto A, Ponce M. Tuberculosis y aparato digestivo. Gastroenterol Hepatol. 2003; 26: 34-41
3. Marshall JB, Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. AM J Gastroenterol 1993;88: 989-99.
4. Donoghue HD, Holton J. Intestinal tuberculosis. Current opinion on infectious diseases 2009; 22:490-496.
5. Govind K. Makharia et al. Clinical, endoscopic, and histological differentiations between Crohn's disease and intestinal tuberculosis. The American Journal of Gastroenterology 2010; 105:642-651.
6. Horvath KD, Whelan RL. Intestinal tuberculosis: Return of an old disease. Am J Gastroenterol 1998; 93: 692-6.
7. Jin T. et al. Saudi J Gastroenterol. 2017 Jan-Feb;23(1):3-10. doi: 10.4103/1319-3767.199135).
8. Anand BS, Nanda R, Schdev GK. Response of tuberculous stricture to antituberculous treatment. Gut 1988; 29: 62.