

TUBERCULOSIS INTESTINAL: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA.

INTESTINAL TUBERCULOSIS: IMPORTANCE OF DIAGNOSIS OF SUSPECTED CASES.

A. Martín-Lagos Maldonado¹, L.M. Alcázar-Jaén², S. Pérez-Moyano³

¹Hospital Universitario Campus de la Salud de Granada. Granada.

²Hospital Gutiérrez Ortega. Valdepeñas. Ciudad Real.

³Hospital Comarcal de Baza. Granada.

Resumen

La tuberculosis (TBC) intestinal es una entidad cuyo diagnóstico diferencial puede resultar difícil. Existe un solapamiento de las características clínicas, endoscópicas y radiológicas entre esta y la enfermedad de Crohn (EC). El tratamiento de una EC en el contexto de una TBC no diagnosticada puede tener consecuencias adversas e incluso fatales para la vida del paciente, especialmente en aquellos que reciben fármacos inmunosupresores y/o biológicos. Nosotros presentamos el caso de un paciente diagnosticado erróneamente de una EC en lugar de una TBC intestinal, subrayando la necesidad de considerar la TBC intestinal en el diagnóstico diferencial de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Palabras clave: tuberculosis, tuberculosis extrapulmonar, ileítis, enfermedad de Crohn.

Abstract

Intestinal tuberculosis (TBC) is an entity whose differential diagnosis can be difficult. There is an overlap of the clinical, endoscopic and radiological characteristics between TB and Crohn's disease (CD). CD's treatment in the context of an undiagnosed TB can have adverse and even fatal consequences for the patient life, especially in those who receive immunosuppressive and / or biological drugs. We present the case of a patient wrongly diagnosed with CD instead of intestinal TBC, underlining the need to consider intestinal TBC in the differential diagnosis of inflammatory bowel disease (IBD).

Keywords: tuberculosis, extrapulmonary tuberculosis, ileitis, Crohn's disease.

CORRESPONDENCIA

Alicia Martín-Lagos Maldonado
Hospital Universitario Campus de la Salud
Avda. de la Investigación, s/n. 18016 Granada.
aliciamartin-lagos@hotmail.com

Fecha de envío: 22/10/2017

Fecha de aceptación: 26/11/2017

Caso clínico

Varón de 39 años, de nacionalidad rumana, sin antecedentes de interés, ingresa por diarrea de dos meses de evolución, dolor en fosa iliaca derecha y pérdida ponderal de 12 kg. Los análisis iniciales muestran: hemoglobina 9,8 g/dl, hierro 15 µg/dl, plaquetas 455.000/µL, leucocitos 13x10⁹ / l, PCR 8 mg/l, albúmina 2,9 g/dl; coprocultivos (x3) y estudio de parásitos en

heces negativos. Una colonoscopia mostró la presencia de aftas dispersas en colon transverso, y en colon derecho varias úlceras con estenosis ulcerada de la válvula ileocecal que impidió la ileoscopia (**Figura 1**), cuyas biopsias sugirieron enfermedad de Crohn (EC) como primera posibilidad. El paciente inició tratamiento con corticoides intravenosos. El estudio complementario fue positivo en la prueba cutánea de la tuberculina (Mantoux), siendo la radiografía de tórax normal. Se solicitó baciloscopia que confirmó la existencia de una TBC pulmonar activa, comenzando tratamiento con rifampicina, pirazinamida, isoniacida y etambutol. Ante el diagnóstico de TBC pulmonar, y tras tres días de corticoides i.v. sin mejoría clínica, se decidió descenso paulatino de los mismos y realización de una nueva colonoscopia. En esta ocasión se solicitó de forma dirigida en las biopsias de las lesiones la tinción de Ziehl-Nelsen que resultó negativa, sin embargo, la PCR para DNA de *Mycobacterium tuberculosis* positiva confirmó el diagnóstico de TBC intestinal. La evolución clínica del paciente con el tratamiento antituberculoso fue favorable, con mejoría de la diarrea y recuperación de los parámetros nutricionales progresivamente en un mes. A las cinco semanas una colonoscopia de revisión mostró la completa desaparición de las lesiones del colon.

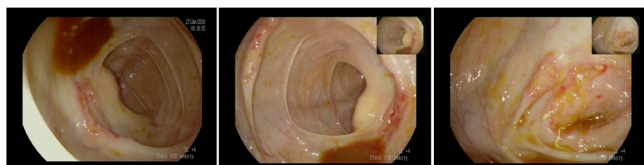


Figura 1

Se observan de forma dispersas varias úlceras en colon derecho, de morfología irregular, algunas redondeadas y excavadas, otras más serpiginosas y superficiales, cuya morfología sugirió al endoscopista EC. El fondo de la cavidad cecal, entorno al orificio apendicular también se mostró afectado.

La TBC supone un problema de salud pública. La forma de presentación más común es la TBC pulmonar, sin embargo, de entre las manifestaciones extrapulmonares la TBC abdominal es menos frecuente que otras formas como la afectación del sistema linfático, genitourinario, sistema nervioso central o incluso que la forma diseminada¹.

Aproximadamente un 36-90% del total de casos de TBC abdominal afectan a la región ileocecal y/o yeyunoileal, más que al colon, probablemente asociado a la mayor afinidad de los bacilos por el abundante tejido linfóide y mayor éxtasis de esta región². La TBC gastrointestinal se asocia a estados de inmunosupresión. Existen numerosos casos que describen el desarrollo de una TBC en pacientes inmunodeprimidos, sin embargo, nuestro paciente presentó desde el inicio una TBC intestinal mal diagnosticada como una EC en el seno de una TBC pulmonar no conocida. Hasta el 70% de las formas intestinales son resultado de la ingestión de un esputo infectado en sujetos con TBC pulmonar activa^{3,4}.

Los síntomas de la TBC intestinal son muy inespecíficos, y pueden simular otras entidades como la EC. El aspecto endoscópico

de las lesiones en ambas entidades también puede resultar muy similar, y aunque las úlceras en la TBC intestinal suelen ser más transversales o redondeadas y más longitudinales en la EC, estos rasgos no siempre resultan fácil de reconocer^{3,4}.

La histología supone una de las principales herramientas para diferenciar una EC de una TBC intestinal, aunque no siempre es clarificadora. Los granulomas caseificados y confluentes (que solo aparecen en la TBC, y con frecuencia submucosos), úlceras delineadas por histiocitos epitelioides e inflamación submucosa desproporcionada son datos que orientarían a una TBC⁵. Las biopsias deberían ser tomadas de los márgenes de las úlceras. La presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes, aunque muy específicos, pueden no ser visualizados, y la reacción en cadena de la polimerasa para el DNA de micobacteria resulta más sensible, aunque también existen falsos negativos. El cultivo para *Mycobacterium tuberculosis*, con una sensibilidad del 50%, es definitivo para el diagnóstico.

El diagnóstico etiológico correcto de una TBC intestinal, y su diferenciación de la EC es indispensable para evitar riesgos innecesarios asociados al tratamiento de la EII, ya que fármacos como los corticoides o anti-TNF puede acelerar la diseminación de la TBC y facilitar la perforación intestinal⁵. En nuestro paciente, el resultado positivo del Mantoux nos permitió el replanteamiento precoz del diagnóstico inicial de EC, y en consecuencia la retirada temprana de los corticoides. Este caso enfatiza la importancia de reconsiderar el diagnóstico de la TBC intestinal en pacientes con afectación ileocecal, y de llevar adecuadamente los protocolos de detección precoz de otras infecciones en el manejo global de los pacientes con EII.

Bibliografía

1. Saaqi M, Shah SA, Zubair M. Abdominal tuberculosis: Epidemiologic profile and management experience of 233 cases. *J Pak Med Assoc* 2014;62:704-707.
2. Sibartie V, Kirwan WO, O'Mahony S, Stack W, Shanahan F. Intestinal tuberculosis mimicking crohn's disease: Lessons relearned in a new era. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2007;19:347-349.
3. Niriella MA, Kodisinghe SK, De Silva AP, Hewavisenthi J, de Silva HJ. Intestinal tuberculosis masquerading as difficult to treat crohn disease: A case report. *BMC Res Notes* 2016;9:417.
4. Surewad G LI, Shanbag P. Pulmonary and ileal tuberculosis presenting as fever of undetermined origin. *J Clin Diagn Res* 2014;8:01-02.
5. Gurzu S, Molnar C, Contac AO, Fetyko A, Jung I. Tuberculosis terminal ileitis: A forgotten entity mimicking crohn's disease. *World J Clin Cases* 2016;4:273-280.