Cartas al Director

Causa emergente de dolor abdominal y fiebre: tuberculosis intestinal

Palabras clave: Dolor abdominal. Tuberculosis intestinal. Fiebre.

Key words: Abdominal pain. Intestinal tuberculosis. Fever.

Sr. Director:

Presentamos el caso clínico de un varón de 44 años, alérgico a la penicilina, intervenido de fístula anal, consumidor de esporádico de alcohol y ex consumidor de hachís y marihuana. Refiere desde hace 3 días cuadro de dolor abdominal difuso, más localizado en fosa iliaca derecha, náuseas y vómitos. El cuadro se acompaña de fiebre y tos con escasa expectoración. A la exploración física presenta un abdomen blando, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal. La analítica muestra una anemia microcítica e hipocrómica (10,5 g/dl) con aumento de reactantes de fase aguda. En la radiografía de tórax (Fig. 1) se aprecia un infiltrado con sensación de cavitación con diseminación broncógena a nivel del lóbulo superior derecho, así como pinzamiento del seno costofrénico derecho (Fig. 1). Se realiza una ecografía abdominal (Fig. 2), donde se aprecia un engrosamiento del íleon terminal y adenopatías adyacentes, sin apreciarse afectación apendicular ni líquido libre intraperitoneal. *Evolución:* se solicita colonoscopia con ileoscopia donde se aprecia desde íleon terminal y con una afectación pancolónica, múltiples lesiones ulceradas, de bordes bien definidos, sobreelevadas con presencia de exudado blanquecino (Fig. 3), de las que se toman muestras para analizar, que son informadas como mucosa con signos de ulceración en inflamación crónica granulomatosa de etiología tuberculosa, evidenciándose con la tinción de Ziehl-Neelsen

Fig. 1. Infiltrado con cavitación y diseminación broncógena a nivel del lóbulo superior derecho asociado a pinzamiento del seno costofrénico derecho.

bácilos ácido-alcohol resistentes (Fig. 4). Dada la sospecha concomitante de tuberculosis pulmonar, se realiza una broncoscopia evidenciándose signos endoscópicos de tuberculosis endobronquial, con anomalía en segmentación bronquial y fístula bronquiopleural. Se toman muestras de broncoaspirado, citología líquido pleural y biopsia bronquial, evidenciándose abundante presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes (*Mycobacterium tuberculosis complex*). Dados los hallazgos clínicos, se decide completar el estudio solicitándose serología viral, apreciándose positividad para VHC y VIH, siendo el resto de análi-

Fig. 2. Engrosamiento de íleon terminal.

Fig. 3. Mucosa de colon con lesiones ulceradas y presencia de exudado blanquecino.

tica normal. Tras el diagnóstico de tuberculosis intestinal e infección crónica VIH (estadio C2, carga viral de 190.379 copias y CD4+: 348) el paciente comienza con tratamiento antituberculoso y antirretroviral, con mejoría clínica y radiológica en controles posteriores.

Diagnóstico: tuberculosis intestinal con infección pulmonar concomitante.

Discusión

La tuberculosis es una patología emergente en las últimas décadas, debido fundamentalmente al incremento en inmigración y enfermedades que inducen a la inmunosupresión. Su diagnóstico viene dificultado, por un lado, por la similitud de síntomas con otros procesos abdominales, tales como enfermedad de Crohn, linfomas y otros procesos infecciosos, y por otro,

Fig. 4. Tinción de Ziehl-Neelsen. Presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes.

por la dificultad que entraña la identificación de los principales grupos de riesgo (1), siendo el principal de ellos los pacientes infectados por VIH (2). En estos pacientes la afectación extrapulmonar oscila entre el 45 y el 60%, y sólo un 5% presenta afectación pulmonar (3). La localización más frecuente en el tracto digestivo es la región ileocecal. En cuanto a la presentación clínica se refiere, el síntoma más frecuente de presentación es el dolor abdominal. El diagnóstico definitivo se establece mediante la tinción de Ziehl-Neelsen y el cultivo en el medio de Löwestein. El tratamiento de elección son los fármacos antituberculosos, empleándose el tratamiento quirúrgico para las complicaciones (obstrucción intestinal, fistulización, perforación) (4).

C. Albanea Moreno, V. M. Aguilar Urbano, J. Gonzalo Marín, J. M. Rosales Zabal, I. Robin Rivera, G. García Fernández, I. Rodrigo Fernández¹ y A. Sánchez Cantos

*Servicios de Aparato Digestivo y ¹Anatomía Patológica.
Hospital Costa del Sol. Málaga*

Bibliografía

1. Benito García P, Prieto Vicente V, Geijo Martínez F, Fradejas Salazar P, Sánchez Garrido A, Velasco Guardado A, et al. Tuberculosis intestinal: un reto diagnóstico. *Rev Esp Enferm Dig* 2008; 100(2): 109-10.
2. Wright PW, Wallace RJ. Enfermedades producidas por micobacterias. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editores. Principios de medicina interna. Madrid: Harri-son; 2001. p. 1201-22.
3. Maroto M, Ponce M. Progresos en gastroenterología. *Gastroenterología y Hepatología* 2003; 26 (1): 34-41.
4. Fernández Sarabia MT, Cardenal Escarcena A, Roldán Lora FA, Encinas Tobajas VM. Perforación intestinal: complicación inusual de la tuberculosis entérica, que simulaba enfermedad de Crohn. *Rev Esp Enferm Dig* 2008; 97(7): 536-7.