

Cartas al Director

Tuberculosis intestinal: un reto diagnóstico

Palabras clave: Tuberculosis. VIH. Enfermedad de Crohn. Masa abdominal.

Key words: Tuberculosis. HIV. Crohn's disease. Abdominal mass.

Sr. Director:

Caso clínico

Varón de 37 años, con antecedentes de úlceras orales de repetición e intervenido por absceso perianal. Refería desde hacía dos años molestias abdominales en zona periumbilical y deposiciones blandas con moco. En los últimos meses la clínica era más intensa y se acompañó de pérdida de 10 kg de peso y astenia. Consultó en urgencias por dolor abdominal intenso y fiebre de 38 °C. A la exploración física presentaba un abdomen distendido y signos de irritación peritoneal, se palpaba una masa dolorosa, de límites mal definidos, en hemiabdomen derecho. La analítica mostraba una anemia normocítica con aumento de reactantes de fase aguda. En la TC abdominal (Fig. 1) se apreciaba un engrosamiento (13 cm) concéntrico de la pared del colon ascendente que se extendía hasta ángulo hepático, con afectación del íleon terminal y adenopatías retroperitoneales, sugerente de enfermedad inflamatoria intestinal o, menos probable, de proceso neoplásico complicado.

Evolución

Tras descartarse intervención quirúrgica urgente; el paciente mejoró clínica, analítica y radiológicamente (TC) con reposo digestivo y antibioterapia de amplio espectro. Se realizó una colonoscopia (Fig. 2): desde ángulo hepático, la mucosa ad-



Fig. 1. TC abdominal.

quiere un aspecto nodular con ulceraciones superficiales y oclusión de la luz. En la anatomía patológica no se observaban fenómenos de criptitis ni granulomas. El tránsito intestinal mostraba una marcada estenosis en ciego y colon ascendente, con afectación del íleon terminal sugerente de enfermedad de Crohn. Los marcadores tumorales fueron normales, Rx de tórax normal, Mantoux negativo y tinción para BAAR positiva en la tercera muestra de coprocultivo, creciendo posteriormente *Mycobacterium tuberculosis*. Serologías VIH positiva (con CD4: 224 y carga viral: 110.000 copias). Con el diagnóstico de tuberculosis intestinal e infección crónica por VIH (estadio C2) el paciente comenzó tratamiento antituberculoso con mejora clínica y radiológica en controles posteriores.

Comentario

La TBC continúa siendo un problema sanitario importante, la inmunodepresión y la inmigración constituyen los factores más importantes en su reaparición. Es esencial para llegar al

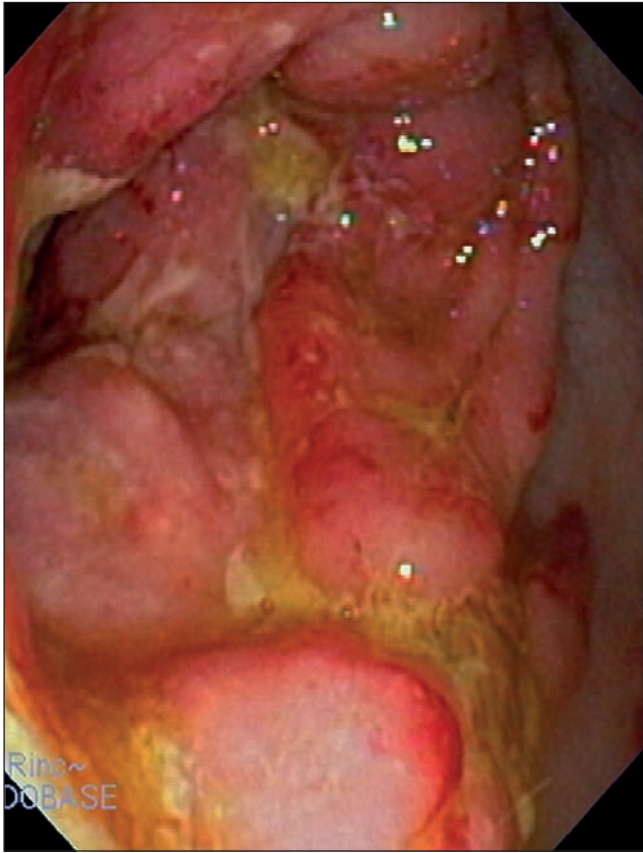


Fig. 2. Colonoscopia.

diagnóstico mantener un alto grado de sospecha clínica, esto es difícil si se desconoce la pertenencia a grupos de riesgo o en ausencia de TBC pulmonar. La infección por VIH constituye el principal factor de riesgo para su desarrollo (1).

En pacientes VIH la afectación extrapulmonar es más frecuente (45-60%), y más de un 5% presenta afectación abdominal (2). Aunque puede afectar a cualquier región del tracto digestivo, su localización más frecuente es la ileocecal (1-4). El cuadro clínico es similar al de otras enfermedades abdomi-

nales (Crohn, tumores, linfomas, abscesos periapendiculares y otros procesos infecciosos) con las que es necesario realizar el diagnóstico diferencial (1-4). El síntoma más común es el dolor abdominal, cursa también con astenia, pérdida de peso, fiebre y en ocasiones palpación de masa abdominal (1-4). El diagnóstico definitivo se realiza mediante la tinción BAAR (Ziehl-Neelsen), positiva en el 35-60% de los casos (3), y el cultivo en medio Löwestein. La combinación de ambos establece el diagnóstico en el 80% de los casos. Si la tinción y el cultivo son negativos, podemos recurrir al análisis por PCR de las biopsias, es un procedimiento más caro, pero más sensible y específico (4). El uso de corticoides como terapia empírica aumenta el riesgo de diseminación tuberculosa, si no es posible diferenciar entre enfermedad tuberculosa y Crohn no deben administrarse (3,4). El tratamiento de elección son los fármacos antituberculosos, reservándose la cirugía para las complicaciones (obstrucción intestinal, fistulización, sangrado o perforación) (5).

P. Benito García, V. Prieto Vicente, F. Geijo Martínez, P. Fradejas Salazar, A. Sánchez Garrido, A. Velasco Guardado y M. T. Rodríguez Rincón

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario de Salamanca

Bibliografía

1. Wright PW, Wallace RJ. Enfermedades producidas por micobacterias. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editors. Harrison. Principios de Medicina Interna. Madrid: 2001. p. 1201-22.
2. Maroto M, Ponce M. Progresos en gastroenterología. Gastroenterología y Hepatología 2003; 26 (1): 34-41.
3. Chatzicostas C, Koutroubakis I, Tzardi M, Roussomoustakaki M, Prassopoulos P, Kouroumalis E. Colonic tuberculosis mimicking Crohn's disease: Case report. BMC Gastroenterology 2002; 2.
4. Settbas Y, Alper M, Akcan Y, Gurbuz Y, Oksuz S. Massive gastrointestinal tuberculosis in a young patient without immunosuppression. World J Gastroenterol 2003; 9 (10): 2382-4.
5. Fernández Sarabia MT, Cardenal Escacerna A, Roldán Lora FA, Encinas Tobajas VM. Perforación intestinal: complicación inusual de la tuberculosis entérica, que simulaba enfermedad de Crohn. Rev Esp Enferm Dig 2005; 97 (7): 536-7.