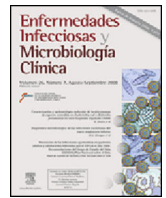




Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Dolor abdominal y astenia en niño de 7 años

Abdominal pain and asthenia in a 7 years old boy

Raquel Plácido Paías^{a,*}, Alejandro Rodríguez Martínez^b y María Dolores Falcón Neyra^c

^a Servicio de Pediatría, Hospital de Mérida, Mérida, Badajoz, España

^b Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Unidad de Gestión Clínica de Pediatría, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^c Sección de Infectología e Inmunopatología Pediátrica, Unidad de Gestión Clínica de Pediatría, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Descripción clínica del caso

Niño de 7 años, caucásico de origen español, ingresado por dolor abdominal y deposiciones con moco y sangre de 3 meses, artralgias esporádicas, y astenia y febrícula en los 12 últimos días, sin otros antecedentes. Exploración física: astenia y palidez sin otros hallazgos. Peso 22,3 kg (−0,94 DE), talla 124 cm (−1,10 DE) e índice de masa corporal (IMC) 14,5 kg/m² (−0,84 DE). Leucocitosis 24.400 células/μl (17.700 neutrófilos/μl), hemoglobina 9,3 g/dl (VCM 65,1 fl, HCM 20,2 pg), plaquetas 762.000 μl y PCR 129,7 mg/l, transaminasas normales, albúmina plasmática 2,7 g/dl, sideremia 10,5 μg/dl (50–170); anticuerpos antigliadina y antitransglutaminasa IgA negativos, calprotectina fecal elevada (929 μg/g). Serología VIH y VHB negativas. Coprocultivo y parásitos negativos. En la ecografía abdominal se visualiza asa ileal con pared engrosada (7 mm). Sin alteraciones en estudio gastroduodenal ni tránsito intestinal. En colonoscopia se visualiza mucosa pálida con úlceras en sacabocados, especialmente en ciego y en colon ascendente, y válvula ileocecal edematosa yestenótica con úlceras circunferenciales superficiales con base fibrinada (figs. 1–3).

Evolución

Ante la sospecha inicial de enfermedad de Crohn (EC), se inicia tratamiento de inducción con nutrición enteral polimérica exclusiva. Previo al inicio del tratamiento con inmunomoduladores se realiza prueba de tuberculina, con induración de 12 mm a las 72 h y diagnóstico de infección tuberculosa. En radiografía de tórax se observa una condensación en lóbulo superior izquierdo. Aspirado gástrico con baciloscopia positiva, PCR Xpert MTB positiva para *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*) y cultivo de Lowenstein con crecimiento de *Mycobacterium tuberculosis* menor de 7 días y sensible a fármacos de primera línea. La histología intestinal muestra colitis granulomatosa ulcerada cecal, con menor afectación de colon ascendente y descendente, sigma y recto. En el

material de biopsia, la tinción Ziehl-Nielsen, la PCR y el cultivo de Lowenstein resultaron positivos. Se inició tratamiento convencional (inducción: 2 HRZ, mantenimiento: 7 HR), se usó triple terapia por germen pansensible durante 9 meses por localización extrapulmonar y la severidad del cuadro. Se asoció nutrición enteral exclusiva con fórmula polimérica durante 8 semanas como tratamiento coadyuvante. Al finalizar el tratamiento el niño se encuentra asintomático con recuperación de parámetros antropométricos: peso: 28,3 kg (−0,38 DE), talla: 129,5 cm (−0,96 DE) e IMC: 16,88 kg/m² (−0,38 DE). Gastroscopia y colonoscopia de control sin hallazgos con histología normalizada.

Comentario final

En 2013, la incidencia de tuberculosis en niños en España fue de 5,4/100.000 habitantes, representado la tuberculosis intestinal (TI) un 0,5% del total de casos¹. La bacteria *M. tuberculosis* es la principal causa, y la región ileocecal es la más comúnmente afectada².

Las manifestaciones clínicas de la TI son inespecíficas y de progresión lenta^{3–5}, motivando un retraso en el diagnóstico². El dolor abdominal y la fiebre son los síntomas más frecuentes asociando pérdida de peso, astenia y episodios de diarrea o estreñimiento. La obstrucción intestinal es la complicación más común³. Las pruebas de laboratorio son inespecíficas, con elevación de reactantes, anemia y linfopenia o leucocitosis⁴, todos presentes en nuestro paciente. La prueba de la tuberculina y los test de liberación de interferón gamma tienen una sensibilidad limitada en el diagnóstico de la TI debido a la inmunodeficiencia funcional adquirida por la desnutrición que presentan muchos de estos pacientes².

La ecografía abdominal y la tomografía computarizada pueden ser útiles para el diagnóstico y la extensión de la enfermedad, aunque los hallazgos más comunes son poco específicos⁴.

En la colonoscopia la región más frecuentemente afectada es la válvula ileocecal. Las lesiones intestinales suelen presentarse como múltiples úlceras superficiales y circunferenciales con mucosa normal circundante, en lugar de las úlceras lineales, y rodeadas de mucosa inflamada y nodular de la EC^{6,7}.

El diagnóstico diferencial con la EC supone un reto. La histología es similar en ambas entidades, en general, úlceras profundas,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquelpaia@hotmail.com (R. Plácido Paías).



Figuras 1-3. Lesiones ulcerosas circunferenciales superficiales cubiertas de fibrina en colon ascendente y ciego, con zonas adyacentes de mucosa aparentemente sana.

agregados linfocitos, inflamación transmural y granulomas no caseificantes son más específicos de la EC mientras que granulomas grandes caseificantes y coalescentes son sugestivos de la TI⁸.

El diagnóstico definitivo de la TI viene dado por la demostración del germen en la muestra histológica. Sin embargo, la baja sensibilidad y especificidad de las técnicas microbiológicas tradicionales, y el tiempo de crecimiento lento limitan estas técnicas⁹. La PCR para la detección de *M. tuberculosis* constituye una técnica rápida y útil para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar¹⁰.

El tratamiento de la enteritis tuberculosa de presentación subaguda se basa en pautas clásicas. La respuesta clínica es evidente en menos de 2 semanas tras su instauración, por lo que la falta de respuesta debe impulsar una reevaluación⁴.

Presentamos este caso por su interés epidemiológico y clínico, y por las dificultades diagnósticas encontradas. La alta sospecha clínica en nuestro medio es fundamental para el diagnóstico precoz y su tratamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Bibliografía

1. Centro Nacional de Epidemiología. Informe epidemiológico sobre la situación de la tuberculosis en España. Año 2013. Madrid. Instituto de Salud Carlos III. 2014.
2. Giouleme O, Paschos P, Katsaros M, Papalexi F, Karabatsou S, Masmanidou M, et al. Intestinal tuberculosis: A diagnostic challenge—case report and review of the literature. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2011;23:1074–7.
3. Bandyopadhyay S. Tuberculosis in gastroenterology practice: Clinical challenges. *Medicine Update.* 2011;21:321–31.
4. Yo-Spring L, Yhu-Chering H, Tzou-Yien L. Abdominal tuberculosis in children: A diagnostic challenge. *J Microbiol Immunol Infect.* 2010;43:188–93.
5. Tinsa F, Essaddam L, Fitouri Z, Brini I, Dourina W, Ben Becher S, et al. Abdominal tuberculosis in children. *J Pediatr Gastroenterol Ntr.* 2010;50:634–8.
6. Li X, Liu X, Zou Y, Ouyang C, Wu X, Zhou M, et al. Predictors of clinical and endoscopic findings in differentiating Crohn's disease from intestinal tuberculosis. *Dig Dis Sci.* 2011;56:188–96.
7. Lee YJ, Yang SK, Byeon JS, Myung SJ, Chang HS, Hong SS, et al. Analysis of colonoscopic findings in the differential diagnosis between intestinal tuberculosis and Crohn's disease. *Endoscopy.* 2006;38:592–7.
8. Almadi MA, Ghosh S, Aljebreen AM. Differentiating intestinal tuberculosis from Crohn's disease: A diagnostic challenge. *Am J Gastroenterol.* 2009;104:1003–12.
9. Gan HT, Chen YQ, Ouyang Q, Bu H, Yang XY. Differentiation between intestinal tuberculosis and Crohn's disease in endoscopic biopsy specimens by polymerase chain reaction. *Am J Gastroenterol.* 2002;97:1446–51.
10. Jin XJ, Kim JM, Kim HK, Kim L, Choi SJ, Park IS, et al. Histopathology and TB-PCR kit analysis in differentiating the diagnosis of intestinal tuberculosis and Crohn's disease. *World J Gastroenterol.* 2010;16:2496–503.