



## CARTA AL DIRECTOR

## Tuberculosis intestinal y peritoneal en paciente no inmunodeprimido



### Intestinal and peritoneal tuberculosis in a non-immunocompromised patient

Sr. Director:

La afectación intestinal en la tuberculosis es rara, siendo la zona ileocecal la más frecuentemente afectada<sup>1</sup>. Está aumentando por el VIH, por las enfermedades renales crónicas, por la terapia con inmunosupresores y por la inmigración<sup>1,2</sup>. Es la gran simuladora, y supone un reto diagnóstico<sup>1</sup>.

Presentamos el caso de una mujer de 67 años, española, con antecedentes personales de hipotiroidismo y estreñimiento crónico. Ha ingresado en 3 ocasiones por abdominalgia en los últimos 2 meses. Refiere abdominalgia posprandial, vómitos y estreñimiento de 5 días de evolución. Afebril. Pérdida de peso no cuantificada.

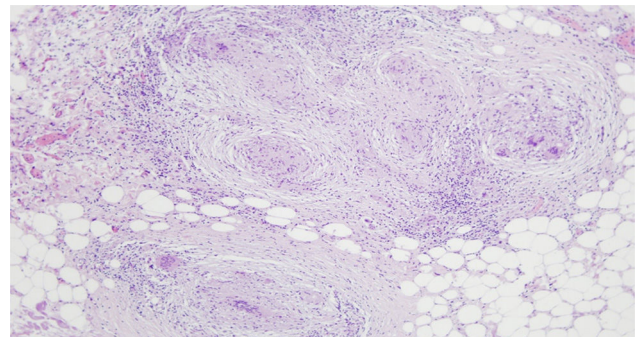
A la exploración presenta un abdomen ligeramente distendido, timpanizado, doloroso de forma generalizada, sin signos de irritación peritoneal, sin masas ni megalias y ruidos hidroaéreos disminuidos.

En las exploraciones complementarias, presenta una analítica de sangre normal y radiografía de abdomen con dilatación de asas de intestino delgado, con niveles hidroaéreos. Se realiza un *scanner* abdominal en el que muestra una dilatación de yeyuno terminal e íleon con engrosamiento de la pared del ciego, y cambio de calibre a nivel del íleon terminal, con pequeñas adenopatías en la grasa adyacente y en la raíz del mesenterio. Se realiza colonoscopia en la que se muestra una válvula ileocecal edematizada y deformada, con úlceras milimétricas fibrinadas, y en los últimos centímetros de íleon terminal, mucosa eritematosa y lesiones aftoides de pequeño tamaño, en los que se toman biopsias.

La paciente presenta empeoramiento clínico, por lo que se realiza laparotomía exploradora, con hallazgos de múltiples implantes peritoneales de aspecto miliar con engrosamiento segmentario de íleon (fig. 1). El resultado histológico de las biopsias de íleon fue de ileítis crónica granulomatosa necrosante, y los implantes peritoneales y adenopatía mesentérica de granulomas necrosantes con necrosis caseosa (fig. 2). La tinción de Ziehl-Neelsen y el



**Figura 1** Imagen de asas de íleon, tras laparotomía exploradora: múltiples implantes miliares en la pared de íleon y en meso.



**Figura 2** Granulomas necrosantes, con necrosis caseosa central rodeada de células gigantes multinucleadas.

cultivo fueron negativos, con PCR positiva para *M. tuberculosis*. El test de Mantoux resultó positivo, aunque la paciente había sido vacunada en la infancia por BCG, pero con interferón gamma positivo, lo que indica tuberculosis latente. La radiografía de tórax fue normal y el estudio del VIH y de virus hepatotropos, negativos.

Se inició tratamiento antituberculostático con cuádruple terapia, con mejoría progresiva.

El diagnóstico de tuberculosis intestinal es difícil en los pacientes inmunocompetentes, como es nuestro caso, y aún más sin evidencia de enfermedad pulmonar. Solo en el 20% de los casos de tuberculosis intestinal, el pulmón se encuentra involucrado<sup>1</sup>. La tuberculosis peritoneal representa entre el 1-3% de todos los casos de enfermedad tuberculosa<sup>3</sup>.

En nuestro caso, la enfermedad comenzó con cuadros suboclusivos, debiéndose considerar en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal crónico con lesiones ileocólicas y sospecharlo por los hallazgos endoscópicos. La colonoscopia permite el acceso a la mucosa de colon e íleon, lo que facilita el estudio histológico con el hallazgo de los granulomas necrosantes y microbiológico, con diferentes técnicas como la tinción, cultivo y PCR, que aportan el diagnóstico de confirmación. La tinción de Ziehl-Neelsen es positiva en el 35-60% de los casos<sup>4</sup>. El cultivo de la biopsia tarda entre 3-8 semanas, y el resultado es frecuentemente negativo<sup>5</sup>. La mejor prueba es la realización de PCR de las muestras de biopsias, con una sensibilidad del 86% y una especificidad del 95-100%<sup>6</sup>, como ocurrió en nuestro caso.

Se realizó diagnóstico diferencial con la enfermedad de Crohn, adenocarcinoma intestinal, linfoma, enteritis por *Yersinia*, amebiasis, histoplasmosis, apendicitis aguda y sarcoidosis<sup>7</sup>.

## Bibliografía

1. Martínez Tirado P, López de Hierro Ruíz M, Martínez García R, Martínez Cara JG, Martín Rodríguez MM, Castilla Castellano MM. Tuberculosis intestinal. Un reto diagnóstico. *Gastroenterol Hepatol*. 2003;26:351-4.
2. Benito García P, Prieto Vicente V, Geijo Martínez F, Fradejas Salazar P, Sánchez Garrido A, Velasco Guardado A, et al. Intestinal tuberculosis: A diagnostic challenge [Article in Spanish]. *Rev Esp Enferm Dig*. 2008;100:109-16.
3. Sanmartín Sentañes R, Marte Ramírez P, Valencia Budaudi J, Pedro-Botet Montoya ML. Tuberculosis peritoneal. Estudio de cuatro casos. *Med Clin*. 2011;137:616-8.
4. Chatzicostas C, Koutroubakis I, Tzardi M, Roussomoustakaaki M, Prassopoulos P, Kouroumalis E. Colonic tuberculosis mimicking Crohn's disease: Case report. *BMC Gastroenterology*. 2002. DOI: 10.1186/1471-230X-2-10.
5. Arnold C, Moradpour D, Blum HE. Tuberculosis colitis mimicking Crohn's disease. *Am J Gastroenterol*. 1998;93:2294-6.
6. Makharia G, Srivastava S, Das P, Goswami P, Singh U, Tripathi M, et al. Clinical, endoscopic, and histological differentiations between Crohn's disease and intestinal tuberculosis. *Am J Gastroenterol*. 2010;105:642-51.
7. Fernández Bueno F, Antequera Pérez A, Torre González J de la, Rivera Díaz A, Pereira Pérez F. Tuberculosis intestinal. *Cir Esp*. 2009;86:179-89.

Lorena Sancho\*, Pilar Pinto, Félix García,  
Pilar Isabel González, Jesús Barrio, Noelia Alcaide  
y Manuel Pérez-Miranda

*Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [enadocs@hotmail.com](mailto:enadocs@hotmail.com) (L. Sancho).