



Nota clínica

Tuberculosis intestinal, un reto diagnóstico

Francisco Arnau^{a,b,*}, Laura Batalla^b, Juan Pitarch^c, Enrique Boldó^d y Gonzalo Haro^{a,b}^a Universidad Cardenal Herrera-CEU, CEU Universities, Castellón, España^b Servicio de Psiquiatría, Consorcio Hospital Provincial, Castellón, España^c Servicio del Aparato Digestivo, Consorcio Hospital Provincial, Castellón, España^d Servicio de Cirugía General, Consorcio Hospital Provincial, Castellón, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de junio de 2020

Aceptado el 27 de julio de 2020

On-line el 25 de octubre de 2020

Palabras clave:

Tuberculosis intestinal

Esquizofrenia

Carcinomatosis

R E S U M E N

La tuberculosis gastrointestinal es una patología poco frecuente y de difícil diagnóstico que se encuentra asociada a diversos factores sociales y económicos, así como al estado de salud de quien la padece. La afectación gastrointestinal de la tuberculosis tiene una baja incidencia, siendo el sexto lugar de mayor compromiso. Los signos y síntomas que manifiesta el paciente no son específicos y con frecuencia sucede que el médico sospecha y enfoca primero otras patologías que tienen una mayor prevalencia. Se presenta un caso clínico en el que se destacan las sospechas diagnósticas que se plantearon en el transcurso de la enfermedad hasta llegar a un diagnóstico de tuberculosis intestinal.

© 2020 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Intestinal tuberculosis, a diagnostic challenge

A B S T R A C T

Gastrointestinal tuberculosis is an infrequent pathology and difficult to diagnose, which is associated with various social and economic factors, as well as the state of health of those who suffer from it. Gastrointestinal involvement of tuberculosis has a low incidence, being the sixth place with the highest involvement. The signs and symptoms that the patient manifests are not specific, and it often happens that the doctor suspects and focuses first on other pathologies that have a higher prevalence. A clinical case is presented, highlighting the diagnostic suspicions that arose during the disease course until a diagnosis of intestinal tuberculosis was reached.

© 2020 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Intestinal tuberculosis

Schizophrenia

Carcinomatosis

Introducción

El caso clínico que se presenta fue de gran interés para nuestro servicio porque supuso un reto diagnóstico en un paciente con patología mental grave y con unos datos somáticos muy inespecíficos que eclosionaron en una obstrucción intestinal. Las pruebas complementarias y las impresiones clínicas de los cirujanos y digestólogos plantearon como una de las hipótesis una carcinomatosis peritoneal de pronóstico ominoso, si bien, tras un trabajo interdisciplinar coordinado, el diagnóstico definitivo fue el de tuberculosis intestinal, con una respuesta excelente al tratamiento.

Caso clínico

Paciente de 29 años con el único antecedente de neumonía basal izquierda resuelta en 2016. Diagnosticado de esquizofrenia paranoide desde los 17 años con varios ingresos en unidades de hospitalización breve (UHB) por sintomatología psicótica: alucinaciones auditivas, ideas delirantes de perjuicio, de control e influencia, y fenómenos de lectura y difusión del pensamiento.

Ante la evolución tórpida de la clínica psiquiátrica, a mediados del año 2016 se planteó el ingreso en la unidad de media estancia (UME) del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón (CHPC) con el objetivo de estabilizar clínicamente al paciente. Tras más de un año de ingreso en dicha unidad, en 2018 se derivó al paciente a la unidad de larga estancia (ULE), dada la necesidad de mantener una estructura sanitaria a largo plazo. El tratamiento psi-

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: francisco.arnau@uchceu.es (F. Arnau).

cofarmacológico actual es: levetiracetam 500 mg/12 h, clozapina 250 mg/día, amisulprida 400 mg/día, diazepam 20 mg/día y lormetazepam 2 mg.

En el mes de marzo de 2019 el paciente presentó un cuadro subagudo de tres días de evolución de dolor abdominal, asociado a alteración del tránsito intestinal con alternancia de estreñimiento con deposiciones diarreicas, anorexia y fiebre. Dado que la ULE no dispone de médico de atención primaria, se derivó al centro de salud de la localidad. El médico que atendió al paciente indicó el traslado al servicio de urgencias del CHPC para valoración urgente ante la sospecha de apendicitis. En la exploración física destacó palidez mucocutánea con abdomen blando y depresible y Blumberg dudoso. La exploración del aparato cardiorrespiratorio fue anodina. En la analítica destacó una proteína C reactiva (PCR) de 138 mg/dl, leucocitosis de $9.640 \pm 10^3/\mu\text{l}$ y alteración de la coagulación. La radiografía de tórax fue informada como normal, y en la ecografía abdominal se visualizó distensión de asas difusas y discreta cantidad de líquido libre en fondo de saco de Douglas. El caso se orientó hacia un dolor abdominal inespecífico y se derivó al paciente nuevamente a la ULE.

Al día siguiente, el psiquiatra responsable del paciente y el médico de atención primaria acordaron valoración por cirugía, de nuevo en el CHPC. Para facilitar la revaloración se decidió el ingreso en la UME. En la analítica solo destacaba progresivo aumento de la PCR, orientando el caso hacia una causa de tipo infeccioso. En la exploración física se describió al paciente con regular estado general, nariz afilada y palidez cutánea. El abdomen se encontraba ligeramente distendido, no doloroso de forma espontánea, pero leve defensa voluntaria a la palpación centroabdominal y supraumbilical con sensación de empastamiento. Afebril y estable hemodinámicamente. No náuseas, ni vómitos, con una última deposición diarreica el día anterior del ingreso. Dado el carácter subagudo del cuadro se solicitó TC preferente, donde se describió pulmón izquierdo con granuloma, sin otras alteraciones parenquimatosas. El mediastino no mostraba cambios sugestivos de patología. El hígado era de tamaño y densidad homogéneos. Riñones anatómicamente correctamente situados con buena diferenciación córtico-subcortical y sinusal sin litiasis ni hidronefrosis. Páncreas, sin signos de patología. Bazo homogéneo, ligeramente aumentado. Se apreciaron signos de obstrucción intestinal, con adenopatías retroperitoneales, plastrón en ciego, líquido libre y estriación de la grasa mesentérica y engrosamiento parietal de intestino delgado. Dichos hallazgos plantearon el diagnóstico diferencial entre apendicitis, neoplasia subyacente, linfoma o enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Ante el resultado de la TC se trasladó al paciente desde la UME al servicio de cirugía para tratamiento conservador con antibiótico por sospecha de apendicitis con plastrón más obstrucción intestinal. Tras varios días en cirugía con sonda nasogástrica y dieta absoluta se resolvió la obstrucción y se orientó el caso hacia una apendicitis aplastronada.

De manera paralela se realizó interconsulta al servicio de digestivo ante las dudas que suscitaba el caso, solicitando fibrocolonoscopia y una enterografía por resonancia magnética. El paciente colaboró en la primera prueba, pero no en la segunda.

Tanto medicina digestiva como los radiólogos plantearon como primera sospecha diagnóstica una carcinomatosis peritoneal, recomendando ecografía + punción-aspiración con aguja fina suprapúbica para análisis de anatomía patológica. Durante la punción ecoguiada se intentó identificar un implante peritoneal que fuera accesible para biopsia percutánea, apreciándose un engrosamiento difuso de toda la grasa mesentérica. Se realizó paracentesis diagnóstica, obteniendo alrededor de 10 cc de líquido ascítico de pelvis menor, que se remitió para estudio citológico. En la biopsia se observaron extensiones de fondo mínimamente hemático con discreto componente inflamatorio y escasa celularidad mesotelial como elementos aislados. Negativo para células malignas.

Por otra parte, la colonoscopia apreció en el colon al menos 3 úlceras a 30-20 cm del margen, de 3-5 mm cada una, excavadas, de fondo eritematoso-fibrinoide. En el ciego, una ulceración semiexcavada, y en el íleon terminal se objetivó mucosa de aspecto pseudonodular, eritematosa, sin aftas ni úlceras. Se enviaron muestras para anatomía patológica y microbiología, planteando el diagnóstico diferencial entre enfermedad de Crohn vs tuberculosis intestinal. Las biopsias objetivaron fragmentos de mucosa ileal con moderados cambios inflamatorios crónicos y agudos, hiperplasia linfoide, y no se evidenciaron claros abscesos de cripta ni lesiones tipo granuloma. El cultivo para micobacterias fue negativo.

La segunda TC de control mostró una mejora evidente de la obstrucción intestinal, aunque persistía la presencia de líquido libre y engrosamiento parietal del intestino.

Ante lo inespecífico de estos resultados, se comentó de nuevo el caso con cirugía, sugiriendo laparotomía exploratoria. Durante la misma se tomaron biopsias, y la sospecha más firme fue la de una carcinomatosis de origen neoplásico.

Semanas más tarde, medicina preventiva nos comunicó los resultados de la biopsia obtenida en la laparoscopia: bacilos resistentes al alcohol ácido o acidorresistentes (BAAR) negativo, reacción en cadena de la polimerasa para *Mycobacterium tuberculosis* negativo y cultivo de micobacterias positivo a *Mycobacterium complex*, confirmándose así el diagnóstico de tuberculosis intestinal.

Se solicitó radiografía de tórax y esputos para descartar contagiosidad, a la vez que se le ingresó con aislamiento aéreo hasta que se descartó su condición de bacilífero.

El paciente fue derivado a la consulta de medicina interna, iniciándose tratamiento con isoniazida, pirazinamida y rifampicina (120/300/50 mg), 6 comprimidos durante 2 meses, para posteriormente ajustar la pauta a isoniazida y rifampicina (300 mg/150 mg), 2 comprimidos durante los siguientes 9 meses. En la actualidad el paciente se encuentra psicopatológicamente estable, recuperado de la tuberculosis intestinal y sin complicaciones médicas.

Discusión

La tuberculosis es considerada una infección que afecta predominantemente a países subdesarrollados y, en menor medida, a países occidentales. Sin embargo, la geografía de la enfermedad está cambiando y su incidencia ha ido incrementándose en los países desarrollados en los últimos años¹. De acuerdo con los datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)², en 2019 la tuberculosis continuaba siendo un problema importante de salud pública, ya que más de diez millones de personas a nivel mundial se encuentran infectadas. España es considerado un país de baja incidencia de tuberculosis, con menos de 20 casos/100.000 habitantes/año en 2013. El perfil del paciente ha cambiado, añadiéndose otros factores de riesgo como los viajes a países de alta prevalencia y el uso generalizado de terapias inmunosupresoras y fármacos biológicos³.

La tuberculosis intestinal representa la sexta causa más frecuente de afectación tuberculosa extrapulmonar, observándose en el 11% de los pacientes. Es importante destacar que las formas extrapulmonares afectan al 20% de pacientes inmunocompetentes, frente al 50% de inmunodeprimidos⁴. El bacilo alcanza esta localización por vía hematogena, linfática o mediante la ingesta del esputo contaminado. Sin embargo, el pulmón se encuentra involucrado solamente en el 20% de los casos de tuberculosis intestinal. La localización más frecuente es el tracto gastrointestinal, seguido del peritoneo y de los ganglios linfáticos mesentéricos⁵. Pueden estar afectadas múltiples zonas del intestino, pero la región ileocecal es frecuentemente la más dañada.

Las manifestaciones clínicas son inespecíficas. La molestia más común es el dolor abdominal crónico, referido por el 80-90% de los individuos. Su manifestación intestinal puede semejarse a la enfermedad de Crohn (y con menor frecuencia al adenocarcinoma), pues cursa con una sintomatología similar en cuanto a fiebre, diarrea crónica o pérdida de peso. La pérdida de peso ocurre en las dos terceras partes de los casos, el cambio del hábito intestinal en el 20% y la fiebre entre el 35 y el 50%⁶. Otros síntomas, como la anorexia, las náuseas, los vómitos, la sudación nocturna y la hemorragia rectal, son menos frecuentes. Dos tercios de los pacientes presentan en la exploración física una masa abdominal localizada en el cuadrante inferior derecho. La anemia y el aumento de la velocidad de sedimentación son las alteraciones más comunes encontradas en el estudio de laboratorio⁷.

En nuestro caso, la sintomatología predominante fue el dolor abdominal subagudo, febrícula, náuseas, vómitos y un cambio en el hábito intestinal, sumado a un deterioro físico importante acompañado de una pérdida significativa de peso. Los datos analíticos más relevantes fueron una ligera leucocitosis y una PCR elevada. La ecografía abdominal no ayudó en el diagnóstico, pues no se encontraron hallazgos relevantes, salvo líquido en saco de Douglas, como tampoco lo hizo la TC, en la que se describieron signos de obstrucción intestinal, con adenopatías retroperitoneales, plastrón en ciego, líquido libre y estriación de la grasa mesentérica con engrosamiento parietal de intestino delgado. La colonoscopia tampoco fue de gran ayuda, pues los resultados de las biopsias mostraron cambios inflamatorios inespecíficos y no se evidenciaron claros abscesos de cripta ni lesiones tipo granuloma. Ante las dudas diagnósticas que suscitaba el cuadro, el servicio de cirugía, como último recurso, optó por la realización de la laparotomía exploratoria con toma de biopsias para anatomía patológica y microbiología, donde finalmente el cultivo fue positivo para *Mycobacterium complex*.

Este caso clínico nos permite concluir que la tuberculosis intestinal es una enfermedad «camaleónica», de difícil diagnóstico. Esta enfermedad infecciosa no genera en el personal médico una sospecha clínica inmediata, por lo que ha sido necesario hacer un intrincado recorrido descartando otras posibilidades diagnósticas.

Consentimiento informado

El paciente y su tutor firmaron el preceptivo consentimiento informado para la publicación del presente caso clínico.

Financiación

La ayuda en la financiación del artículo ha sido concedida por la Fundación Hospital Provincial de Castellón, para hacer frente a los gastos derivados del OpenAcces. El código de referencia interna de la Fundación y el artículo es CAF-20-022.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Merino-Gallego E, Gallardo-Sánchez F, Gallego-Rojo FJ. Tuberculosis intestinal: importancia y dificultad del diagnóstico diferencial con enfermedad de Crohn. *Rev Esp Enferm Dig* 2018;110:650-7, <http://dx.doi.org/10.17235/reed.2018.5184/2017>.
- Organización Mundial de la Salud (2019). Informe mundial sobre la tuberculosis [consultado 5 Jun 2020]. Disponible en: https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2019.ExecutiveSummary_es.pdf?ua=1.
- Abdulrahman Almadi M, Ghosh S, Mohamed Aljebreen A. Differentiating intestinal tuberculosis from Crohn's disease: A diagnostic challenge. *Am J Gastroenterol* 2010;104:1003-12, <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2008.162>.
- Ramírez-Lapausa M, Menéndez-Saldaña A, Noguerado-Asensio A. Tuberculosis extrapulmonar, una revisión. *Rev Esp Sanid Penit* 2015;17:3-11, <http://dx.doi.org/10.4321/S1575-06202015000100002>.
- Rubio T, Gaztelu MT, Calvo A, Repiso M, Sarasibar H, Jiménez Bermejo F, et al. Tuberculosis abdominal. *Anales Sis San Navarra* 2005;28:257-60 [consultado 4 Jun 2020]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S1137-66272005000300010&lng=es&tlng=es>.
- Epstein D, Watermeyer G, Kirsch R. Review article: The diagnosis and management of Crohn's disease in populations with high-risk rates for tuberculosis. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;25:1373-88, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2036.2007.03332.x>.
- Hermida Lazcano I, Sánchez Tejero E, Nerín Sánchez C, Cordero Bernabé R, Mora Escudero I, Pinar Sánchez J. Marcadores tumorales. *Rev Clin Med Fam* 2016;9:31-42 [consultado 4 Jun 2020]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S1699-695X2016000100006&lng=es&tlng=es>.