

Tuberculosis cecal: la importancia de una alta sospecha diagnóstica

Cecal tuberculosis: the importance of a high diagnostic suspicion

E. Valdivielso Cortázar¹, F. Bolado Concejo², F.J. Jiménez Pérez³, I. Couto Wörner¹, P.A. Alonso Aguirre¹

RESUMEN

La tuberculosis intestinal es mucho menos frecuente que la pulmonar. Además, tanto su presentación como el aspecto endoscópico son muy variados, de modo que la sospecha diagnóstica debe ser elevada para un diagnóstico precoz y para evitar la posible iatrogenia. Con el tratamiento antituberculoso convencional la evolución, tanto clínica como endoscópica, suele ser excelente, quedando la cirugía relegada como tratamiento para las complicaciones.

Presentamos un caso de tuberculosis cecal diagnosticada endoscópicamente, la segunda diagnosticada en unos meses en nuestro centro. En este caso no había factores de riesgo como viajes recientes, contactos con infectados ni toma de fármacos inmunosupresores.

Palabras clave. Tuberculosis. Colon. Endoscopia. Ciego.

ABSTRACT

Intestinal tuberculosis is less common than pulmonary tuberculosis. Its clinical and endoscopic features are nonspecific, so diagnostic suspicion must be high in order to make an early diagnosis and prevent iatrogenia. Pharmacotherapy is often effective, with an excellent clinical and endoscopic evolution. Surgical treatment is reserved for complications.

We present the case of cecal tuberculosis diagnosed endoscopically; this is the second case diagnosed in a few months in our center. In this case there were no risk factors, such as recent travel, risk of contacts or immunosuppression.

Keywords. Tuberculosis. Colon. Endoscopy. Cecum.

An. Sist. Sanit. Navar. 2016; 39 (2): 291-293

1. Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.
2. Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.
3. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital La Ribera de Alzira. Valencia

Recepción: 03-11-2015

Aceptación provisional: 12-01-2016

Aceptación definitiva: 07-03-2016

Correspondencia:

Eduardo Valdivielso Cortázar
Complejo Hospitalario Universitario
de A Coruña
Servicio de Digestivo
C/ As Xubias, 84
15006 A Coruña
E-mail: eduardovaldi@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En 2013 se notificaron en España 5.535 casos de tuberculosis, lo que supone una incidencia de 11,88 casos/100.000 habitantes, siendo inferior a la incidencia de 2012, que era de 12,95 casos/100.000 habitantes. De los 5.535 casos, 28 fueron casos de tuberculosis con origen en el aparato digestivo¹.

La tuberculosis gastrointestinal afecta en mayor medida al ileon terminal², y puede simular multitud de patologías requiriendo un elevado índice de sospecha para su correcto diagnóstico y posterior tratamiento.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de tuberculosis cecal diagnosticada endoscópicamente.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 68 años, sin antecedentes de interés y asintomático desde el punto de vista digestivo. Es remitido a consultas externas de Digestivo por presentar anemia normocítica y test de sangre oculta en heces (TSOH) positivo. El resto de la analítica sanguínea, así como la exploración física, no mostraban hallazgos de interés. Se realizó una colonoscopia en la que se apreciaba una lesión ulcerada a nivel de ciego, enfrentada a la válvula ileocecal, compatible con neoplasia maligna (Fig. 1), de la que se tomaron múltiples biopsias. Éstas mostraban tejido ulcerado sin apreciarse células tumorales. Ante la sospecha diagnóstica se completó el estudio mediante un TAC, que mostraba engrosamiento en la pared de ciego y colon ascendente sin datos de afectación ganglionar ni a distancia. Los marcadores tumorales eran normales. Dada la negatividad encontrada en las muestras, se decidió repetir la colonoscopia, tomándose de nuevo biopsias, que también fueron negativas para malignidad. Se revisaron las biopsias que se tomaron en la primera colonoscopia, apreciándose granulomas con presencia de células gigantes multinucleadas y bacilos de micobacterias con tinción de Ziehl Nielsen.

El paciente fue remitido a consultas externas de Neumología, aunque no presentaba síntomas respiratorios. El test de Mantoux fue negativo, pero el Quantiferón[®] fue positivo (valor: 5,12). La radiografía de tórax mostraba un infiltrado reticulonodular en ambos campos superiores. Se recogieron esputos, que no eran bacilíferos, y se enviaron muestras para cultivo, que fueron negativos. Asimismo, la PCR de las muestras

de colon fue también negativa. Se instauró tratamiento antituberculoso estándar con buena evolución clínica. A los 6 meses de finalizar el tratamiento se realizó una colonoscopia de control que fue normal (Fig. 2).

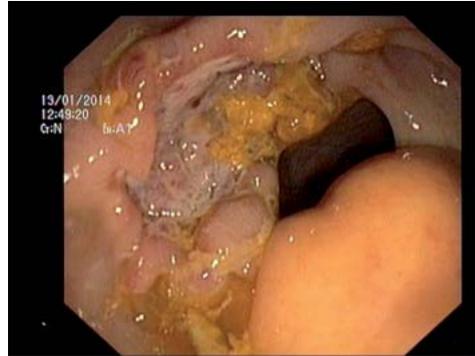


Figura 1. Imagen de la colonoscopia correspondiente a ciego.



Figura 2. Imagen de la colonoscopia de control.

DISCUSIÓN

Aunque la tuberculosis intestinal no es tan frecuente como la pulmonar, el ileon terminal es el sitio más afectado dentro del tracto gastrointestinal, debido a la elevada prevalencia de tejido linfoide a dicho nivel y a un mayor periodo de contacto del contenido luminal con la mucosa intestinal². Debido a la frecuencia de esta localización, puede simular una enfermedad de Crohn, lo que podría llevar a la administración de fármacos inmunosupresores, ya fue-

ran corticoides, derivados tiopurínicos o fármacos biológicos, que facilitarían la diseminación de la enfermedad, con graves consecuencias.

No obstante, algunos hallazgos endoscópicos se asocian con mayor frecuencia a la enfermedad de Crohn, como por ejemplo las lesiones anorrectales, las úlceras longitudinales, las úlceras aftoides o la mucosa en empedrado. En cambio, la afectación de menos de cuatro haustras, una válvula ileocecal patológica, las úlceras transversales y las cicatrices o pseudopólipos parecen ser más frecuentes en la tuberculosis colónica³.

Debemos estar atentos a estos hallazgos y tener un alto índice de sospecha para facilitar el diagnóstico de este infrecuente tipo de tuberculosis. El diagnóstico de esta patología y su tratamiento pueden retrasarse por la presentación inespecífica de la enfermedad. Debe hacerse diagnóstico diferencial con la amebiasis, la infección por *Yersinia enterocolitica*, la histoplasmosis gastrointestinal y los abscesos periapendiculares.

La tuberculosis colónica puede cursar con dolor abdominal, pérdida de peso, fiebre, masa abdominal, adenopatías mesentéricas, rectorragias o cuadros obstructivos². Las estenosis suelen remitir con el tratamiento antituberculoso, por lo que se piensa que son estenosis inflamatorias y no fibróticas, no estando indicada la cirugía en estos casos como primera opción.

Dado que las lesiones endoscópicas también desaparecen con tratamiento farmacológico, no parece estar indicado un seguimiento endoscópico en estos pacientes⁴.

En los últimos meses hemos diagnosticado en el servicio de Digestivo dos tuberculosis abdominales, que se han manifestado como masas de aspecto tumoral a nivel de ciego. En el primer caso⁵, el paciente estaba en tratamiento con fármacos biológicos (Adalimumab) y aunque había recibido una correcta quimioprofilaxis con isoniácida, ésta reduce pero no elimina el riesgo de desarrollar una tuberculosis. Además, este paciente fue sometido a procedimientos in-

vasivos ante la sospecha diagnóstica de patología neoplásica. En el caso que presentamos, el paciente no tenía aparentemente factores de riesgo, lo que pudo dificultar más el diagnóstico de la tuberculosis cecal. El hecho de que hayamos diagnosticado recientemente en nuestro centro un caso similar, con un aspecto endoscópico prácticamente igual, ha provocado que nuestra sospecha diagnóstica fuera mayor. De este modo se repitió la colonoscopia y ante la negatividad de las muestras para las células tumorales, se revisaron las biopsias de la primera colonoscopia llegando al diagnóstico de tuberculosis cecal. La instauración de tratamiento antituberculoso ha evitado que la lesión cecal hubiera podido provocar complicaciones que requirieran tratamiento quirúrgico.

Por todo esto, es preciso valorar si estamos ante una patología emergente y debemos tener una alta sospecha diagnóstica para evitar posibles errores en el manejo de estos pacientes que pudieran tener consecuencias tanto clínicas como económicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III. Informe epidemiológico sobre la situación de la tuberculosis en España. Año 2013. Madrid, 2014.
2. ALVARES JF, DEVARBHAVI H, MAKHIJA P, RAO S, KOTTOR R. Clinical, colonoscopic, and histological profile of colonic tuberculosis in tertiary hospital. *Endoscopy* 2005; 37: 351-356.
3. LEE YJ, YANG SK, BYEON JS, MYUN SJ, CHANQ HS, HONG SS et al. Analysis of colonoscopic findings in the differential diagnosis between intestinal tuberculosis and Crohn's disease. *Endoscopy* 2006; 38: 592-597.
4. MUKEWAR S, MUKEWAR S, RAVI R, PRASAD A AND KULWINDER S DUA. Colon tuberculosis: endoscopic features and prospective endoscopic follow-up after anti-tuberculosis treatment. *Clin Transl Gastroenterol* 2012; 3: e24.
5. VALDIVIELSO CORTÁZAR E, BOLADO CONCEJO F, URMAN FERNÁNDEZ JM, VIUDEZ BERRAL A, JIMÉNEZ MENDIARÓZ FJ. Tuberculosis abdominal diagnosticada endoscópicamente en paciente en tratamiento con fármacos biológicos. *Gastroenterol Hepatol* 2014; 37: 385-386.

