

GASTROENTEROLOGIA

TUBERCULOSIS INTESTINAL

*Maricela Villegas Arce**
*Rolando Pérez Sáenz**;*
*Chih Hao Chen Ku***;*
*Desirée Granados Fischel***;*
*Sylvia Acuña Vargas***.*

SUMMARY

This is a report on a case of 23 year old woman who was diagnosed of intestinal tuberculosis. Her symptoms were fever, cough with a yellowish sputum, chills, sweating, weight loss and diarrhea. A detailed review of the case and recent literature are presented.

INTRODUCCION

La tuberculosis es una enfermedad que se encuentra presente en todo el mundo, observándose con mayor frecuencia en los países denominados del Tercer Mundo. Diferentes factores coinciden en que, aproximadamente, el 50% de la población mundial está infectada con el *Mycobacterium Tuberculosis*. También se mencio-

na en la literatura que hasta un 30% de los pacientes con una tuberculosis pulmonar activa pueden presentar una tuberculosis intestinal. (3,5,9).

El cuadro clínico de la tuberculosis intestinal se caracteriza, básicamente por dolor abdominal difuso con predominio en el cuadrante inferior derecho, asociado a constipación y con cierta frecuencia a diarrea, anorexia, náuseas, vómito, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna. (5,6,8,9,10). Desde el punto de vista clínico y radiológico el compromiso ocurre a nivel de la valvulaileo-cecal y colon derecho. (2,3,5,6,7,9). Histológicamente se describen tres formas de presentación: la ulcerada, la hiperplásica y la mixta, siendo la primera de estas la más frecuente (5,6,8). En el tratamiento se utiliza básicamente la terapia triasociada, obteniéndose en la mayoría de los casos una buena respuesta. El tratamiento quirúrgico se ha reservado para las complicaciones que en ocasiones se presentan. (1,4,5,9) Otras armas utilizadas en el diagnósti-

* Cirujano, Hospital Enrique Baltodano de Liberia

** Gastroenterólogo Hospital Calderón Guardia. Profesor de fisiopatología, Universidad de Costa Rica

*** Estudiante de medicina, Universidad de Costa Rica.

co de la tuberculosis intestinal son la endoscopia y la tomografía axial computarizada. (2,7). A continuación se presenta un caso clínico y revisión de la literatura.

REPORTE DEL CASO:

Se expone el caso de una paciente femenina de 23 años, soltera, vecina de Cariari de Guápiles, que labora en oficios domésticos, con estudios completos a nivel de primaria, diestra, católica, de una familia de tres hermanas y su madre que viven bajo una deteriorada condición socioeconómica. La misma no tiene antecedentes patológicos de importancia. Otros, como en el ámbito ginecoobstétrico, presenta una pubarca y telarca a los 14 años, menarca a los 15 años. G0 P0 A0.

El padecimiento de la paciente inicia aproximadamente el 19 de marzo de 1994, con un dolor abdominal difuso y constante que cedía en forma parcial con el uso de antiácidos. Además, presentaba fiebre no cuantificada, tos con expectoración amarillenta, escalofríos vespertinos, sudoración nocturna y pérdida de peso.

Su primera consulta tiene lugar en la clínica de la localidad, donde se la realiza un estudio endoscópico que demuestra la presencia de una gastritis crónica superficial, con parches de atrofia e hipocinesia gástrica. Por persistencia del cuadro la paciente fue referida al Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, y ahí se ingresa la servicio de Gastroenterología. Una vez internada inicia con un cuadro de deposiciones semilíquidas, no sanguinolentas, número tres por día. En el examen físico se describe a una paciente en mal estado general, desnutrida, pálida, asténica, adinámica febril, no disnéica, con adenopatías cervicales no dolorosas ni adheridas a planos profundos. En la auscultación pulmonar se evidencian sibilancias difusas y crépitos en el campo pulmonar izquierdo; también se anotan edemas hipodérmicos con signo de la fóvea positivo, siendo el resto del examen físico normal.

Se realiza una radiografía de tórax que demuestra un infiltrado reticulonodular apical izquier-

do. Dentro de los exámenes de laboratorio se tiene una hemoglobina en 8.9 g/dl, hematocrito 28 ml/dl, CHGM 31.3% MCV 77, MCH 24.1 pg., proteínas totales 4.6 g/dl, albúmina 1.7 g/dl, globulina 2.9 g/dl leucocito 11500/mm³ bandas 2%, eosinófilos 1%, segmentados 82%, linfocitos 15%, VES 34mm/hr., VDRL negativo, PPD no había reactivo. Electrolitos, pruebas de función hepática y renal y pruebas de coagulación se encontraban dentro de los límites normales. Se toman muestras de esputo en dos ocasiones diferentes, siendo ambas positivas por bacilo ácido-alcohol resistente.

Al no ceder el cuadro diarréico se decide realizar estudios para descartar la presencia de una tuberculosis intestinal. Se realiza un enema opaco que muestra un ciego de contornos irregulares y rígidos, así como un gran defecto de llenado hacia su porción más proximal. También se observa una zona de mucosa con superficie irregular en la región ileocecal. Poco tiempo después se hace una colonoscopia que muestra una zona de mucosa irregular en el área ileocecal que sugiere una "reacción granulomatosa inespecífica". Se efectúan biopsias de esta zona.

Histológicamente los fragmentos muestran tejido de granulación y numerosos vasos de neoformación con endotelio hinchado, prominente y lumen estrecho. Intersticialmente hay abundante infiltrado inflamatorio mono y polimorfo nuclear. Se observa además exudado fibrinohemático y zonas de necrosis, así como porciones de epitelio superficial normal. No hay evidencia de parásitos, granulomas ni neoplasia.

El diagnóstico final emitido es el de un proceso ulceroso compatible con tuberculosis intestinal. A la paciente se le inició tratamiento antifímico triasociado con rifampicina 600 mg/d., isoniácida 300 mg/d, y estambutol 40 mg cada ocho horas, observándose una mejoría clínica importante con la desaparición de las manifestaciones pulmonares, suspensión del cuadro diarréico, aumento de peso y descenso de la fiebre.

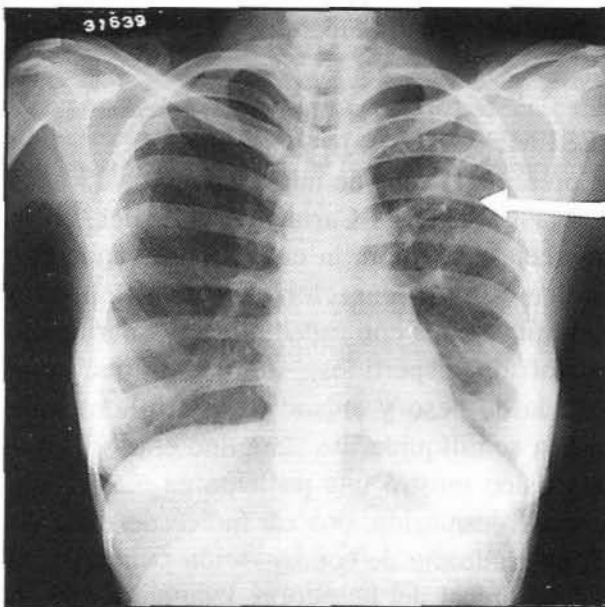


Figura 1. Radiografía posterioranterior de tórax que muestra infiltrado apical izquierdo.

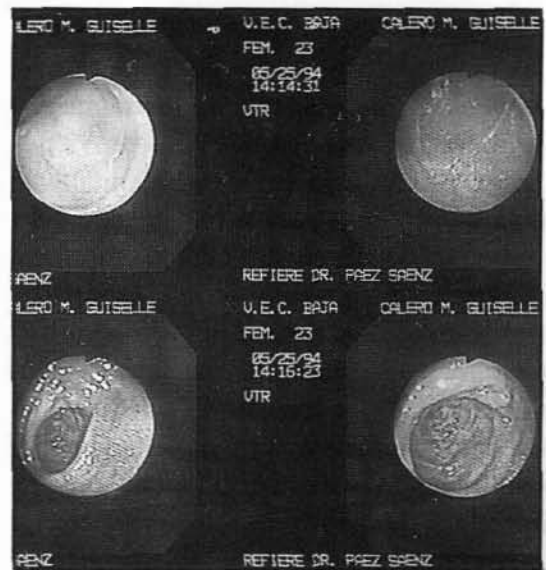


Figura 3. Proceso ulceroso a nivel de válvulas ileo-cecal y ciego.

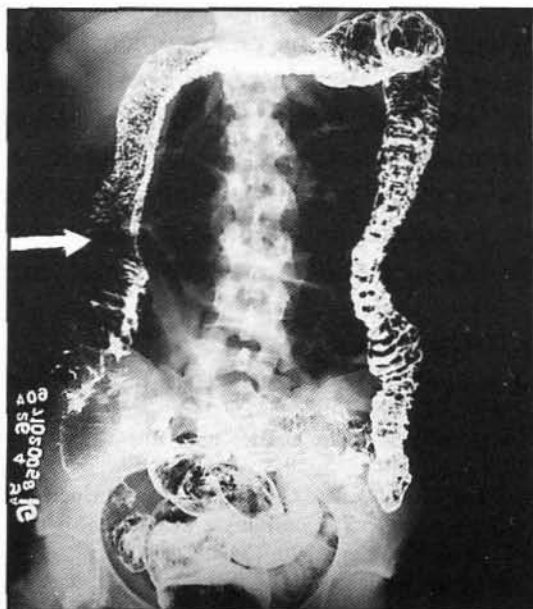


Figura 2. Ciego con defecto de llenado sugestivo de proceso inflamatorio.



Figura 4 A. Mucosa de ciego con proceso ulceroso e infiltrado inflamatorio crónico.

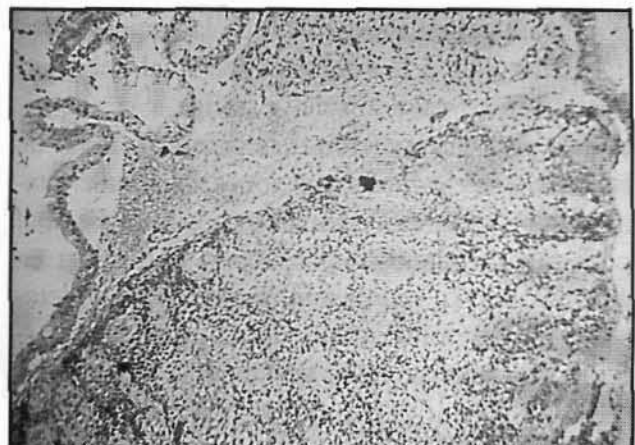


Figura 4 B. Proceso inflamatorio crónico en ciego.

DISCUSION:

El caso expuesto presenta las características fundamentales de una tuberculosis intestinal. En primera instancia la paciente proviene de una zona rural, en la cual, posiblemente, hay condiciones óptimas para la transmisión del bacilo tuberculoso. El cuadro clínico manifestado por la paciente es típico de una tuberculosis pulmonar cuyo diagnóstico se corroboró bacteriológicamente. Posteriormente se investigó su diarrea asociada, y los estudios radiológicos, endoscópicos e histológicos sugieren altamente la posibilidad de la existencia de una tuberculosis intestinal.

Desde el punto de vista radiológico concuerdan los hallazgos de compromiso a nivel de válvula ilco-cecal y el ciego. Endoscópicamente se observó una zona sugestiva, de reacción granulomatosa, que histológicamente muestra la típica imagen de ulceración, que es la forma más común de presentación en esta entidad. Es importante destacar que la baciloscopia y la observación de granulomas es un hallazgo poco frecuente en la biopsia, en virtud de que estos cambios ocurren únicamente en los ganglios regionales. El microorganismo asociado con esta manifestación es el *Mycobacterium tuberculosis*, y no el *Mycobacterium bovis* como se veía en tiempos pasados.

Con la administración de la terapia antifúngica se observa una respuesta dramática en la clínica pulmonar y digestiva, al desaparecer la fiebre, la tos, la diarrea y notarse una ganancia de peso y mejoría del estado general de la paciente. Todo esto ayuda a la confirmación final del diagnóstico. Este caso enseña y obliga a la necesidad de una observación más detenida, tanto de las entidades y manifestaciones, las cuales habían dejado de ser frecuentes en la época actual pero que en los últimos tiempos se observa un aumento en su incidencia, quizás por un deterioro en las condiciones de salud de los pueblos. El presente caso, típicamente define esta

manifestación de la tuberculosis a nivel digestivo.

RESUMEN:

Se presenta el caso de una paciente de 23 años de edad, vecina de Cariari de Guápiles, en la provincia de Limón, la cual fue internada con cuadro clínico caracterizado por fiebre no cuantificada, tos con expectoración amarillenta, escalofríos vespertinos, sudoración nocturna, pérdida de peso y episodios intermitentes de diarrea semilíquida, no sanguinolenta. El examen físico mostró una paciente en mal estado general: desnutrida, con un índice de masa de 15, un síndrome de condensación pulmonar en la zona apical del hemitórax izquierdo, que en el estudio radiológico se evidenció como un infiltrado en dicha zona. El análisis bacteriológico de esputos seriados por bacilo ácido resistentes fueron positivos. Para explicar el cuadro de diarrea crónica se le realizaron estudios radiológicos contrasta dos, endoscópico e histológico, que fueron altamente sugestivos de Tuberculosis Intestinal. Además, la paciente presentaba anemia, elevación de la velocidad de sedimentación globular e hipoalbuminemia. Se hace una presentación completa del caso con el detalle de los estudios y una revisión del tema.

BIBLIOGRAFIA:

- 1- Michael E. Abel, M.D., Yanek S. Chiu, M.D., Thomas R. Russell, M.D. and Peter Volpe, M.D. Gastrointestinal Tuberculosis. *Diseases of the Colon and Rectum*. 1990; 33 (10): 886-889.
- 2- Emil J. Balthazar, Richard Gordon and Donald Hunick. Ileocecal tuberculosis CT and radiologic evaluation. *American Journal of Roentgenology*. 1990; 154:499-503.
- 3- Braunwald E., Isselbacher K.J., Petersdorf R.Q. et al. Harrison. Principios de Medicina Interna. México. 11ª ed. Interamericana. Mc. Graw-Hill Editores. 1989.ps.769-779.
- 4- Thomas Lingelfenser, M.D., John Zak, M.D., I.N. Marks, M.D. et al. Abdominal Tuberculosis: still a potentially lethal disease. *The American Journal of Gastroenterology*. 1983; 88 (5): 744-750.
- 5- John B. Marshall, M.D. Tuberculosis of the gastrointestinal track and peritoneum. *The American Journal of Gastroenterology*. 1983; 88 (7):989-997.
- 6- Sleisenger Marvin H. M.D. y Fordtran John S., M.D. Gastrointestinal Disease. Pathophysiology, diagnosis, management.

ment. Philadelphia, USA. 4th ed. Saunders. 1989. ps 1221-1224.

7- S. Shah, V. Thomas, M. Mathan et al. Colonoscopy study of 50 patients with colonic tuberculosis. *Gut*. 1992; 33: 347-351.

8- M.J. Underwood, M.M. Thompson, R.D. Sayers and A.W. Hall. Presentation of Abdominal tuberculosis to general sur-

geons. *British Journal of Surgery*. 1992; 79 (10): 1077-1079.

9- David M. Vanderpool, M.D., and J. Patrick O' Leary, M.D. Primary tuberculosis enteritis. *Surgery, gynecology and obstetrics*. 1988; 167-173.

10- Wyngaarden J.B. y Smit L.H Cecil. *Trtado de Medicina* D.F. México. 17th ed. Interamericana. 1988. ps. 1818-1819.