

**TUBERCULOSIS INTESTINAL EN PACIENTE  
INMUNOCOMPETENTE, REPORTE DE UN CASO**

**INTESTINAL TUBERCULOSIS IN IMMUNOCOMPETENT  
PATIENT, A CASE REPORT**

**Autores:**

■ Md. Michael Paul Ramos Muñoz ■  
Unidad de Vigilancia de la Salud del Distrito 09  
drmichaelramos@gmail.com  
Ecuador

■ Dr. Jonathan Jerez Ortiz ■  
Hospital Básico Puyo  
drmprm@hotmail.com  
Ecuador

■ Dra. Adriana Cisneros Salazar ■  
Hospital Básico Puyo  
drmprm@hotmail.com  
Ecuador



## RESUMEN

La tuberculosis (TB) representa un importante problema de salud pública, registra una prevalencia aproximadamente de 70 casos por 100.000 habitantes, causada por el *Mycobacterium Tuberculosis*, la infección es curable y prevenible, afecta principalmente el tejido pulmonar e infrecuente a órganos extrapulmonares; La tuberculosis gastrointestinal (TBGI) es el sexto lugar extrapulmonar más comprometido, se presenta entre los 21 y 40 años de edad, con una incidencia igual por género. Puede afectar desde la boca hasta el ano, el peritoneo y el sistema pancreatobiliar, el sitio más común es la región ileocecal. Los síntomas son inespecíficos, dolor abdominal (80-95%), fiebre (40-70%), diarrea (11-30%), pérdida de peso (40-100%), anorexia y astenia. Es importante el diagnóstico diferencial con otras patologías principalmente con la enfermedad de Crohn. Los resultados analíticos de laboratorio (PCR, Sensibilidad 64-86% y Especificidad 99%), hallazgos endoscópicos e histología (granulomas, tinción de Ziehl-Neelsen). El pronóstico depende del estado de su sistema inmune y el inicio del tratamiento, los resultados tras iniciar la terapia con antituberculosos (igual que para TB pulmonar) son satisfactorios en la mayoría de los casos. Se presenta un caso observado en el Hospital Básico Puyo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la Provincia Pastaza año 2016, en un paciente inmunocompetente con proctorragia como manifestación principal.

**PALABRAS CLAVE:** tuberculosis extrapulmonar, tuberculosis gastrointestinal, proctorragia

## ABSTRACT

Tuberculosis (TB) represents a major public health problem, with prevalence of approximately 70 cases per 100,000 inhabitants, caused by *Mycobacterium Tuberculosis*, the infection is curable and preventable, and it mainly affects the lung tissue and infrequently extrapulmonary organs. Gastrointestinal tuberculosis (TBGI) is the sixth most extrapulmonary place, it occurs between 21 and 40 years old, with an equal incidence by gender. It can affect from the mouth to the anus, the peritoneum and the pancreatobiliary system, the most common place is the ileocecal region. The symptoms are nonspecific, abdominal pain (80-95%), fever (40-70%), diarrhea (11-30%), weight loss (40-100%), anorexia and asthenia. The differential diagnosis is important with other pathologies, mainly with Crohn's disease. The laboratory analytical results (PCR, 64-86% Sensitivity and 99% Specificity), endoscopic findings and histology (granulomas, Ziehl-Neelsen staining). The prognosis depends on the state of the patient's immune system and the beginning of the treatment, the results after starting therapy with antimicrobial drugs (as well as for pulmonary TB) are satisfactory in most cases. We present a case observed in the Puyo Basic Hospital of the Ecuadorian Social Security Institute of the Pastaza Province in 2016, in an immunocompetent patient with proctorrhagia as the main manifestation

**KEYWORDS:** Extra pulmonar y tuberculosis, gastrointestinal tuberculosis, proctorragia

## I. INTRODUCCION

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa conocida desde la antigüedad y producida por el *Mycobacterium Tuberculosis*. Esta infección asociada a la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo. Es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo, en el 2016, 10.4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,7 millones murieron por esta enfermedad (entre ellos, 0,4 millones de personas con VIH). Más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2017).

En nuestro país existe una tasa de prevalencia aproximadamente de 70 casos por 100.000 habitantes, según (OMS, 2014) indica que se registraron aproximadamente 4000 casos de tuberculosis pulmonar y 391 casos de tuberculosis extrapulmonar. La tuberculosis es tratable y prevenible, afecta principalmente el tejido pulmonar e infrecuentemente a órganos extrapulmonares (10-15%).

La tuberculosis gastrointestinal es el sexto lugar extrapulmonar más comprometido, se presenta entre los 21 y 40 años de edad, con una prevalencia igual por género. Puede afectar desde la boca hasta el ano, el peritoneo y el sistema pancreatobiliar, el sitio más común es la región ileocecal (24%) y la intestinal difusa más peritoneo (16%), porcentaje que aumenta de manera considerable (45-75%) en pacientes con infección por el VIH (Ponce, 2003).

La clínica es muy inespecífica, el síntoma con mayor frecuencia es el dolor abdominal (80-95%), la fiebre (40-70%), diarrea (11-30%), pérdida de peso (40-100%), anorexia y astenia. Las náuseas, vómitos y sangrado digestivo bajo son infrecuentes (Leung V, 2001), en la exploración física dos tercios de los pacientes presentan una masa localizada en cuadrante inferior derecho del abdomen (Martínez Tirado y col, 2003).

Su cuadro clínico inespecífico la convierte en un verdadero “reto diagnóstico”, se analiza su clínica y se debe apoyarse en una serie de exámenes complementarios. Es común, pero a la vez inespecífico encontrar en el examen de laboratorio, anemia, leucocitosis con linfocitosis, velocidad de eritro-sedimentación elevada (Leung V, 2001). La prueba de reacción en cadena de polimerasa (PCR), posee una sensibilidad de 64-86% y especificidad de 99%.

La radiografía de tórax nos ayuda a orientar sobre lesiones a nivel del parénquima pulmonar pensando en una tuberculosis con foco primario. En el estudio ecográfico es característicos encontrar: linfadenopatías, masas o nódulos peritoneales, ascitis difusa o localizada, masas inflamatorias en la región ileocecal, aun así, no son patognomónicos ya que pueden encontrarse en otras patologías.

La tomografía axial computarizada, se pueden evidenciar masas abdominales, adenopatías, granulomas y abscesos en diferentes órganos (Aston NO Chir M., 1997). La colonoscopia es el gold estándar para el diagnóstico de tuberculosis intestinal, las lesiones endoscópicas (eritema, edema, nódulos difusos, úlceras, zonas de "empedrado", estenosis, dilataciones, fistulas), además que permite la toma de muestra para estudio histológico y bacteriológico.

En el estudio (Nagan et al., 2001), describieron las diferencias endoscópicas, indicando que la TB intestinal suele manifestarse con úlceras redondeadas u ovaladas de mayor eje perpendicular que el eje longitudinal del colon, con sus bordes irregulares, nodulares y edematosos, mientras que las úlceras en la enfermedad de Crohn son profundas y paralelas al eje longitudinal del colon.

Al estudio microscópico es indispensable detectar a presencia del Mycobacterium, mediante la técnica de Ziehl-Neelsen, y corroborar con posterior cultivo de Lowenstein-Jensen. Al estudio histológico es característico observar granulomas, un estudio realizado por (Pulimood et al., 2001), indican que la tuberculosis intestinal mediante la histología se observan granulomas bien definidos de tamaño medio con tendencia a la confluencia y caseificación, localizado especialmente en la submucosa y en el tejido de granulación circundante a las úlceras.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con la enfermedad de Crohn, sarcomas, adenocarcinoma, parasitosis intestinales. Aunque la tuberculosis intestinal es muy infrecuente, siempre se debe pensar en todo paciente con dolor abdominal crónico.

El tratamiento es basado en la guía clínica de prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis, primera línea, (Pirazinamida, Etambutol, Isoniazida, Rimfapicina), caso contrario se utilizará fármacos de segunda línea MRD (multi-drogo-resistente). La cirugía se reserva en aquellos casos donde existen complicaciones: obstrucción, perforación, fístulas y hemorragias.

## II. DESARROLLO

Paciente masculino de 34 años. casado con antecedentes patológicos personales de asma en la infancia, abuela fallecida por trastornos cardiovasculares, comerciante informal en ventas de artesanías, procedente del oriente ecuatoriano.

Primera consulta por cuadro clínico de dolor abdominal difuso que se exacerba hace tres días, de tipo cólico con intensidad de 6/10 en la escala visual análoga, el cual se incrementa con la palpación y disminuye con el reposo, acompañado de proctorragia en número de 4 de moderada cantidad, fiebre no cuantificada de predominio nocturno, pérdida de peso de aproximadamente 8 kg y diaforesis nocturna en las tres últimas semanas, un episodio de lipotimia, Al examen físico, paciente con facie dolorosa, palidez generalizada, caquexia, con signos de desnutrición, abdomen doloroso a la palpación profunda en cuadrantes inferiores. Los datos de laboratorio relevantes Hemoglobina

13g/dl, Hematocrito 39 %, leucocitosis 13.100/mm<sup>3</sup>, plaquetas 512.000/mm<sup>3</sup>, proteínas totales 4,3 g/dl, Velocidad de eritrosedimentación 18 mm<sup>3</sup>, PCR +++, prueba rápida de VIH No Reactiva, electroforesis de las proteínas negativas hemocultivos y cultivos de orina fueron negativos, Radiografía estándar de tórax, imágenes con patrón intersticial no cavernas, colonoscopia, válvula ileocecal y colon ascendente con compromisos segmentario de áreas de mucosas empedradas, ulcerada, mamelonada, friable a la toma de la biopsia, separada de la mucosa normal.



Fig 1: Radiografía de tórax Patrón Intersticial Fuente: Hospital Básico del Puyo

### Colonoscopia:

Válvula ileocecal y colon ascendente con compromiso segmentario de áreas de mucosas empedrada, ulcerada, mamelonada, friable a la toma de biopsia, separada de mucosa normal.



Fig. 2: Úlcera en colon ascendente Fuente: Hospital Básico Puyo

Resultado histopatológico: colitis crónica, folículo-granulomatosa severamente activa, ulcerosa de etiología tuberculosa (tinción Zhiel-Neelsen: positivo).

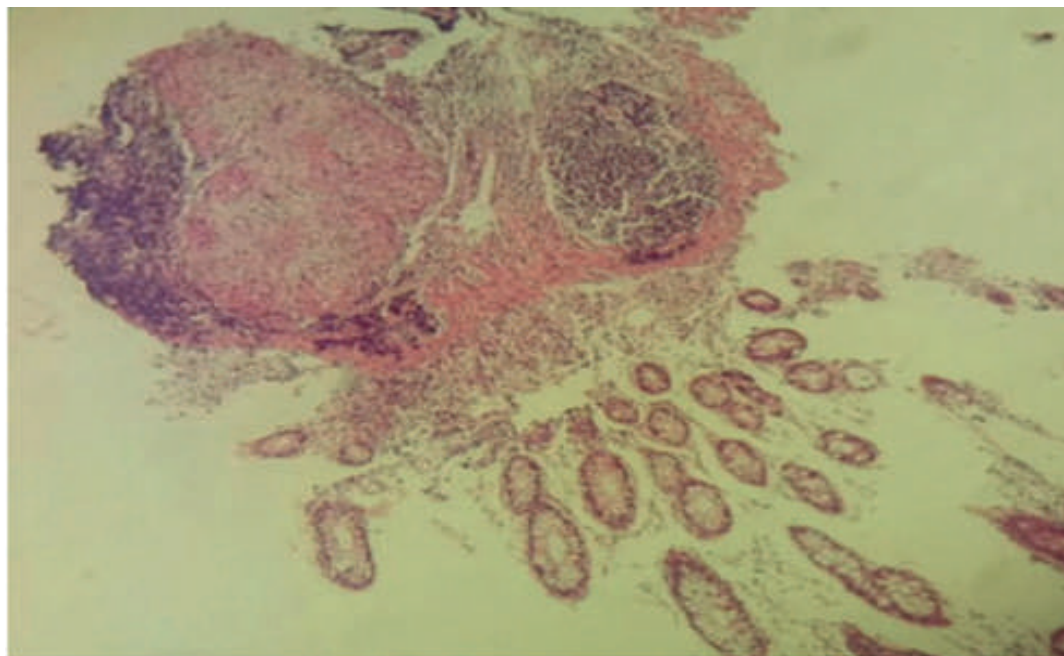


Fig. 3: Microscopías de biopsia de colon Fuente: Hospital Básico Puyo

### III. DISCUSION

La tuberculosis es un problema de salud pública en nuestro país, la alta incidencia de casos extrapulmonares es una realidad preocupante, el presente artículo trata de un caso de tuberculosis gastrointestinal en un paciente inmunocompetente, considerando que dentro de presentaciones extrapulmonares más comunes son: la meníngea, miliar, ósea, y que esta forma de presentación solo representa el 25% de casos de un paciente con foco pulmonar activo.

La región ileocecal es la zona de mayor predilección dentro de la tuberculosis gastrointestinal, seguida de la región yeyuno ileal, colon, ano recto, estomago, apéndice, duodeno y esófago en orden de frecuencia. La predilección del bacilo por esta área se atribuye a tres factores: a) al enlentecimiento fisiológico del contenido intestinal en esta zona; b) a la mayor capacidad de absorción, y c) a la presencia de tejido linfoide.

La clínica de presentación fue la presencia de proctorragia (menos frecuentes en este tipo de paciente) acompañado de signos muy frecuentes dolor abdominal difuso, fiebre y pérdida de peso, lo que motivo a la motivación del estudio integral del paciente en su hospitalización. Los exámenes más relevantes PCR +++ (común en esta patología), la presencia de un patrón intersticial en la radiografía de tórax, conpruebadeVIHnoreactiva, baciloscopiadeesputox2 (1er+;2da+).

El estudio endoscópico colónico, que genera un panorama más claro en el diagnóstico, en cual hay que establecer la diferencia entre las características con la enfermedad de Crohn. En este procedimiento se observaron lesiones características, válvula ileocecal y colon ascendente con compromisos segmentario de áreas de mucosas empedradas, ulcerada, mamelonada, friable a la toma de la biopsia, separada de la mucosa normal.

Dentro del análisis y estudio se tuvo clave diagnostica el resultado de baciloscopia de esputo 1(+) 2(+) y las lesiones características endoscópicas, que oriento al diagnóstico de una tuberculosis extrapulmonar (gastrointestinal) con un foco primario activo.

En este contexto y sin esperar el resultado anatomopatológico (el cual dio positivo para TUBERCULOSIS), se inició tratamiento acorde a la Guía de Práctica Clínica en dos fases (2 Isonizida, Rifampicina, Etambutol, Pirazinamida / 4 Isonizida, Rifampicina), dosis estándar, con posterior cuadro clínico favorable con desaparición de la fiebre y el dolor abdominal, se concede el alta del usuario con la referencia a la unidad de salud más cercana a su domicilio con la estrategia DOTS, con control endoscópico al 1, 3 meses con desaparición de las lesiones ulcerosas en colón. En este paciente la evolución fue muy favorable las imágenes de colonoscopia posteriores al tratamiento antifímico fueron muy favorables, fig. 4 y Fig. 5.

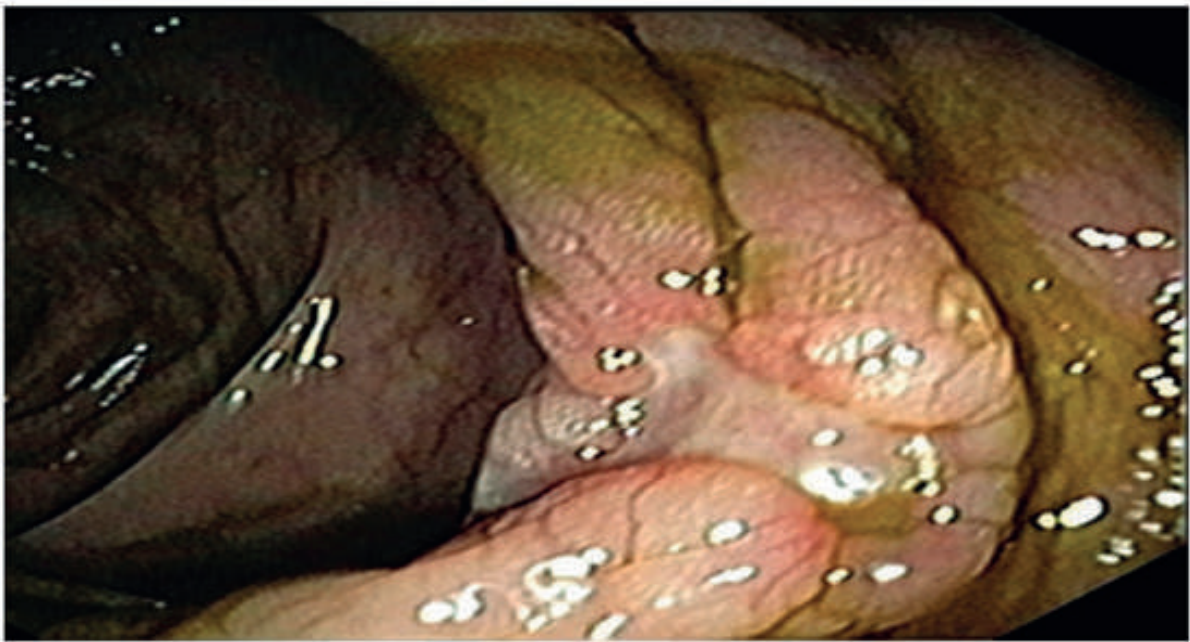


Fig. 4: Imagen de colonoscopia con úlcera en colon ascendente.

Fuente: Hospital Básico Puyo

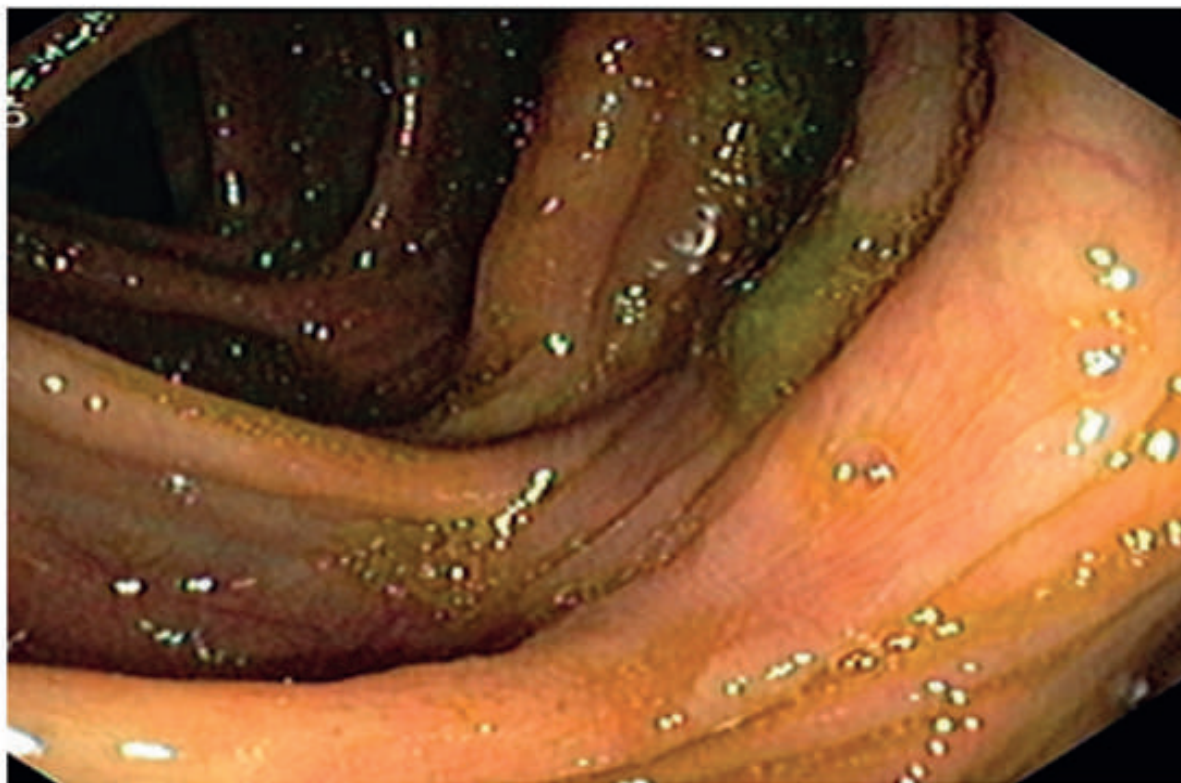


Fig. 5 Imagen de videocolonoscopia en colon ascendente donde se observa la desaparición de lesiones. Fuente: Hospital Básico Puyo.

#### **IV. CONCLUSIONES**

El diagnóstico de la tuberculosis intestinal, es un reto, aun mayor en un paciente inmunocompetente por su manifestación clínica inespecífica, y es importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial ya que esta enfermedad puede confundirse o simular patologías como la enfermedad de Crohn, sarcoidosis y adenocarcinoma.

Se debe pensar siempre en una tuberculosis intestinal ante todo paciente con dolor abdominal crónico y hemorragia digestiva baja de difícil diagnóstico.

El uso apropiado de los exámenes complementarios, en especial la colonoscopia nos permite llegar a un diagnóstico correcto. Un oportuno tratamiento nos brinda un pronóstico favorable.



## V. BIBLIOGRAFIA

Aston NO Chir M. (1997). Abdominal tuberculosis. World J Surg, 21:492-9.13.

Leung V, T. W. (2001). Importance of ileoscopy durin colonoscopy for the early diagnosis of ileal tuberculosis: report of two cases Gastroenterology Endoscopy. 53:813-5.

Martínez Tirado y col. (2003). Observaciones clínicas: Tuberculosis Intestinal - Un reto diagnóstico.  
Nagan et al. (2001). Endoscopic diagnosis of colonic tuberculosis. . astointestinal Endoscopy, pp. 53-789-3.

OMS, O. M. (2014). Retrieved from [http://www.who.int/tb/Ecuador\\_TB.pdf](http://www.who.int/tb/Ecuador_TB.pdf)

OMS, O. M. (2017). Retrieved from <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

Ponce, M. (2003). Progresos en la gastroenterología: TUBERCULOSIS Y APARATO DIGESTIVO.  
Pulimood et al. (2001). Endoscopic Gastrointestinal.

