



Revista Información Científica

ISSN: 1028-9933

Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo

Mosqueda Cala, Idalmis; Dallas Veranes, Iván Bruno; Díaz Nordet, Juan Carlos
Tuberculosis intestinal simulando tumor de colon. Informe de un caso
Revista Información Científica, vol. 97, núm. 3, 2018, Mayo-Junio, pp. 652-659
Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551758527016>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

INFORME DE CASO

Tuberculosis intestinal simulando tumor de colon. Informe de un caso

Intestinal tuberculosis simulating colon tumor. Report of a case

Idalmis Mosqueda Cala¹, Iván Bruno Dallas Veranes², Juan Carlos Díaz Nordet³

¹ Especialista de I Grado en Neumología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Asistente. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba. Email: imosqueda@infomed.sld.cu

² Especialista de I Grado en Neumología y en Medicina General Integral. Máster en Enfermedades Infecciosas. Asistente. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba. Email: ibruno@infomed.sld.cu

³ Especialista de I Grado en Neumología y en Medicina General Integral. Máster en Longevidad Satisfactoria. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba. Email: jcdiaz@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se presentó el caso de un paciente del sexo masculino de 40 años, de procedencia rural, con antecedentes patológicos de bronquiectasias y de un derrame pleural que curó espontáneamente. El mismo presentó manifestaciones compatibles con tuberculosis intestinal que debutó con tumoración en fosa iliaca derecha, fiebre y dolor abdominal. Se valoró el caso en el colectivo de Neumología, donde teniendo en cuenta la evolución clínica y resultado de los exámenes complementarios realizados, se decidió iniciar tratamiento específico antituberculoso con el diagnóstico de tuberculosis intestinal. Después de estos estudios, evolucionó favorablemente con el tratamiento protocolizado.

Palabras clave: tuberculosis intestinal; diagnóstico; tratamiento antituberculoso

ABSTRACT

It is presented the case of a male patient of 40 years, of rural origin, with a pathological history of bronchiectasis and a pleural effusion that cured spontaneously. The patient presented symptoms compatible with intestinal tuberculosis that began with a tumor in the right iliac fossa, fever and abdominal pain. The case was assessed in the Pneumology group, where taking into account the clinical evolution and the result of the complementary examinations, it was decided to initiate specific antituberculous treatment with the diagnosis of intestinal tuberculosis. After these studies, patient, s evolution was good with the protocolized treatment.

Keywords: intestinal tuberculosis; diagnosis; antituberculosis treatment

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) sigue siendo una amenaza para la salud y el bienestar de las personas. En los momentos actuales, más de la tercera parte de la población mundial está infectada de TB; según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), anualmente se registran ocho millones de casos nuevos y aproximadamente dos millones de muertes.¹

En los últimos años se han detectado cambios significativos en la forma de presentación de la enfermedad, y han aumentado notablemente los cuadros extrapulmonares debido a los estados de inmunosupresión. En estos casos, se destacan los causados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el envejecimiento de la población, diferentes enfermedades crónicas sistémicas y el mayor uso de terapias inmunosupresoras.²

La TB intestinal ha sido frecuente en años anteriores como complicación de una enfermedad pulmonar, y también por la ingestión de leche contaminada con el *M. bovis*; de esta forma, la infección se produce por la ingesta de alimentos o esputos contaminados, por diseminación hematógica de una TB pulmonar activa o miliar, así como por afectación de otros órganos contiguos.³

Esta enfermedad hoy en día es rara y puede parecerse a una enfermedad péptica o una neoplasia obstructiva. La lesión primaria se localiza en la pared intestinal; pero son los ganglios linfáticos mesentéricos y la diseminación a partir de ellos, los que provocan la mayor parte de los síntomas. En algunos casos la diseminación se produce por vía sanguínea a partir de una primoinfección pulmonar y se extiende hacia los ganglios peritoneales, que aumentan de tamaño y se adhieren entre sí; macroscópicamente, las lesiones pueden presentarse como úlceras superficiales o lesiones pseudotumorales.⁴⁻⁵

Por todo lo anterior expuesto, se consideró de interés describir el caso de un paciente adulto, cuya clínica estuvo marcada por manifestaciones de un tumor de colon, en el cual aparecieron lesiones típicas de TB en los estudios realizados, incluido el parénquima pulmonar, a pesar de varios estudios BAAR negativos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se estudió un paciente del sexo masculino, de 40 años de edad, de procedencia rural, con antecedentes patológicos personales de bronquiectasia y de un derrame pleural que curó espontáneamente; por tales motivos, se encontraba bajo seguimiento en consulta de Neumología en Bayamo, provincia Granma.

Desde hacía dos años el paciente se quejaba de dolor abdominal crónico de un año de evolución, a tipo cólico y difuso. Un mes previo a su ingreso en nuestro Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", comenzó con decaimiento, sudoraciones vespertinas y pérdida de peso (13 libras).

Pasado 15 días, notó aumento de volumen en la fosa ilíaca derecha, acompañado de intensificación de dicho dolor abdominal, el cual era mantenido, sin diarreas o constipación. Por otra parte, se asoció a tos esporádica con escasa expectoración, fiebre de 38 °C en las tardes y sudoración nocturna.

Examen físico:

Panículo adiposo: disminuido.

Examen de abdomen: aumento de volumen en fosa ilíaca derecha de 8 cm, de consistencia dura, dolorosa a la palpación superficial y profunda, de forma alargada y movable. Se palparon adenopatías en región

inguinal de 1 cm, no dolorosa, movable, múltiple, de consistencia elástica; el paciente refirió, que las mismas estaban presentes con igual características desde hacía un mes.

Aparato respiratorio: frecuencia respiratoria 20 por minuto, murmullo vesicular normal, no se auscultaron estertores.

Estudios de laboratorio:

Hemograma completo:

Hemoglobina b: 11,8 g/l

Hematócrito: 0,36 L/L

Leucograma: $11,4 \times 10^9/L$

Diferencial predominio de neutrófilos: 70 %.

Eritrosedimentación: acelerada (70 mm/h).

VIH: negativo.

Antígeno de superficie: negativo.

Proteínas totales y fraccionadas: dentro de límites normales.

Serología: no reactiva.

Glicemia: normal.

Estudios imagenológicos:

Ultrasonido abdominal: hígado, bazo, páncreas y vesícula normales, ambos riñones con ligera ectasia pielocalicial, no litiasis, vejiga insuficientemente llena, llamó la atención el marcado engrosamiento de las paredes del colon derecho a nivel de fosa ilíaca derecha, y flanco derecho que mide 21 mm con una longitud de 105 x 43 mm; así como, asas delgadas e hipogastrio con discreto engrosamiento en su pared y discreta cantidad de líquido interasas.

Colon por enema: buen pase del contraste por todo el marco cólico hasta el colon ascendente, observándose estenosis de forma irregular en su porción distal, vaciándose la válvula ileocecal. El ciego no se llenó de contraste, no se visualizó en ningún momento el íleo terminal, persistió patrón mucoso, no imagen de adicción. Vaciamiento sin variaciones.

Colonoscopia: se introdujo colonoscopio hasta porción distal del colon ascendente, próximo al ángulo hepático por presencia de adherencia. Este examen se concluyó como normal.

Radiografía de tórax: lesiones fibroexudativas bilaterales más acentuada en lóbulo superior derecho, con cavitaciones, apicalización de los hilios.

Ultrasonido abdominal: hígado y páncreas con tamaño y ecogenicidad conservada, ambos riñones con ecogenicidad normal, pirámides prominentes, líquido peritoneal libre, de pequeña cuantía. Vejiga en repleción con elementos en suspensión. Próstata con volumen de 22 cm³. En fosa ilíaca derecha se observó colon derecho con paredes engrosadas de más o menos 10 mm, con contenido en su interior que se extiende hasta el ángulo hepático del colon, imagen similar a nivel de hipogastrio que sugirió estar en relación con sigmoides, no adenomegalias. Restos de órganos de hemiabdomen sin alteraciones.

Espustos BAAR I, II y III: no útil.

Se valoró el caso en el colectivo de Neumología. Teniendo en cuenta la evolución clínica y el resultado de los exámenes complementarios realizados, se decidió iniciar tratamiento específico antituberculoso el día 29 de enero de 2016 con el diagnóstico de tuberculosis intestinal, el cual mostró una evolución satisfactoria; fue egresado mejorado una semana después.

El paciente cumplimentó 108 dosis de tratamiento según programa nacional y fue dado de alta, curado.

DISCUSIÓN DEL CASO

La TB es una enfermedad que en los últimos años está resurgiendo muchas veces con manifestaciones atípicas⁵. La localización intestinal es muy rara y cuando está presente cursa con sintomatología inespecífica, llevando con frecuencia al diagnóstico erróneo de carcinoma de colon.⁶

La TB intestinal es una enfermedad que los pacientes con dolor abdominal crónico no suelen tomar en cuenta, su frecuencia está aumentando, por lo que debe ser considerada entre los diagnósticos diferenciales del dolor abdominal crónico.⁶⁻⁷

La localización anatómica más frecuente es la región ileocecal donde el *Mycobacterium tuberculosis* anida y desencadena un proceso de inflamación que termina con ulceración de la mucosa y posterior cicatrización. Los bacilos tuberculosos se suelen identificar primeramente en las glándulas de la mucosa intestinal y se extienden posteriormente a las placas de Peyer, dando lugar a una reacción inflamatoria que puede traducirse en dos formas anatomopatológicas básicas: forma ulcerada y la forma hipertrófica, mayor componente inflamatorio granulomatoso, desarrollo de tejido de granulación y

fibrosis (forma hiperplásica-cicatricial), originando una tumoración que estrecha la luz intestinal y que puede confundirse con un carcinoma.⁸⁻¹⁰

La deficiencia de las defensas del huésped, como la desnutrición, pérdida de peso, alcoholismo, diabetes, insuficiencia renal crónica, inmunosupresión, sida y otras, aumentan el riesgo de adquirir la enfermedad.

En nuestro paciente el antecedente de ser respiratorio crónico sin causa precisada, con lesiones fibróticas hacia los vértices y desnutrición, llevó a considerar esta entidad teniendo en cuenta estos elementos, con la clínica presentada dada por: dolor abdominal crónico a pesar de no tener cambios en el hábito intestinal, unido a la palpación de una tumoración en fosa iliaca derecha y los hallazgos del ultrasonido; por su parte, el colon por enema es compatible con una de las formas clínicas que describe la literatura, que es la forma hipertrófica. El diagnóstico inicial en este paciente fue el de una tumoración intestinal debido al bajo índice de sospecha.

El diagnóstico diferencial se estableció principalmente con la enfermedad de Crohn, y con otras infecciones menos frecuentes como actinomicosis, amebiasis, yersinia enterocolítica, linfoma y adenocarcinoma⁷⁻⁸; de esta forma, se estableció el diagnóstico definitivo con la histología y el cultivo positivo de las lesiones, el cual no fue posible en nuestro caso debido a la gran cantidad de adherencias que se visualizaron durante la realización de la colonoscopia.

La TB intestinal puede ser primaria o secundaria. En la variedad primaria no hay lesiones tuberculosas en otros órganos, y la infección se adquiere mediante la ingestión de productos lácteos contaminados con bacilo tuberculoso bovino.³

La TB intestinal secundaria es la que aparece en enfermos de TB pulmonar, en quienes el intestino se contamina por la deglución de esputo contaminado con el bacilo de Koch. En la mayoría de la literatura revisada, la afectación intestinal se produce de forma secundaria a otro tipo de afectación tuberculosa, bien pulmonar o miliar, casi siempre en el contexto de una infección por el VIH^{5,7}, nuestro paciente presentó lesiones finas con la presencia de gran cantidad de adherencias, pero que no excluyó la enfermedad.

Teniendo en cuenta el resurgimiento de la TB asociada a factores de riesgo sociales y biológicos, en todos los pacientes con dolor abdominal crónico, radiografía de tórax con lesiones en vértices sugestivas de TB

post primaria, asociados a síntomas respiratorios y estudios imagenológicos que sugieran tumor de colon en un adulto joven, la tuberculosis intestinal sería uno de los primeros diagnósticos a considerar, siendo la microbiología la regla de oro para el diagnóstico definitivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Control Mundial de la tuberculosis. Informe OMS 2011 [Internet]. México: WHO; 2012 [citado 5 Oct 2017]. Disponible en: www.who.int//mediacentre/factsheets/fs104/es/index.html
2. WHO. Treatment of Tuberculosis. Guidelines. 4ed. Geneve: WHO; 2010.
3. Ramírez-Lapausa M, Menéndez-Saldaña A, Noguerado-Asensio A. Tuberculosis extrapulmonar, una revisión. Rev Esp Sanid Penit [Internet]. 2015 [citado 5 Abr 2018]; 17(1):3-11. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v17n1/02_revision.pdf
4. García Marcos S, Borrego FJ, Martínez de la Victoria MJ, Sánchez Perales C, García Cortés MJ, Pérez del Barrio P, Parras L, Pérez Bañasco V. Tuberculosis ileocecal en hemodiálisis simulando un carcinoma de colon. Nefrología. 2001; 21(3):314-318.
5. Tapia EO. Tuberculosis intestinal secundaria: hallazgos morfológicos en un caso con desenlace fatal. Int J Morphol [Internet]. 2012 [citado 5 Abr 2018]; 30(1):347-353. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v30n1/art61.pdf>
6. Espinosa-Gimeno A, Martínez-Sanz J, Asong-Engonga L, Rodríguez-Zapata M. Protocolo diagnóstico y terapéutico de las tuberculosis extrapulmonares. Medicine. 2014; 11(52):3091-7.
7. Gómez-Zuleta MA, Viveros-Carreño D, Cañón DP. Tuberculosis Intestinal: reporte de caso y revisión de la literatura. Infectio Bogotá [Internet]. 2012 [citado 5 Abr 2018]; 16(3):178-179. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v16n3/v16n3a09.pdf>
8. Luciana Miranda CL, Nozar F. Tuberculosis abdominal. Caso clínico. Rev Méd Urug [Internet]. 2012 [citado 5 Abr 2018]; 28(3):199-204. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v28n3/v28n3a06.pdf>
9. Brizuela CS, Montero BN. Tuberculosis peritoneal e intestinal Informe de un caso y revisión de la literatura. Rev Méd Cost Centroam [Internet]. 2014 [citado 5 Abr 2018]; 71(610):195-201. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=51229>
10. Tablada L, Lafargue S, Toledano Y, Orozco M. Estrategia de tratamiento acortado y estrictamente supervisado en pacientes con

tuberculosis pulmonar confirmada. Medisan [internet]. 2010 [citado 23 Ene 2018]; 14(9):2172-2179. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_9_10/san14910.htm

Recibido: 21 de marzo de 2018

Aprobado: 25 de abril de 2018