
Tuberculosis intestinal: un reto diagnóstico

Reporte de caso

Intestinal tuberculosis: diagnostic challenge case report

*Karen Wedel-Herrera**
*Mariana Villalobos-Herrera***
*Sylvia Molina-Mainieri****
*Pablo Goyenaga-Castro*****

Resumen:

Se presenta el caso clínico de una paciente de 27 años que se presenta en el Hospital San Juan de Dios en el 2015, cuyos estudios develan un con diagnóstico previo de quiste de Bartholino recurrente, posteriormente diagnosticada con Granuloma vulvar persistente con formación de fistula y lesión verrugosa al tacto rectal, finalmente se diagnostica con TB intestinal con fistula en vulva.

Palabras clave: TUBERCULOSIS - TUBERCULOSIS INTESTINAL - FISTULA VULVAR , TB.

-
- * Médico General. Coordinadora Médica de la Clínica FIMRC (Foundation for International Medical Relief of Children)
** Médico Residente de Ginecología y Obstetricia, HSJDD
*** Médico Asistente de Patología, HSJDD
**** Médico Asistente de Patología, HSJDD
-

Abstract:

This paper presents the clinic case of a 27-year-old patient in the San Juan de Dios Hospital in 2015, with previous diagnosis of recurrent Bartholino cyst, later diagnosed with persistent vulvar granuloma with fistula formation and verrucous lesion on rectal examination, finally diagnosed with intestinal TB with vulvar fistula.

Key words: TUBERCULOSIS - INTESTINAL TUBERCULOSIS - VULVAR FISTULA, TB

Recibido:13 de marzo de 2019

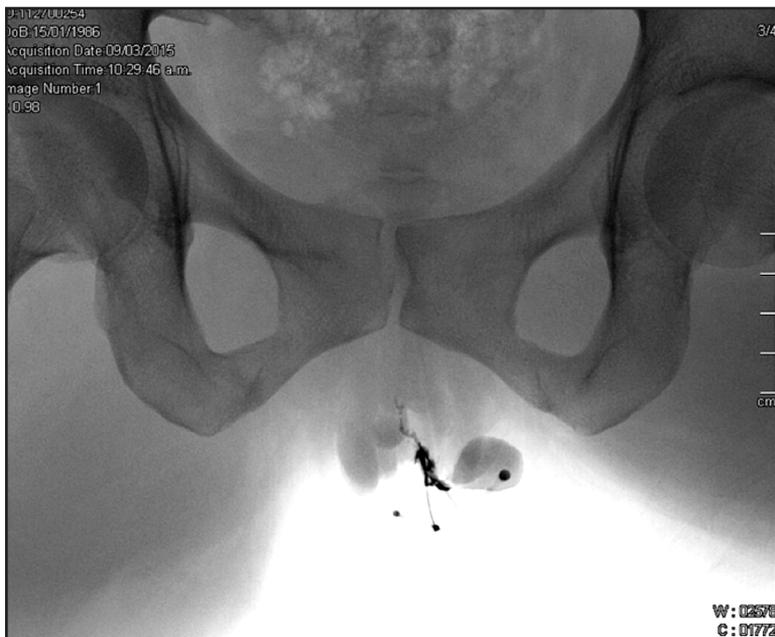
Aceptado: 15 de abril del 2020

Caso clínico

Presentamos el caso de una femenina de 27 años, sin antecedentes médicos de importancia, nulípara, quien es referida al Hospital San Juan de Dios (HSJD) en mayo del 2013 con diagnóstico de un quiste de Bartholino recidivante . Al ingreso se realiza examen físico y se sospecha de un granuloma post-foliculitis y se programa para cirugía. En el 2014 es llevada a sala de operaciones en 3 ocasiones para resección y ampliación de márgenes con biopsias negativas, y ya para el 2015 se documenta persistencia de lesión y formación de fistula . Al tacto rectal se documenta lesión verrucosa en pared anterior. A finales del 2015 es intervenida nuevamente en sala de operaciones.

En noviembre del 2015 se realiza fistulografía; Se canaliza en labio mayor izquierdo, se instila medio y se observa pequeño trayecto en tejido subcutáneo de 10 mm de longitud sin evidencia comunicación con recto.

Figura 1 . Fistulografía



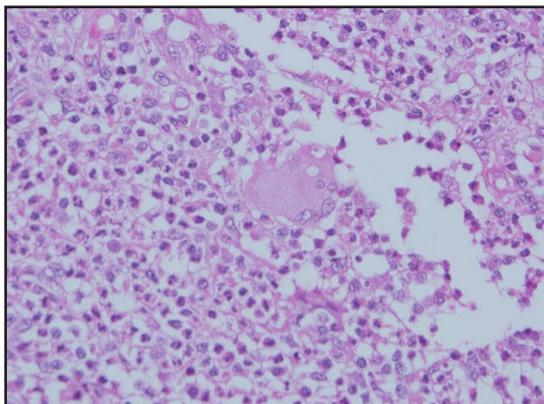
Fuente: Servicio Radiología HSJD

Se realiza biopsia de lesión verrucosa en el 2013 con ampliación de márgenes la cual indica necrosis del tejido neovascular. En el 2016 se realiza nueva biopsia de la lesión vulvar en la que se documenta una reacción granulomatosa crónica con presencia de células gigantes (Figura 2.) Se realizaron tinciones especiales de Grocott, PAS y FITE, encontrándose en esta última bacilos alcohol ácido resistentes (BAAR) (Figura 3.), por lo que se sugiere una probable infección por micobacterias, por lo que se realiza la prueba de liberación de Interferón Gamma (Quantiferon-TB), herramienta diagnóstica para TB latente, el cual es positivo de alta detección. Con estos datos se logra establecer un diagnóstico de Tuberculosis Intestinal con fistula vulvar, no sintomática respiratoria y VIH negativa. Se inicia tratamiento con esquema recomendado ; 2 meses de Fase inicial (Isoniazida, Rifampicina, Piracinamida y Etambutol) , seguido de 4 meses de Fase de mantenimiento (Isoniazida con Rifampicina).

Al mes y 3 semanas de tratamiento la paciente mejora significativamente. Se dan en total 9 meses de tratamiento, alargando la fase de mantenimiento 3 meses, con muy buena evolución clínica.

Figura 2. Biopsia

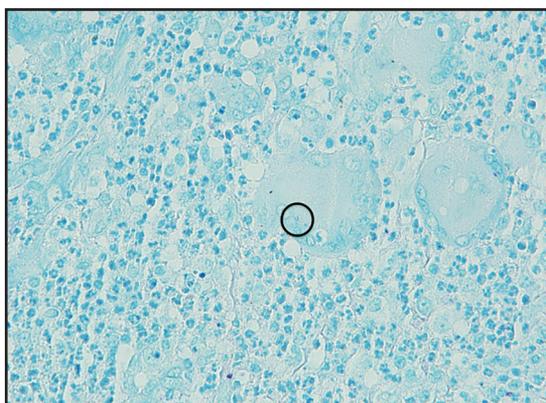
Reacción granulomatosa con células gigantes multinucleadas



Fuente: Servicio de Patología HSJD

Figura 3

Biopsia con tinción de Ziel Niesen donde se observa la presencia de un bacilo.



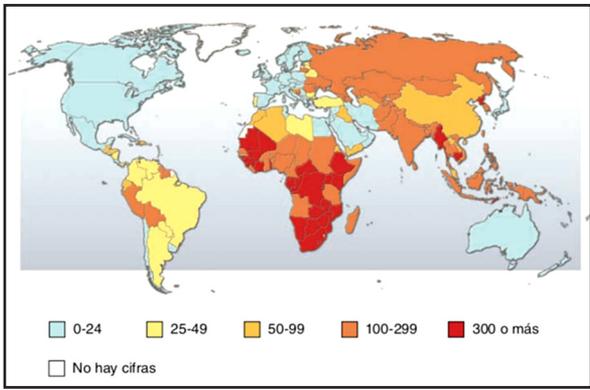
Fuente: Servicio de Patología HSJD

Análisis de caso

Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente 1,722 millones de personas están infectadas con *Mycobacterium tuberculosis*, encontrándose en la mayoría de los individuos infección latente o inactiva. Otras especies como *M. bovis*, *M. africanum*, *M. microti*, *M. caneti* y el complejo *Mycobacterium avium* infectan principalmente a pacientes inmunocomprometidos como aquellos con infección por VIH⁶. Los grupos de edad más susceptibles van de los 25 a los 44 años^{4,6}, con incremento en los casos de tuberculosis pulmonar de 44% entre 1985 y 1990.⁶ La presentación clínica más común es la enfermedad pulmonar en 80%, las formas extrapulmonares representan 20% de los pacientes no infectados con VIH incrementándose hasta 50% en pacientes con VIH; los grupos más frecuentemente afectados son mujeres y niños pequeños.

Figura 4
Cifras estimadas de incidencia de TB (por 100.000 personas) en 2008



Fuente: Harrison. (2017). Principios de Medicina Interna.

Patogenia

La TB gastrointestinal es poco común y de difícil diagnóstico, constituye 3.5% de los casos extrapulmonares de TB en Estados Unidos.

Los principales mecanismos de patogénesis de la tuberculosis intestinal son:

1. Vía hematogena de un foco pulmonar activo.
2. Deglución de esputo infectado de pacientes con tuberculosis pulmonar activa.
3. Ingestión de leche o comida contaminada.
4. Siembra de órganos adyacentes.

Después de que el bacilo penetra al aparato digestivo llegando a la submucosa a través de la mucosa, induce cambios inflamatorios con edema de la serosa y submucosa, infiltración celular e hiperplasia linfática. La aparición de los granulomas produce elevación de “papilas” sobre la mucosa. Existe linfangitis, endarteritis y fibrosis, lo cual produce una ulceración en la mucosa, necrosis caseosa y disminución de la luz intestinal y obstrucción intestinal.

Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones comunes al momento de presentación incluyen dolor abdominal (en ocasiones similar al de apendicitis aguda) y distensión, obstrucción intestinal, rectorragia y tumoración abdominal palpable. También son comunes fiebre, adelgazamiento, anorexia y diaforesis nocturna. Con la afectación de la pared intestinal, las ulceraciones y fístulas pueden simular enfermedad de Crohn; el diagnóstico diferencial suele ser difícil. La presencia de fístulas anales obliga a descartar inmediatamente una TB rectal.

Diagnóstico de Tuberculosis Latente/Intestinal

Lo esencial para diagnosticar la tuberculosis es mantener siempre un alto índice de sospecha sobre esta enfermedad.

El paciente con TB latente no tiene TB activa pero tiene la capacidad de desarrollar la enfermedad. Se estima que 2 billones de personas tienen TB latente y se debe tratar de reducir el riesgo en un 90%.

El Análisis de liberación de interferón γ útil en este caso clínico, es un método diagnóstico que presenta una especificidad de más del 95% para TB latente¹¹. Se encuentran disponibles en el comercio dos análisis *in vitro* que miden la liberación de IFN- γ por las células T en respuesta a la estimulación con antígenos específicos para TB, ESAT-6 y CFP-10. T-SPOT.TB[®] (Oxford Immunotec, Oxford, Reino Unido) es un análisis de inmunotransferencia enzimática (ELISpot) y QuantiFERON-TB Gold[®] (Cellestis Ltd., Carnegie, Australia) es una prueba de inmunoabsorbente ligado a enzimas (ELISA, *enzyme-linked immunosorbent assay*) que se realiza en sangre entera para la medición de IFN- γ . El método llamado QuantiFERON-TB Gold In-Tube, que facilita la obtención de sangre y la incubación inicial, también contiene otro antígeno específico, TB7.7.

Prevención

Lo mejor para evitar la TB es diagnosticar y aislar rápidamente los casos infecciosos e iniciar el tratamiento apropiado hasta que los pacientes sean calificados como no infectantes (por lo común dos a cuatro semanas después de comenzar el tratamiento apropiado) y se considere que la enfermedad ya curó. Otras estrategias consisten en la vacunación con BCG y el tratamiento de la infección tuberculosa latente en los individuos muy proclives a avanzar hasta la enfermedad activa.

Conclusiones

La certeza diagnóstica en pacientes con afección por tuberculosis intestinal o peritoneal representa actualmente un reto médico como lo ilustra el caso en estudio. El diagnóstico es difícil de establecer al no sospecharlo clínicamente y confundirlo con otras entidades.

La tuberculosis intestinal es aún un problema que no sólo afecta al huésped inmunocomprometido, también se puede presentar en individuos jóvenes y aparentemente sanos como en el caso de la paciente en estudio. La presentación típica asociada a fiebre como manifestación principal de un fenómeno infeccioso, suele estar ausente.

Se debe buscar y tratar a las personas que pueden tener Tuberculosis Latente y brindarles tratamiento y seguimiento para evitar complicaciones y mortalidad.

Un buen equipo interdisciplinario y una adecuada relación médico paciente son la clave para un buen diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la tuberculosis intestinal.

Bibliografía

- Aronson, N. (2017). Cutaneous leishmaniasis: Clinical manifestations and diagnosis. *Revista Up To Date*. EE.UU.
- Barboza, M. (2015). Tuberculosis miliar en una privada de libertad: presentación de un caso y revisión del tema. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 177-182. Recuperado de, http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100022&lng=en&tlng=es.
- Bernardo, J. (2017). Manifestations, diagnosis and treatment of military tuberculosis. *Revista Up To Date*. EE.UU.
- Chimienti S., Felsenstein, D. (2017). Approach to the patient with genital ulcers. *Revista Up To Date*. EE.UU.
- Debi, U., Ravisankar, V., Prasad, K. K., Sinha, S. K., & Sharma, A. K. (2014). Abdominal tuberculosis of the gastrointestinal tract: revisited. *World Journal of Gastroenterology*, 20 (40), 14831-14840. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i40.14831>
- Farías, L., López, R., Morales, A., Medina, Q., Vázquez, G. & Ruiz, C. (2005). Tuberculosis peritoneal e intestinal: una enfermedad ancestral que impone nuevos retos en la era tecnológica. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Revista de Gastroenterología de México*. 70 (2), 169-179. Recuperado de, <http://www.revistagastroenterologiamexico.org//es-tuberculosis-peritoneal-e-intestinal-una-articulo-X0375090605238571>
- Katsnelson, A. (2017) Beyond the breath: Exploring sex differences in tuberculosis outside the lungs. *Nat Med*. 2017 Apr 7;23(4):398-401. doi: 10.1038/nm0417-398.
- L. Longo, L. Casper, J. Larry Jameson, S. Fauci, L. Hauser, J. Loscalzo. (2012). *Harrison Principios de Medicina Interna*. México: Editorial Mc Graw Hill.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2014). *Análisis de situación de salud de Costa Rica*. San José, Costa Rica: El Ministerio.

Pai, M. Menzies, D. (2017). Diagnosis of latent tuberculosis infection (tuberculosis screening) in HIV-uninfected adults. *Revista Up To Date*. EE.UU.

Pai, M., Menzies, D. (2017). Interferon-gamma release assays for diagnosis of latent tuberculosis infection. *Revista Up To Date*. EE.UU.

Robbins, C. (2015). *Patología estructural y funcional* (9a ed.). España: Elsevier.

Wong, LM., Marcon, N. (2017). Tuberculosis enteritis. *Revista Up To Date*. EE.UU.

Conflictos de interés y/o agradecimiento

Los autores declaran que no existió ningún conflicto de interés en el presente reporte. La paciente en estudio dio su consentimiento para la realización del reporte de caso. Un profundo agradecimiento al Departamento de Patología del Hospital San Juan de Dios por la participación, la información brindada y la colaboración con las imágenes pertenecientes a las biopsias (Fig.2 y Fig.3)