

# Tuberculosis abdominal reporte de caso en un hospital general

Nara Gabriela Vilchis-Notario,<sup>(1)</sup> María José León-Pérez,<sup>(2)</sup> Ramón de Jesús Velarde-Ayala<sup>(3)</sup>

vear42@hotmail.com

## RESUMEN

La tuberculosis es una enfermedad causada por la bacteria aerobia mycobacterium tuberculosis. Hay dos variedades pulmonar y extrapulmonar. Tras la exposición a esta, hay quienes podrían iniciar el cuadro clínico, pero una proporción de las personas desarrollará la infección sin experimentar signos o síntomas de tuberculosis activa. Objetivo: Presentar el caso de una adolescente de 15 años que cursa con desnutrición crónica de etiología desconocida, quien debutó con evacuaciones diarreicas y tras una serie de estudios bioquímicos y paraclínicos se integró el diagnóstico de exclusión. Conclusión: La tuberculosis extrapulmonar continúa siendo un reto diagnóstico debido a que la sintomatología suele ser diversa e inespecífica por lo que se recomienda que todos los contactos domésticos, así como pacientes inmunocomprometidos o con factores de riesgo, se sometan a pruebas de detección de la tuberculosis activa, si esta se descarta se debe iniciar el tratamiento preventivo.

**Palabras claves:** *Diarrea, tuberculosis, abdominal, adolescente, desnutrición.*

## SUMMARY

Tuberculosis is a disease caused by the aerobic bacteria Mycobacterium tuberculosis. There are two varieties, pulmonary and extrapulmonary. After exposure to this, some people may develop the clinical picture, but a proportion of people will develop the infection without experiencing signs or symptoms of active tuberculosis. Objective: To present the case of a 15-year-old adolescent with chronic malnutrition of unknown etiology, who debuted with diarrheal stools

and after a series of biochemical and paraclinical studies, a diagnosis of exclusion was reached. Conclusion: Extrapulmonary tuberculosis continues to be a diagnostic challenge because the symptoms are usually diverse and nonspecific, so it is recommended that all household contacts as well as immunocompromised patients or those with risk factors undergo screening tests for active tuberculosis; if this is ruled out, preventive treatment should be started.

**Keywords:** *Diarrhea, tuberculosis, abdominal, adolescent, malnutrition.*

## INTRODUCCIÓN

La Mycobacterium tuberculosis puede alcanzar la mucosa intestinal mediante ingestión del esputo infectado en caso de tuberculosis pulmonar activa (20-25% de los casos), por ingestión de leche contaminada por Mycobacterium bovis o bien por vía hematogena a través de un foco pulmonar activo o una infección diseminada. La transmisión por contacto directo a órganos adyacentes es muy infrecuente. La localización más frecuente dentro del tracto digestivo es el intestino delgado (33,8%) seguido de peritoneo (30,7%), colon (22,3%), hígado (14,6%) y tracto superior (8,5%). Además, cabe destacar que la región ileocecal y el íleon terminal son las zonas más comúnmente afectadas, debido probablemente a la elevada concentración de agregados linfoides.<sup>1</sup>

El objetivo de la presentación de este caso, es dar a conocer el inusual curso de la enfermedad debido a la localización infrecuente de la infección y la presentación inespecífica de la sintomatología en la paciente.

<sup>(1)</sup> Médico pasante de servicio social adscrita al departamento de investigación. Hospital General Dr. Daniel Gurria Urgell ISSSTE. Villahermosa Tabasco.

<sup>(2)</sup> Médico pasante de servicio social adscrita al programa MEDICI. Facultad de estudios superiores Iztacala. Ciudad de México.

<sup>(3)</sup> Médico adscrito al servicio de Investigación. Hospital General Dr. Daniel Gurria Urgell ISSSTE. Villahermosa Tabasco.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 15 años con los siguientes antecedentes: Madre con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el puerperio, abuelo materno diagnosticado hace 15 años con tuberculosis pulmonar y tratado con un esquema antituberculoso, y tío materno con diagnóstico de tuberculosis pulmonar hace 10 años, aunque se desconoce el tratamiento. La paciente tiene un historial de mala alimentación y problemas alimentarios desde los 8 años, niega alteraciones durante ablactación o eventos traumáticos manteniendo un peso bajo para su edad. Acudió al hospital por cuadro de evacuaciones diarreas explosivas acompañándose de tenesmo, pujo rectal y dolor abdominal tipo cólico postprandial, refiriendo intolerancia a la vía oral de un año de evolución, con una pérdida de peso de hasta 6 kg en 1 mes.

### Hallazgos clínicos

El examen físico inicial reporta paciente de edad aparentemente menor a la cronológica, alerta, orientada en tiempo, lugar y espacio, palidez de tegumentos, cráneo normocéfalo efluvio telógeno, pelo seco, ojos simétricos, narinas permeables, cavidad oral ligeramente deshidratada, cuello cilíndrico a la palpación cadenas ganglionares <1cm bilateral, campos pulmonares bien ventilados, mamas Tanner I-II, precordio rítmico sin soplos, abdomen con signo de la ola positivo y resequeidad en la piel, genitales femeninos Tanner II con edema de labios mayores, extremidades simétricas con edema en miembros pélvicos. Hemodinámicamente estable con signos vitales y somatometría: tensión arterial: 94/64 mmHg FC:121, lpm, FR: 24 rpm, temperatura: 36.5C, SaO2 99% al aire ambiente. Peso: 28 kg, talla: 158 cm (debajo del percentil 3 de peso para la edad según la OMS).

Dentro de las pruebas complementarias se realizó un Hemograma obteniendo los siguientes datos: Hemoglobina 9.9mg/dL, hematocrito 29.5, plaquetas 262 mil, leucocitos  $13.8 \times 10^3$  uL, neutrófilos  $12.8 \times 10^3$  uL, linfocitos  $0.4 \times 10^3$  uL, monocitos  $0.6 \times 10^3$  uL, basófilos 0.1 y bioquímicamente glucosa 82 mg/dL, urea 10.1 mg/dL, BUN 4.7 mg/dl, creatinina 0.21 mg/dl, ácido úrico 2.1mg/dL; electrolitos séricos con Na 131 mEq/L, K 3.50 mEq/L, Cl 105 mEq/L. Sangre oculta en heces: positiva. Coprológico: pH: 7.0, color: grisáceo, consistencia: diarrea, SOH: positivo, moco: positivo, restos alimenticios: negativo, azúcares reductores: negativo, parásitos macroscópicos: negativo, parásitos microscópicos: negativo, quistes: negativo, levadura: negativo, huevecillos: negativo, sangre macroscópicos: negativo. coproparasitoscópico: negativo.

## METODOLOGÍA

Se inició manejo con dieta polimérica, alimentos sin gluten, astringente, baja en celulosa, sin grasas ni irritantes. Sin embargo, persiste con cuadro clínico y sin presentar mejoría de las evacuaciones. Debido al antecedente de familiar de contacto positivo a tuberculosis se inicia protocolo de estudio solicitando radiografía de tórax postero anterior en la cual se encontraron imágenes radiográficas con patrón sugerente de consolidación (Figura 1), procediendo a solicitar toma de muestra para BAAR seriado en esputo, jugo gástrico y orina, así como reacción en cadena de polimerasa para mycobacterium tuberculosis.



Figura 1. Radiografía posteroanterior de tórax que muestra infiltrado reticular que rebasa línea media acompañado de lesiones micro nodulares, e infiltrado difuso apical derecho.

Se solicitó colonoscopia la cual reportó probable tumoración a nivel de la unión rectosigmoidea al cual se le realiza toma de biopsia y envió a patología (Figura 2), además se solicitaron marcadores tumorales. De manera complementaria para descartar que se tratase de un proceso tumoral se realiza tomografía de tórax y abdomen simple y contrastada mostrando hallazgos tomográficos que sugieren tuberculosis abdominal que compromete intestino delgado, colon, sigmoides recto, hígado, bazo, páncreas, mesenterio y peritoneo (figura 3).

Se recaba reporte de BAAR en expectoración y jugo gástrico con muestra positiva. Con lo que se justifica y se procede a iniciar tratamiento antifímico, sin embargo, la paciente evoluciona de manera desfavorable con picos febriles nocturnos de 39 °C con sintomatología faringe y

urinaria, se continúa con tratamiento y se agregan medidas antipiréticas. Presentó hematoquecias abundantes en 2 ocasiones conllevando a un descenso de hemoglobina en el hemograma, por lo que se decidió transfundir 1 paquete globular y se otorgó manejo con vitamina k y vigilancia. Con los hallazgos bioquímicos y de imagen, se otorga diagnóstico de Tuberculosis diseminada y tuberculosis pulmonar activa, para el manejo se siguieron las recomendaciones de las guías internacionales y se inicia tratamiento en fase intensiva el 13 de septiembre del 2023. Hasta el día 1 de abril del 2024 la paciente ha evolucionado favorablemente su estado nutricional con un peso de 40.6 kg y se encuentra en seguimiento por el servicio de infectología, se mantendrá con antifímicos hasta completar 12 meses de tratamiento (2 de fase intensiva y 10 de fase de mantenimiento). El reporte del caso se realizó con previo consentimiento y autorización de la tutora de la paciente.

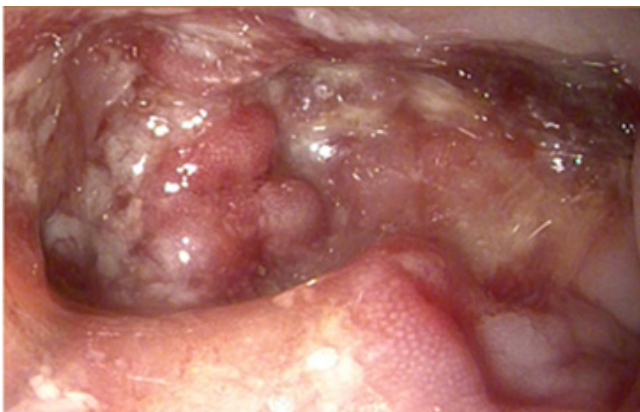


Figura 2. Imagen macroscópica de la unión rectosigmoidea: Se observa tumoración a descartar granuloma.

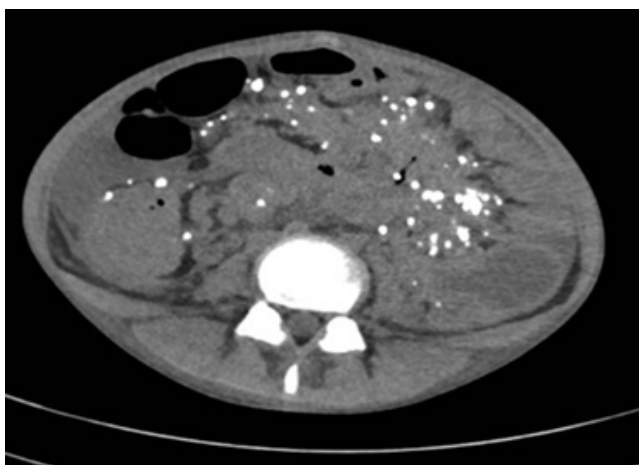


Figura 3. Tomografía axial computada abdominopélvica en corte coronal: Se observan granulomas calcificados en páncreas, bazo, intestino delgado, colon y recto con engrosamiento asimétrico de la pared del colon ascendente, sigmoides y recto, acompañados de líquido libre en la cavidad abdominal.

## DISCUSIÓN

La sintomatología de tuberculosis abdominal consiste en orden de frecuencia en dolor abdominal, fiebre, diarrea, pérdida del apetito, pérdida de peso, constipación y hematoquecia. En nuestro caso la presentación clínica fue con hematoquecia, la cual corresponde en menor proporción a lo reportado en la literatura.<sup>1</sup>

Para la integración de este caso y su análisis, fue de suma importancia realizar el diagnóstico diferencial y descartar otras patologías que pudieran ser la causa de la desnutrición, así como retraso en el desarrollo de la paciente. Una de las patologías que suele confundirse con tuberculosis abdominal, es la enfermedad de Crohn, la cual puede confundirse debido a la similitud de los síntomas los cuales son variables en función a la edad del paciente, una forma de realizar el diagnóstico diferencial en nuestro caso fue basado en el tipo de lesión histopatológica, ya que en contraste a la Enfermedad de Crohn en la cual es infrecuente la presencia de granulomas caseosos, se caracteriza por presencia de lesiones parcheadas y hay una afectación generalizada de la arquitectura de la mucosa, en la tuberculosis abdominal suele haber la presencia de granulomas caseosos grandes, confluentes y en mayor número acompañados por inflamación de la submucosa.<sup>2-3</sup>

La enfermedad celíaca se considera otro diagnóstico diferencial a esta entidad, ya que también es una de las causas más frecuentes de desnutrición calórico-proteica que presentan una clínica inespecífica tal y como nuestra paciente, esta afección se caracteriza cual es una reacción al gluten condicionada por factores ambientales, genéticos e inmunológicos que provocan diarrea crónica, pérdida de peso y distensión abdominal, se diagnostica a través de pruebas serológicas para anticuerpos contra transglutaminasa tisular y anticuerpos antiendomiso, mediante biopsia intestinal la cual muestra lesión a las vellosidades.<sup>4</sup>

Por otro lado, el síndrome de malabsorción incluye trastornos que dificultan la absorción de nutrientes, presentándose con síntomas similares a los de la paciente como diarrea crónica y pérdida de peso; la forma de presentación en un paciente con un cuadro de malabsorción se manifiesta de forma inespecífica, presentando distensión abdominal, dolor, y diarrea. El diagnóstico se realiza mediante hemogramas, pruebas de heces para detectar grasas, y exámenes de absorción, además de estudios de imágenes buscando causas estructurales. Reuniendo el reporte de la tomografía contrastada que se le realizó a la paciente, descartamos la posible etiología estructural al no encontrar divertículos, enfermedad vascular, fistulas o adherencias.<sup>5</sup>

El diagnóstico diferencial entre estas condiciones se efectúa mediante la evaluación de los antecedentes clínicos,

resultados de pruebas específicas y respuestas al tratamiento.<sup>6</sup> En este caso, la anamnesis y la historia clínica jugaron un papel crucial, ya que no se identificó ninguna alteración química que explicara la condición de la paciente. Se realizó un exhaustivo interrogatorio a la paciente y a su familiar, quien proporcionó información esencial sobre antecedentes de exposición e infección lo cual fue determinante para enfocar la búsqueda de *Mycobacterium tuberculosis*. La radiografía de tórax inicial, pese a no presentar síntomas respiratorios, mostró una imagen sugestiva de consolidación, lo que, correlacionado a la anamnesis, y los hallazgos en la colonoscopia, sustentó la solicitud de la tomografía axial computada. Finalmente, el reporte de biopsia positivo a tinción de Ziehl Neelsen respaldó de manera indiscutible el diagnóstico definitivo.

## CONCLUSIÓN

La presentación de tuberculosis extrapulmonar en población joven ha sido poco documentada en la literatura mundial. Esta enfermedad continúa siendo un reto diagnóstico debido a que la sintomatología suele ser diversa e inespecífica por lo que se recomienda que todos los contactos domésticos de los pacientes con tuberculosis, así como pacientes inmunocomprometidos o con factores de riesgo, se sometan a pruebas de detección, si esta se descarta se debe iniciar el tratamiento preventivo. Los métodos más adecuados para la detección deben ser adaptados en base a la localización de los signos y síntomas que presente el paciente donde deben realizarse estudios de imagen, cultivos para la detección de bacilos ácido alcoholos resistentes y así como la realización de biopsia. El retardo en el diagnóstico y tratamiento puede llevar a múltiples complicaciones tales como enteritis ulcerativa, estenosis y fístulas.

## REFERENCIAS

1. Jha DK, Pathiyil MM, Sharma V. Evidence-based approach to diagnosis and management of abdominal tuberculosis. *Indian J Gastroenterol*. 2023 Feb;42(1):17-31. doi: 10.1007/s12664-023-01343-x. Epub 2023 Mar 11. PMID: 36899289; PMCID: PMC10005918.
2. World Gastroenterology Organisation. Tuberculosis del aparato digestivo. 2021. <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/digestive-tract-tuberculosis-spanish.pdf>
3. Merino-Gallego Esther, Gallardo-Sánchez Francisco, Gallego-Rojo Francisco-Javier. Tuberculosis intestinal: importancia y dificultad del diagnóstico diferencial con enfermedad de Crohn. *Rev. esp. enferm. dig.* [Internet]. 2018 Oct [citado 2024 Ago 10] ; 110( 10 ): 650-657. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082018001000008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082018001000008&lng=es). <https://dx.doi.org/10.17235/reed.2018.5184/2017>.
4. Moscoso F, Quera R. ENFERMEDAD CELIACA: REVISIÓN. *Rev médica Clín Las Condes* [Internet]. 2015;26(5):613–27. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2015.09.007>.
5. Fernández-Bañares F. Carbohydrate Maldigestion and Intolerance. *Nutrients*. 2022 May 4;14(9):1923. doi: 10.3390/nu14091923. PMID: 35565890; PMCID: PMC9099680.
6. John S, Ghosh D, Michael V, Kruger D, Jain R, Dhir K, et al. Patterns and outcomes in pediatric abdominal tuberculosis: A single centre cohort study. *J Pediatr Surg* [Internet]. 2024;59(9):1886–91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2024.04.006>
7. Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Casos Nuevos de Tuberculosis Pulmonar. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2009
8. NOM-006-SSA2-2013 Para la Prevención y Control de la Tuberculosis.