

# Tuberculosis intestinal como causa infrecuente de HDB en paciente inmunocompetente



## AUTORES:

**Promenzio E.M.** ; De Maria J.C.; Guidi M. ; Matano R.F.  
(Servicio de Gastroenterología Hospital El Cruce) Vogel J.C.  
(Servicio de Anatomía Patológica Hospital El Cruce)

**INTRODUCCION :** La tuberculosis (TBC) es una patología que en los últimos años ha experimentado un resurgimiento, asociado al aumento de pacientes inmunodeprimidos. El compromiso ileocolónico es descrito como el más frecuente del tubo digestivo, asociado a la mayor cantidad de tejido linfoide, mayor tasa de absorción y estasis fisiológico a dicho nivel. Generalmente es secundario a una TBC pulmonar. Puede causar afectación difusa o más frecuentemente segmentaria, y endoscópicamente se puede observar como formas ulcerosas, hipertróficas o mixtas. Más recientemente fueron reportadas formas endoscópicas más sutiles como úlceras aftoides en colon e ileon. Las manifestaciones clínicas se observan en la mitad de los pacientes e incluyen : síntomas inespecíficos (repercusión general, dolor abdominal o fiebre) o complicaciones como HDB, abdomen agudo obstructivo o perforativo. La HDB masiva es infrecuente y se debe a endarteritis obliterativa.

**OBJETIVOS :** Reportar una causa infrecuente de HDB en la población general y resaltar el valor de la endoscopia para llegar al diagnóstico.

## CASO CLINICO

Paciente femenina, de 16 años que ingresa presentando melena de 2 días de evolución con descompensación hemodinámica y Sme. Anémico

**ANTECEDENTES PERSONALES :** No refiere.

**ANTECEDENTES FAMILIARES :** Ambos padres con diagnóstico de HIV, uno de ellos fallecido en el año previo por TBC.

**EXAMEN FISICO :** Regular estado general. hemodinámicamente inestable con respuesta a la resucitación inicial. Paliidez cutáneo mucosa. Semiología de derrame pleural. Abdomen blando e indoloro. IMC : 19 TR : Melena SNG : Debito bilioso

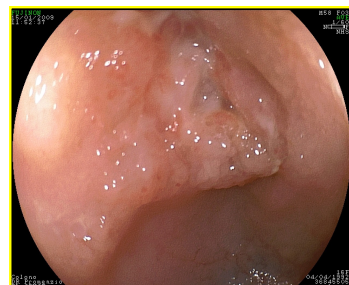
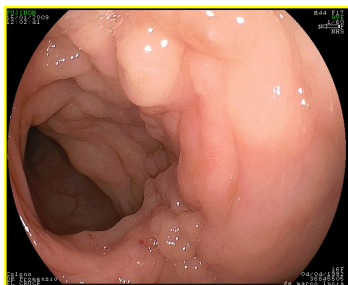
**LABORATORIO :** Hto 16 % Coagulograma normal. ERS 30 mm Albúmina 2.8

**VEDA :** Lago bilioso. Hasta 2da porción, mucosa de aspecto normal. Biopsias de 2da porción.

**RX DE TORAX Y ECO PLEURAL :** Derrame pleural izquierdo. Se realizo pleurocentesis (exudado) con cultivo para gérmenes comunes y BAAR negativos sin llegar a un diagnóstico. No se logra obtener muestra de esputo.

**HIV y ANTICUERPOS DE E CELIACA :** Negativos.

**PPD :** 28 mm.



**VIDEOCOLONOSCOPIA :** Se progresa hasta ileon distal. En colon descendente y sigmoide se observan áreas de mucosa irregular con pérdida del patrón vascular y úlceras aftoides en forma parcheada y asimétrica. En ileon distal impresiona disminución de calibre con mucosa de aspecto irregular con pérdida de patrón vascular, eritema en parches y úlceras con fibrina. Se toman muestras para AP y cultivo.

**DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO :** Ileitis distal. Colopatía inflamatoria. ( Infecciosa vs. Inflamatorio)

**ANATOMIA PATOLOGICA:** Mucosa colónica con granulomas con necrosis caseosa ZN negativo compatible con colitis tuberculosa. Mucosa de ileon con infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario inespecífico.

**CULTIVO :** BAAR (-)

**TID :** Disminución de calibre en ileon distal con áreas de ulceración. Resto de ID sin lesiones.

**EVOLUCION :** Se inicio tratamiento tuberculostático con esquema de 1ra línea con buena respuesta clínica de la semiología respiratoria sin repetir sangrado.

## CONCLUSION

**El presente caso ilustra una presentación clínica y endoscópica infrecuente de la TBC intestinal, donde la endoscopia con alto grado de sospecha pudo detectar formas ulcerosas mínimas y a través de biopsias y cultivo llegar al diagnóstico.**

## REFERENCIAS:

- 1-Colonoscopy in the diagnosis of intestinal tuberculosis in asymptomatic patients Shigeru Sato, MD, Kenshi Yao, MD, PhD, Tsuneyoshi Yao, MD, PhD, Ronald J. Schlemper, MD, PhD, Toshiyuki Matsui, MD, PhD, Toshihiro Sakurai, MD, PhD, Akinori Iwashita, MD, PhD
- 2-Horvath KD, Whelan RL. Intestinal tuberculosis: return of an old disease. Am J Gastroenterol 1998;93:692-6.
- 3- Yao T, Sakurai T, Yamamoto J, Hirai I, Furukawa H, Kikuchi Y, et al. Intestinal tuberculosis in recent years: analysis of the reported cases during the last decade in Japan [Japanese]. Stomach and Intestine 1995;30:485-90.
- 4- Suzuki H, Nagao K, Miyazaki M. The current status and problems of the intestinal tuberculosis through a review of the Annual of the Pathological Autopsy Cases in Japan in Japanese with English abstract. Keikaku 2002;77:355-60
- 5-Ferentz CV, Sieck JO, Ali MA. Colonoscopic diagnosis and medical treatment of ten patients with colonic tuberculosis. Gastrointest Endosc 1988;20:62-5.
- 6-Kim KM, Lee A, Choi KY, Lee KY, Kwak JJ. Intestinal tuberculosis: clinicopathologic analysis and diagnosis by endoscopic biopsy. Am J Gastroenterol 1998;93:606-9.
- 7- Gan H, Ouyang Q, Bu H, Li S, Chen D, Li G, et al. Value of polymerase chain reaction assay in diagnosis of intestinal tuberculosis and differentiation from Crohn's disease. Chin Med J Engl 1994;107:215-20.
- 8-Colonic aphthoid erosions as the only manifestation of tuberculosis: case report
- Ken-ichi Tarumi, MD, Hideki Koga, MD, Mitsuo Iida, MD, Yoichiro Kobori, MD, Hiroshi Matsumoto, MD, Minoru Fujita, MD, Masaharu Takeda, MD, Kazunori Hoshika, MD, Yoshiki Mikami, MD

