

Desafío diagnóstico en la tuberculosis intestinal: Presentación de un caso

Celina Cuellar-Aguirre¹, Julio Hernández-Ascencio¹, Mario Alberto Amat-Traconis¹, María de Jesús Rodríguez-Córdoba¹, Laura Beatriz Pavón-Pérez¹, Mariana Gabriela Lecourtois-Amézquita²

¹Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar, Hospital General de Boca del Río, Servicio de Cirugía General, Boca del Río, México. ² Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar, Hospital General de Boca del Río, Área de Investigación, Boca del Río, México.

ABSTRACT

Diagnostic Challenges in Intestinal Tuberculosis: Case Presentation.

Background. Despite being preventable and curable, tuberculosis has caused a significant number of deaths throughout history. This case study emphasizes the importance of accurate and timely diagnosis, highlighting the atypical manifestations of the disease, and contributing to the knowledge and clinical management of intestinal tuberculosis.

Clinic case. A 23-year-old man, previously diagnosed with gastroenteritis and showing no signs of improvement, was admitted to the emergency department. An exploratory laparotomy was performed with a presumptive diagnosis of intestinal obstruction. In a subsequent procedure, after receiving a positive AFB report, the obstruction was relieved without the need for resection.

Discussion. Intestinal tuberculosis is a serious disease with nonspecific symptoms, making diagnosis difficult. A biopsy is necessary for an accurate diagnosis as this presentation can mimic other pathologies.

RESUMEN

Introducción. A pesar de que se puede prevenir y curar, la tuberculosis es una de las enfermedades infecciosas que más decesos ha ocasionado a lo largo de la historia. A través del estudio de un caso específico, se busca resaltar la importancia de un diagnóstico oportuno y preciso, se hace énfasis en las manifestaciones atípicas de la enfermedad, para así contribuir al conocimiento y manejo clínico de la tuberculosis intestinal.

Historial del artículo

Recibido: 2 abr 2024

Aceptado: 15 oct 2024

Disponible online: 1 ene 2025

Palabras clave

Mycobacterium tuberculosis, tuberculosis intestinal, obstrucción intestinal

Keywords

Mycobacterium tuberculosis, intestinal tuberculosis, intestinal obstruction

Copyright © 2025 por autores y Revista Biomédica.

Este trabajo está licenciado bajo las atribuciones de la *Creative Commons* (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

*Autor para correspondencia:

Mariana Gabriela Lecourtois-Amézquita,
Hospital General de Boca del Río, Aquiles Serdán
S/N, Zona Centro, Ricardo Flores Magón, 94290

Boca del Río, México. Tel.(52) 229-923-4830.

E-mail: hgbr.lecourtois@gmail.com

<https://revistabiomedica.mx>.

Caso clínico. Paciente masculino de 23 años con diagnóstico previo de gastroenteritis y sin mejoría, ingresa al servicio de urgencias, se realizó laparotomía exploratoria con diagnóstico presuntivo de oclusión intestinal, en una segunda intervención posterior al reporte BAAR positivo, se liberó la totalidad de la obstrucción sin necesidad de resección.

Discusión. La tuberculosis intestinal es una enfermedad grave con síntomas inespecíficos, lo que dificulta su diagnóstico, como ocurrió en este caso. Ésta puede mimetizar otras patologías, siendo necesario realizar una biopsia para un diagnóstico certero.

INTRODUCCIÓN

A pesar de ser una enfermedad prevenible, la tuberculosis (TB), continúa siendo una epidemia en la actualidad, de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud en el año 2022 se diagnosticaron 10.6 millones de nuevos casos en el mundo y fallecieron 1.3 millones (1). En el continente americano 56.8% de los casos de TB en el 2020 se concentraban en tres países, Brasil, Perú y México (2). De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud de México en 2023 se notificaron 23,101 casos nuevos de tuberculosis, pudiendo existir un subregistro debido a la pandemia de COVID-19 (2). Siendo el estado de Veracruz el que ocupa el primer lugar con 2,353 casos nuevos (2). El 21% de los casos reportados en México son extrapulmonares y el 2% de estos son intestinales, alrededor del 15 al 25% de los casos de tuberculosis abdominal se presenta de manera concomitante con TB pulmonar (3).

La TB afecta con una mayor prevalencia los pulmones; sin embargo, el *Mycobacterium tuberculosis* puede diseminarse por vía gastrointestinal, hematogena o por proximidad a otros órganos. En el caso de TB abdominal puede afectar diferentes áreas anatómicas, se clasifica en TBI que involucra el tracto gastrointestinal, especialmente el íleon y el ciego y puede generar obstrucción intestinal, dolor abdominal, pérdida de peso, así como diarrea. Otra forma es la TB

peritoneal, que afecta el revestimiento del abdomen y puede presentarse con ascitis. La TB ganglionar abdominal, que afecta los ganglios linfáticos mesentéricos que genera su agrandamiento y a veces se abceran. También se encuentra la TB de órganos sólidos, como el hígado, bazo o páncreas, que se conoce como TB hepatoesplénica (4).

Se han descrito tres formas clínicas de la TBI, a saber: la forma ulcerativa, la hipertrófica y la úlcero-hipertrófica o mixta. Se puede volver complicado determinar el diagnóstico debido a la naturaleza de los síntomas que son inespecíficos, pudiendo mimetizar otras patologías como carcinomatosis y consecuentemente retardar su tratamiento (5,6). A continuación, se describe el caso clínico de un paciente masculino joven en el que se realizó diagnóstico de TBI y cuyo cuadro clínico se manifestó con oclusión intestinal.

Caso clínico

Se presenta la descripción de un caso clínico, previa autorización del paciente y aprobación del comité de ética en investigación (CONBIOÉTICA-30-CEI-003-20221213).

Paciente masculino de 23 años, de nacionalidad mexicana, con antecedentes de madre finada por fibrosis pulmonar por TB y hermana con antecedentes de TB, desconoce haber recibido esquema de vacunación, positivo a toxicomanías por consumo de *Cannabis sativa* (mariguana), thinner y metanfetaminas (cristal) desde los 13 años. En enero del 2023, con una semana de evolución con fiebre, dolor abdominal y evacuaciones diarreicas acude al servicio de urgencias cursando con aumento de dolor abdominal, persistencia de fiebre, emesis constantes y ausencia de evacuaciones tres días previos a su ingreso. A la exploración física se identifica dolor en marco cólico y peristalsis disminuida, se diagnostica cuadro de gastroenteritis y deshidratación moderado por lo cual se indica tratamiento farmacológico y es enviado a su domicilio.

Acude nuevamente al día siguiente al servicio de urgencias por continuar con malestar y datos clínicos de oclusión intestinal, se solicitan estudios

complementarios y es ingresado por el servicio de cirugía general para valoración. A la exploración física se observa consciente, con palidez de tegumentos, facies álgicas, constitución caquética, presenta abdomen distendido, con dolor a la palpación, con peristalsis disminuida, rebote negativo. Los análisis de laboratorio revelaron anemia grado 2 y leucocitosis. En la tomografía axial computarizada (TAC) abdominopélvica se identificó dilatación de asas de intestino delgado a nivel de yeyuno, con patrón en pilas de moneda que sugieren datos de obstrucción intestinal (Figura 1), vasos pulmonares con múltiples nódulos parenquimatosos (Figura 2) y en la Figura 3 se muestran asas de intestino delgado y presencia de líquido libre.

Se realiza laparotomía exploratoria con diagnóstico presuntivo de oclusión intestinal, se identificó una tumoración en la raíz del mesenterio que retraía todas las asas intestinales con presencia de abscesos y salida de material caseoso; sin posibilidad de derivar para la resolución de la obstrucción el cirujano decide tomar biopsia y terminar la intervención, se requirió la transfusión de un paquete de glóbulos rojos durante el transoperatorio. Al paciente se le mantiene en ayuno con nutrición parenteral, se recibe en ese momento reporte de la prueba de bacilos acidorresistentes (BAAR) positiva, tomado previo a su ingreso actual y se inicia tratamiento para tuberculosis en fase intensiva con rifampicina 150 mg, isoniazida 75 mg, pirazinamida 400 mg, clorhidrato de etambutol 300 mg (Dotbal) tomando 3 tabletas cada 24 hrs por 10 semanas.



Figura 1. TAC abdominopélvica. Scout -view que per-

mite observar dilatación de asas de intestino delgado con patrón en pilas de moneda.

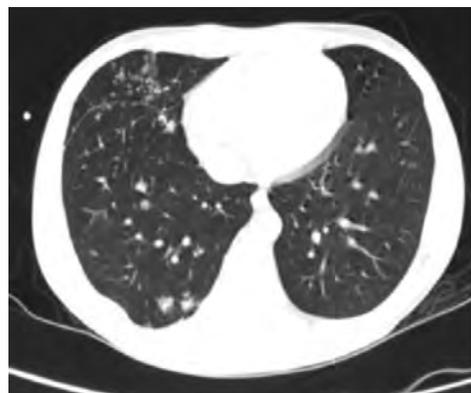


Figura 2. TAC corte axial. Se evidencian vasos pulmonares con múltiples nódulos parenquimatosos.

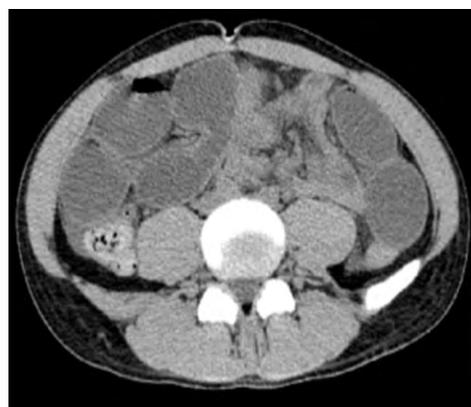


Figura 3. TAC corte axial. En este corte a nivel del abdomen se muestran asas de intestino delgado y líquido libre, en color negro.

A los seis días continua con datos clínicos de oclusión intestinal por lo que se realiza una segunda intervención, se llevó a cabo una laparotomía, con los siguientes hallazgos: mesenterio con múltiples adenopatías, con zonas engrosadas y pétreas, adherencias asa-asa, asa-mesenterio, asa-pared, se realiza adherenciólisis manual, retiro de tumoración caseosa y aseo de la cavidad abdominal, sin necesidad de derivación y se da por terminada la intervención.

Se mantiene con nutrición parenteral por tres días más, insistiendo en el inicio de la movilización fuera de cama e inicio a dieta líquida con una adecuada

tolerancia, permaneciendo en hospitalización durante 2 semanas para vigilar recuperación y progresión de dieta. Es dado de alta a domicilio con mejoría clínica y con indicación de continuar tratamiento para tuberculosis. Una semana después se presenta el paciente a consulta con los resultados de la biopsia que reporta linfadenitis granulomatosa por tuberculosis. El paciente se encontraba en buen estado general, con seguimiento del tratamiento para tuberculosis, por lo que se le da de alta por parte del servicio de cirugía general y se hace la referencia a su Centro de Salud para continuar su tratamiento; sin embargo, no lo concluyó, lo abandonó en julio de 2023. El último BAAR de control fue negativo, el 20 de junio del 2023.

DISCUSIÓN

La TB continúa siendo endémica en varios países siendo un serio problema de salud pública ya que una persona con TB puede infectar de 10 a 15 personas por año, en otros se observa un resurgimiento, puede estar relacionado con circunstancias socioeconómicas, como son: la falta de vivienda, el hacinamiento, adicciones, inmigración y actualmente el retraso en el diagnóstico debido a la pandemia de COVID-19 (7). En el caso de la TBI los síntomas son inespecíficos y en extremo variables, lo que resulta en una enfermedad de difícil diagnóstico; por lo tanto, se atrasa el diagnóstico y por ende el tratamiento e incrementa la morbimortalidad (8). Así mismo, puede mimetizar otras patologías, tales como la enfermedad de Crohn.

El diagnóstico diferencial entre la TBI y la enfermedad de Crohn es complejo debido a que ambas comparten síntomas y signos clínicos, como dolor abdominal, diarrea crónica, fiebre y pérdida de peso. Sin embargo, existen diferencias clave que pueden orientar el diagnóstico. La TBI suele estar asociada a síntomas sistémicos como fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso significativa, además de antecedentes de exposición a tuberculosis o infección pulmonar activa o latente. En cambio, la enfermedad de Crohn puede presentar manifestaciones extraintestinales como artritis, uveítis o eritema nodoso y muestra un patrón

de lesiones segmentarias en el tracto digestivo. Histológicamente, la tuberculosis intestinal se caracteriza por granulomas caseificantes, mientras que en Crohn los granulomas no lo son. Las pruebas microbiológicas, como la detección de *Mycobacterium tuberculosis* mediante PCR o cultivo, así como la respuesta al tratamiento antituberculoso, son fundamentales para confirmar la tuberculosis y diferenciarla de Crohn (8-10).

Se han realizado diversos estudios para establecer parámetros con el objetivo de diferenciar la TBI de una carcinomatosis, Sanai F. *et al*, 2005 reportaron, en un metanálisis de 35 casos de TBI, el 50 a 100% presenta dolor abdominal el cual es no localizado y acompañado de distensión abdominal debido a la ascitis (40 a 73%), fiebre (13 a 59%), pérdida de peso (50 a 61%), diarrea (21.4%), constipación (11%) y sudoración nocturna (6%) (11). Sin embargo, ninguno de estos síntomas se presenta invariablemente en esta patología, la mayoría de los casos de TBI se diagnostican mediante biopsia de tejido durante laparoscopia o laparotomía y la tasa de diagnóstico histológico llega al 95% (9,13,14).

Los posibles mecanismos de la patogénesis de la TBI incluyen la reactivación de un foco latente en el peritoneo, la ruptura de un nódulo linfático caseoso en el abdomen o la diseminación hematogena de una lesión pulmonar activa. Las imágenes que muestran engrosamiento peritoneal, ascitis, engrosamiento omental y loculaciones por la presencia de líquido ascítico son útiles para el diagnóstico (11,14-16). La tasa de mortalidad puede ser del 60%, cuando el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico supera los 30 días (12).

El diagnóstico oportuno de la tuberculosis abdominal es crucial para la salud pública en México y América Latina, ya que esta región enfrenta una alta prevalencia de tuberculosis en sus diversas formas. La TBI, aunque menos común que la pulmonar, puede tener consecuencias graves si no se detecta a tiempo, con tasas de mortalidad que aumentan significativamente cuando el tratamiento se retrasa. Un diagnóstico temprano no solo reduce la mortalidad y mejora la calidad de vida de los pacientes, sino que también limita la transmisión

de la enfermedad, contribuyendo a controlar su propagación en comunidades vulnerables. Además, identificar y tratar adecuadamente los casos de tuberculosis abdominal fortalece los sistemas de salud y ayuda a reducir la carga económica que esta enfermedad impone a los países de la región.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Tuberculosis [Internet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>. 2023 Apr [cited 2023 Jun 27]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.
2. Organización Panamericana de la Salud. TB en las Américas_PAHO [Internet]. 2021. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/tuberculosis-americas-informe-regional2021#:~:text=En%20este%20informe%20sobre%20la,Organización%20Mundial%20de%20la%20Salud>.
3. CENAPRECE. Situación epidemiológica México [Internet]. México; 2021 [cited 2023 Jun 27]. Available from: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/722796/1.-SITUACION_EPIDEMIOLOGICA_2021_preliminar.pdf
4. Jena A, Mohindra R, Rana K, Neelam PB, Thakur DC, Singh H, Gupta P, Suri V, Sharma V. Frequency, outcomes, and need for intervention in structuring gastrointestinal tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Gastroenterol*. 2023 Feb 23;23(1):46. doi: 10.1186/s12876-023-02682-x.
5. Sharma V. Differentiating intestinal tuberculosis and Crohn's disease: Quo Vadis. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2020 Aug;14(8):647-650. doi: 10.1080/17474124.2020.1785870.
6. 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.
7. Trends in Tuberculosis, 2021 [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention; [cited 2023 November 20]. Available from: <https://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/statistics/tbtrends.htm>
8. Das CJ, Rednam N, Vora Z, Aggarwal A, Chandrashekhara SH, Kundra V. Abdominal visceral tuberculosis: a malignancy mimic. *Abdom Radiol (NY)*. 2023 Aug;48(8):2705-2715. doi: 10.1007/s00261-023-03939-5.
9. Bhandari B, Snyder SA, Goldman JD. Thinking Outside the Lungs: A Case of Disseminated Abdominal Tuberculosis. *Am J Case Rep*. 2020 Nov 26;21:e926194. doi: 10.12659/AJCR.926194. PMID: 33239604; PMCID: PMC7703488.
10. Kedia S, Das P, Madhusudhan KS, Dattagupta S, Sharma R, Sahni P, Makharia G, Ahuja V. Differentiating Crohn's disease from intestinal tuberculosis. *World J Gastroenterol*. 2019 Jan 28;25(4):418-432. doi: 10.3748/wjg.v25.i4.418. PMID: 30700939; PMCID: PMC6350172.
11. Sanai FM, Bzeizi KI. Systematic review: tuberculous peritonitis--presenting features, diagnostic strategies and treatment. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005 Oct 15;22(8):685-700. doi: 10.1111/j.1365-2036.2005.02645.x.
12. Chow KM, Chow VC, Hung LC, Wong SM, Szeto CC. Tuberculous peritonitis-associated mortality is high among patients waiting for the results of mycobacterial cultures of ascitic fluid samples. *Clin Infect Dis*. 2002 Aug 15;35(4):409-13. doi: 10.1086/341898. Epub 2002 Jul 17. PMID: 12145724.
13. Eraksoy H. Gastrointestinal and Abdominal Tuberculosis. *Gastroenterol Clin North Am*. 2021 Jun;50(2):341-360. doi: 10.1016/j.gtc.2021.02.004.
14. Cheng W, Zhang S, Li Y, Wang J, Li J. Intestinal tuberculosis: clinico-pathological profile and the importance of a high degree of suspicion. *Trop Med Int Health*. 2019 Jan;24(1):81-90.
15. Uzunkoy A, Harma M, Harma M. Diagnosis of abdominal tuberculosis: Experience from 11 cases and review of the literature. *World J Gastroenterol*. 2004;10(24):3647.
16. Lee WK, Van Tonder F, Tartaglia CJ, Dagia C, Cazzato RL, Dud-dalwar VA, et al. CT appearances of abdominal tuberculosis. *Clin Radiol*. 2012 Jun;67(6):596-604.