

Colitis crónica granulomatosa por tuberculosis

Chronic granulomatous colitis due to tuberculosis

CARLOS HERNÁN CALDERÓN-FRANCO • BOGOTÁ, D.C. (COLOMBIA)

SANTIAGO EMILIO CAMPBELL-SILVA, JAIME GIOVANNY MUÑOZ, CERÓN EMIS MUÑOZ-BERMEO,

RONY EDGARDO ALMARIO-PARRACY, CESIA VICTORIA BELTRAN-JARAMILLO • FLORENCIA (COLOMBIA)

DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2023.2676>

Resumen

La colitis granulomatosa crónica secundaria a tuberculosis es una manifestación inusual de la tuberculosis extrapulmonar. Esta entidad patológica es muy difícil de identificar, ya que la mayoría de sus síntomas son inespecíficos, resultando en un diagnóstico tardío, teniendo en cuenta que la enfermedad es curable y prevenible.

Caso: hombre de 42 años de edad con cuadro de dolor abdominal en fosa iliaca derecha con intensidad 6/10. Al examen físico se encontró dolor a la palpación en fosa iliaca derecha, con dolor leve a la palpación profunda sin signos de irritación peritoneal. Los paraclínicos no mostraban signos de infección local o diseminada, pero el estudio histopatológico reportó colitis crónica por *Mycobacterium tuberculosis*.

Discusión: la tuberculosis intestinal, es la sexta causa de infección extra pulmonar, ubicándose en la mayoría de oportunidades en la región ileocecal, las manifestaciones clínicas son fiebre, fatiga, pérdida de peso y dolor abdominal, el manejo se hace con medicamentos antituberculosis por un periodo de seis meses en promedio, con posterior mejoría médica y remisión endoscópica. (*Acta Med Colomb* 2022; 48. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2023.2676>).

Palabras claves: tuberculosis intestinal, enfermedades gastrointestinales, colitis granulomatosa.

Abstract

Chronic granulomatous colitis secondary to tuberculosis is a rare manifestation of extrapulmonary tuberculosis. This condition is very difficult to identify, as most of its symptoms are nonspecific, resulting in a late diagnosis, considering that the disease is curable and preventable.

Case: a 42-year-old man with 6/10 abdominal pain in the right iliac fossa. On physical exam, there was pain on palpation in the right iliac fossa, with mild pain on deep palpation and no signs of peritoneal irritation. Laboratory tests showed no signs of local or disseminated infection, but histopathology reported chronic colitis due to *Mycobacterium tuberculosis*.

Discussion: intestinal tuberculosis is the sixth cause of extrapulmonary infection, most often located in the ileocecal region. Its signs and symptoms are fever, fatigue, weight loss and abdominal pain. It is treated with antitubercular medications for an average of six months, with subsequent medical improvement and endoscopic remission. (*Acta Med Colomb* 2022; 48. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2023.2676>).

Keywords: *intestinal tuberculosis, gastrointestinal diseases, granulomatous colitis.*

Dr. Carlos Hernán Calderón-Franco: Servicio de Medicina Interna Hospital Santa Clara. Bogotá, D.C. (Colombia).

Dr. Santiago Emilio Campbell-Silva: Servicio de Medicina Interna; Dr. Jaime Giovanni Muñoz-xx: Servicio de Gastroenterología; Dr. Cerón Emis Muñoz-Bermeo: Servicio de Patología; Dr. Rony Edgardo Almario-Parracy: Servicio de Medicina Interna; Dra. Cesia Victoria Beltran-Jaramillo: Servicio de Medicina Interna. **Clínica Medilaser.** Florencia (Colombia).

Correspondencia: Dr. Carlos Hernán Calderón Franco. Bogotá, D.C. (Colombia).

E-Mail: cacalderon190@gmail.com

Recibido: 13/X/2022 Aceptado: 25/IV/2023

Introducción

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterium tuberculosis*, que afecta principalmente a los pulmones, siendo una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo y se estima que cerca de 1.4 millones de personas han muerto de tuberculosis en el 2019, siendo una de las enfermedades infecciosas curables y prevenibles (1–3). En

los países en vía desarrollo, la incidencia de la tuberculosis ha presentado un ascenso significativo, debido al aumento de los pacientes con coinfección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), además del uso creciente de inmunoterapia supresora en el contexto de diferentes enfermedades (4, 5).

La tuberculosis intestinal (TBI) es una de las causas más frecuentes de TB extrapulmonar, siendo la región ileocecal

donde se ubica cerca de 90% de los casos (6). Las manifestaciones gastrointestinales son variables y poco claros, simulando diferentes tipos de enfermedad inflamatoria intestinal (EII), malignidad, o infecciones gastrointestinales, normalmente la localización y ubicación de la TBI no está muy bien descrita, por lo cual es complejo determinar la incidencia de la enfermedad, ya que la mayoría de los casos de pacientes con TBI son asintomáticos (5, 7). El objetivo del siguiente trabajo es presentar las manifestaciones clínicas, endoscópica de un paciente con colitis ulcerativa secundaria a tuberculosis y describir como se obtuvo el diagnóstico de la presente patología.

Caso clínico

Se presenta el caso de un hombre de 42 años con cuadro clínico de tres meses de evolución, consistente en dolor abdominal a nivel de fosa iliaca derecha, tipo cólico de intensidad 6/10, asociado a náuseas, episodios eméticos, y sensación de masa intraabdominal, concomitante refiere pérdida de peso 3 kg, niega picos febriles, niega alguna otra sintomatología asociada al cuadro; con antecedentes de artritis reumatoidea desde el 2002, inicialmente tratado con metotrexate, prednisolona y calcio, posteriormente duro un año en tratamiento con etanercept, no tiene antecedentes alérgicos, refiere antecedentes quirúrgicos facoemulsificación en 2010 y osteosíntesis de clavícula en 2015. Al examen físico se encontró taquicárdico (Fc 104 lpm, Fr 19 rpm, T 36.8°C, satO₂ 97%, peso 55 kg, talla 160 cm). Escleras anictéricas mucosa oral húmeda, tórax normo expansibles pulmones bien ventilados. El abdomen es blando depresible, doloroso a la palpación de fosa ilíaca derecha, sin signos de irritación peritoneal, sin masa palpable en el momento. Se realizó química sanguínea con rangos normales (albúmina 4.2 gr, antígeno carcinoembrionario negativo, alfafetoproteína negativo, creatinina 0.6 mg/dL, hemograma leucos

8000, neutrófilos de 60%, Hb 11.5 g/dL, Hcto 34.5%, plaquetas: 180 000, Bun 20 mg/dL). Se realizó ecografía abdominal: con reporte de engrosamiento mural concéntrico de la válvula ileocecal del colon, posteriormente se realiza colonoscopia con lesión de aspecto tumoral en colon ascendente, a determinar etiología por biopsia (Figura 1, A, B). Posteriormente el resultado de la patología sometida a coloración de hematoxilina eosina evidenciando granulomas en mucosa de colon, al momento de realizar la coloración especial de Ziehl Neelsen, el cual evidencia granulomas por *mycobacterium tuberculosis*, diagnosticando finalmente colitis crónica activa ulcerada granulomatosa por *mycobacterium tuberculosis* (Figura 2: A, B, C).

El paciente fue manejado para tuberculosis con isoniazida, pirazinamida, rifampicina, etambutol por seis meses. Posteriormente su evolución fue favorable.

Discusión

La infección por micobacteria tuberculosis en el tracto gastrointestinal es una manifestación poco común de la tuberculosis extrapulmonar, teniendo una predicción por la región ileocecal, observándose entre un promedio de 44-93% de los casos, dado que las micobacterias tienen una cápsula grasa que no permite la digestión e interfieren con la liberación temprana en el tracto gastrointestinal, explicando porque es poco frecuente su infección en las zonas proximales (7). Las micobacterias tienen una afinidad especial por el tejido linfático, siendo la válvula ileocecal la más importante dado que contiene numerosas cadenas linfáticas, cuando el tuberculoma crece la pared intestinal se engrosa y forma pequeñas invaginaciones papilares en la mucosa (5). La TB extrapulmonar se presenta en 20-25% de los casos, según lo descrito por Ramírez et al (8) y la prevalencia de la TBI se ubica entre 3 y 5%. Nuestro paciente tiene uno de los factores de riesgo para TBI por el uso de anti TNF, aun-

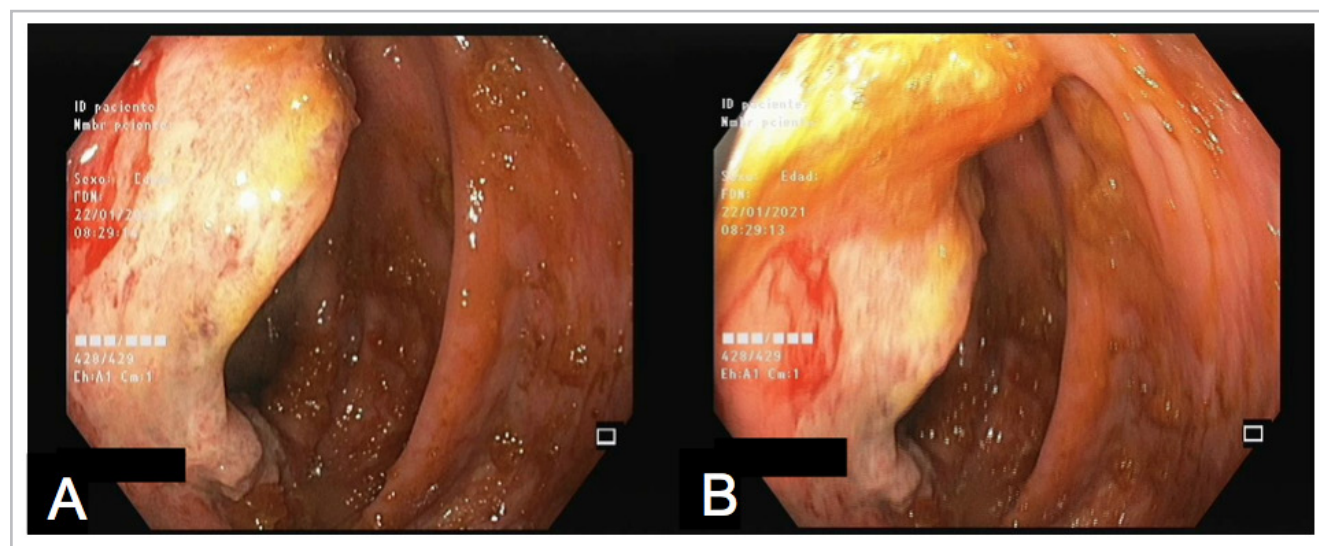


Figura 1. (A) Colonoscopia colon ascendente. (B) Colonoscopia colon ascendente.

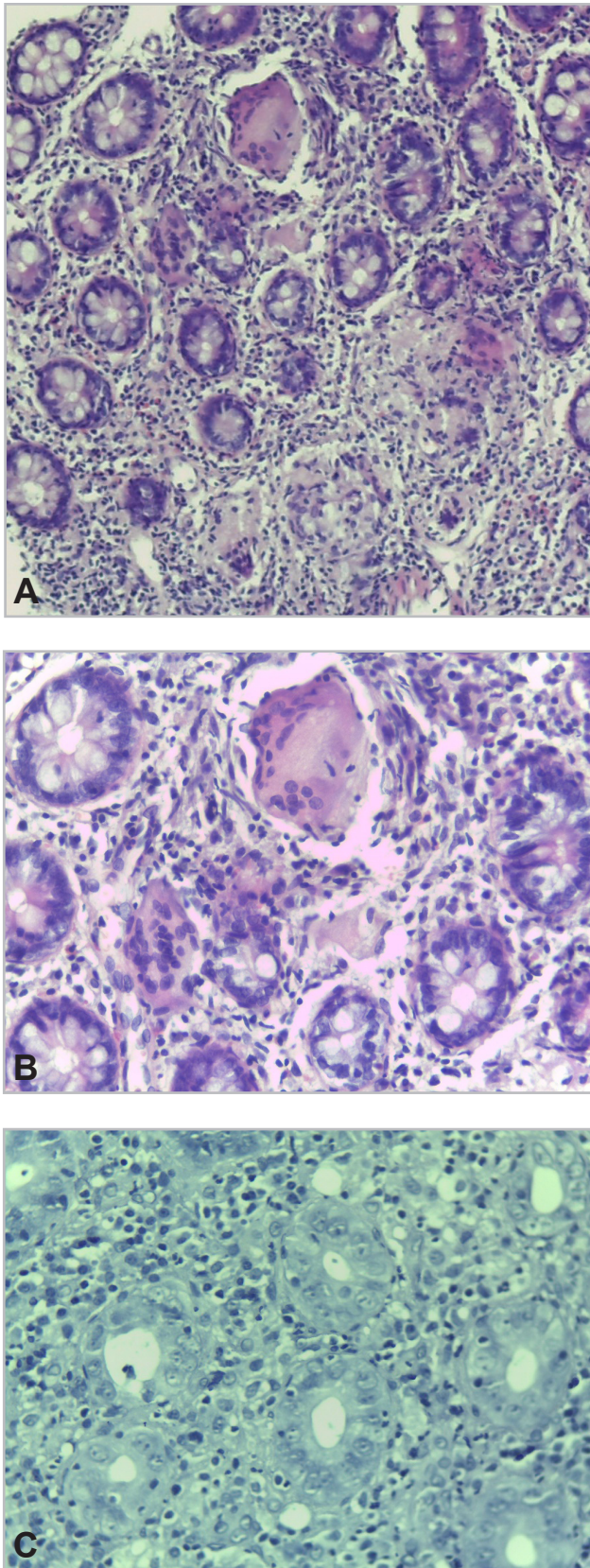


Figura 2. (A) hematoxilina eosina (HE) granulomas en mucosa de colon. (B). HE células gigantes multinucleadas en mucosa de colon (C). Tinción Ziehl Neelsen (ZN) en mucosa de colon.

que también se describen infecciones por VIH, corticoides, malignidad, diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica, según los hallazgos descrito por Peirse et al (9). Con respecto a la epidemiología local, los datos son poco claros con respecto a la prevalencia de la enfermedad y mortalidad de las presentaciones de TB extrapulmonar, ya que el diagnóstico de TB intestinal, en múltiples oportunidades, no permite un diagnóstico oportuno (7, 10).

Las manifestaciones clínicas no son específicas y el tiempo varía entre 1 y 12 meses, las cuales son dolor abdominal, fiebre y fatiga. La pérdida de peso y la diaforesis nocturna son síntomas importantes de la TB; un estudio realizado por Zhao et al, reporta que las manifestaciones más comunes fueron ascitis, diaforesis nocturna, así como Makharia et al, manifestaron como diarrea crónica, presencia de sangres en heces, enfermedad perineal y manifestaciones extradigestivas (11, 12).

Ante lo anterior descrito, el diagnóstico se centra en la sospecha clínica y sus factores de riesgos asociados, incluidos en la anamnesis, imágenes diagnósticas, e histopatología, previamente descartando patologías más frecuentes como lo son enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, linfoma, entre otros, lo cual se realizó de forma adecuada, en el paciente en mención ya que se realizó biopsia de mucosa del colon ascendente por colonoscopia (13). El tratamiento para TBI es el mismo que el utilizado para la tuberculosis pulmonar que tiene un tiempo de duración de seis meses (13). El seguimiento y la evolución al tratamiento suele confirmarse con la disminución de síntomas a las dos semanas, posterior a la terapia antituberculosa, y la resolución de las lesiones visualizadas en las endoscopias a los tres meses de haber iniciado terapia (9, 14).

Se describió un caso de tuberculosis a nivel de colon ascendente, una manifestación clínica poco usual, por lo cual se decidió descartar diferentes tipos de patologías con mayor probabilidad diagnóstica, teniendo en cuenta la pérdida de peso, la masa abdominal, además del antecedente la terapia inmunosupresora, requirió de tomas de muestras patológicas, para decidir una conducta médica adecuada. Ante la inespecificidad de los síntomas y la sospecha de masa abdominal, con los resultados iniciales pocos claros, requirió biopsia por colonoscopia y diagnóstico histopatológico de colitis crónica por mycobacterium tuberculosis, el cual mejoró posteriormente al tratamiento antituberculoso. Dado el presente caso clínico aportara información valiosa y puntos clínicos importantes en la práctica médica diaria, para su diagnóstico y tratamiento ya que se debe realizar un estudio minucioso y paso a paso adecuado, para descartar la patología TBI.

Referencias

1. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.
2. Epstein D, Watermeyer G, Kirsch R. Review article: the diagnosis and management of Crohn's disease in populations with high-risk rates for tuberculosis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2007 Jun;25(12):1373–88.
3. Nagi B, Kochhar R, Bhasin DK, Singh K. Colorectal tuberculosis. *Eur Radiol*

- [Internet]. 2003;**13**(8):1907–12. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00330-002-1409-z>
4. **Almadi MA, Ghosh S, Aljebreen AM.** Differentiating intestinal tuberculosis from Crohn's disease: a diagnostic challenge. *Am J Gastroenterol.* 2009 Apr;**104**(4):1003–12.
 5. **Choi EH, Coyle WJ.** Gastrointestinal Tuberculosis. *Microbiol Spectr.* 2016 Dec;**4**(6).
 6. **Sood A, Midha V, Singh A.** Differential diagnosis of Crohn's disease versus ileal tuberculosis. *Curr Gastroenterol Rep.* 2014 Nov;**16**(11):418.
 7. **Mosquera-Klinger G, Ucroz B A.** Enfermedad de Crohn frente a tuberculosis intestinal: un diagnóstico diferencial desafiante. Revisión de tema. Vol. 33, *Revista Colombiana de Gastroenterología. scieloco*; 2018. p. 423–30.
 8. **Ramírez-Lapausa M, Menéndez-Saldaña A, Noguero-Asensio A.** Tuberculosis extrapulmonar, una revisión. Vol. 17, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria. scielo.es*; 2015. p. 3–11.
 9. **Martínez Montalvo CM, Botello A, Herrera Ortega LM, Leal Bernal SF, Guerrero Becerra ME.** Tuberculosis ileocecal: A propósito de un caso. *Rev Colomb Gastroenterol* [Internet]. 2021 Apr 21;**36**(Supl. 1 SE-Reporte de Casos):30–6. Available from: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/515>
 10. **Donoghue HD, Holton J.** Intestinal tuberculosis. *Curr Opin Infect Dis.* 2009 Oct;**22**(5):490–6.
 11. **Makharia GK, Srivastava S, Das P, Goswami P, Singh U, Tripathi M, et al.** Clinical, endoscopic, and histological differentiations between Crohn's disease and intestinal tuberculosis. *Am J Gastroenterol.* 2010 Mar;**105**(3):642–51.
 12. **Zhao X-S, Wang Z-T, Wu Z-Y, Yin Q-H, Zhong J, Miao F, et al.** Differentiation of Crohn's disease from intestinal tuberculosis by clinical and CT enterographic models. *Inflamm Bowel Dis.* 2014 May;**20**(5):916–25.
 13. **Zuluaga Quintero M.** Tuberculosis intestinal: un diagnóstico para no olvidar. Reporte de un caso. *Med UPB* [Internet]. 15 de diciembre de 2015 [citado 3 de julio de 2021];**34**(2):165-70. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view>.
 14. **Malikowski T, Mahmood M, Smyrk T, Raffals L, Nehra V.** Tuberculosis of the gastrointestinal tract and associated viscera. *J Clin Tuberc other Mycobact Dis.* 2018 Aug;**12**:1–8.

