



Tuberculosis y enfermedad de Crohn. Desafío en el diagnóstico endoscópico. Reporte de caso

Tuberculosis and Crohn's disease – a challenging endoscopic diagnosis. A case report

Se presenta el caso de un paciente masculino de 21 años, sin antecedentes patológicos personales, el cual ingresa al servicio de medicina interna por cuadro clínico de fiebre intermitente de 2 meses de evolución, acompañada de adenopatías generalizadas, niega dolor abdominal, diarrea o algún cambio en el hábito intestinal. Como parte de la evaluación complementaria del paciente se realiza calprotectina fecal: 250 $\mu\text{g/g}$, por lo cual se decide realizar estudios endoscópicos.

En la endoscopia digestiva alta se encuentran a nivel del duodeno y primeras asas yeyunales múltiples lesiones elevadas nodulares, de tamaño menor de 5 mm, con coloración rosada igual a la mucosa circundante, que ocupan la totalidad de la circunferencia del órgano (fig. 1 A y B).

En la colonoscopia se evidencia a nivel de íleon lesiones elevadas pseudopolipoideas (fig. 2 A), así como una úlcera transversal lineal, superficial con fondo fibrinoso (fig. 2 B); la válvula ileocecal está edematosa, y en ella se observa una úlcera ovalada, de aproximadamente 1.5 cm de diámetro, superficial, con bordes regulares y fondo blanquecino fibrinoso; la mucosa circundante a la válvula ileocecal se encuentra normal (figs. 2 C y D). Por los hallazgos endoscópicos se concluye como una enfermedad inflamatoria intestinal tipo enfermedad de Crohn (EC), CDEIS 10 actividad endoscópica moderada.

La histología de las lesiones documentadas en la endoscopia digestiva reporta una duodenoyeyunitis crónica granulomatosa tuberculoide y una enterocolitis crónica granulomatosa tuberculoide con ulceración; todos los resultados son compatibles con infección tuberculosa (fig. 3 A-D).

Se le realizan al paciente dos baciloscopías en esputo, resultando positivas con decodificación 8, tomografía de tórax observándose lesiones nodulares pequeñas bien definidas con distribución centrolobulillar en el lóbulo superior del pulmón derecho, así como la presencia de adenopatías mediastinales, confirmando la existencia de tuberculosis (TB) con localización extrapulmonar, lo que pone en evidencia el diagnóstico erróneo concluido en las exploraciones endoscópicas. Se da de alta al paciente con tratamiento antituberculoso.

La TB es una enfermedad prevalente en países subdesarrollados, y últimamente ha aumentado en países desarrollados como consecuencia del incremento de pacientes inmunocomprometidos, pacientes con sida, y por la migración¹. La TB intestinal representa el 0.5-2%¹ de formas de TB. Es una rara forma de presentación que corresponde al 11%² de las formas extrapulmonares.

Las imágenes endoscópicas de la TB son muy similares a las observadas en la EC, siendo un reto a la hora de determinar un diagnóstico endoscópico, como en el caso presentado en donde se concluyó de manera errónea, siendo de mucha utilidad el reporte histológico para llegar al diagnóstico definitivo.

Ambas entidades pueden afectar a cualquier parte del tracto digestivo desde el esófago al recto³. Existen características endoscópicas a la hora de diferenciar la EC de la TB intestinal; en la primera son más frecuentes las úlceras longitudinales, lineales o serpiginosas, profundas, aftosas que contrastan con las úlceras transversales, circulares, ovaladas, poco profundas que presenta la TB. La presencia de pseudopólipos, estenosis o mucosa nodular se muestra en ambas entidades, pero no sirve al momento de diferenciar alguna^{3,4}. Además, la TB tiene mayor predilección por afectar la válvula ileocecal, en comparación con la EC que afecta más comúnmente a nivel de íleon terminal^{4,5}. En la tabla 1^{6,7} se presenta un resumen de las características y frecuencia de presentación en ambas patologías.

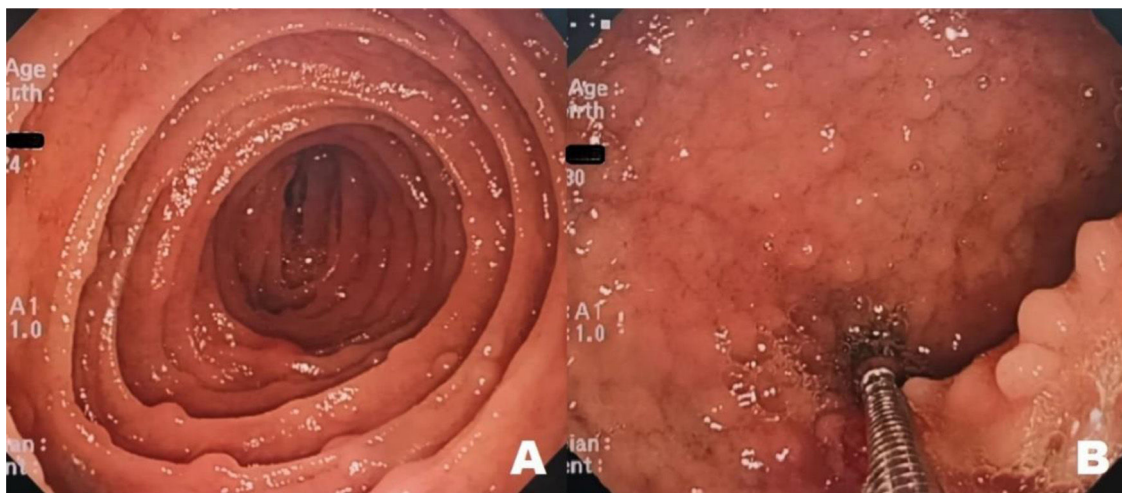


Figura 1 Endoscopia alta. A) La mucosa yeyunal se encuentra con lesiones nodulares dispersas. B) Bulbo duodenal con múltiples lesiones nodulares, algunos segmentos se visualizan con patrón en empedrado.

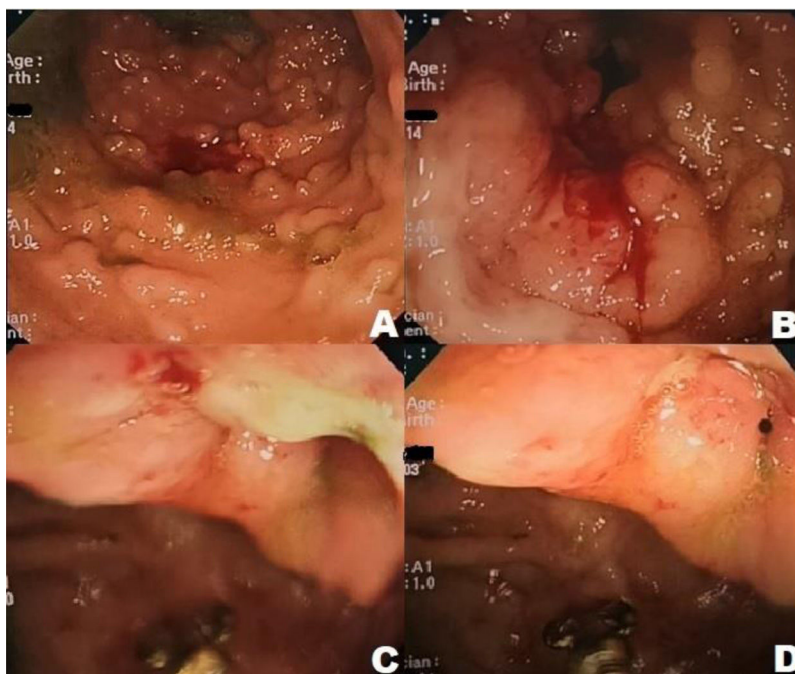


Figura 2 A) Íleon terminal con mucosa friable con presencia de lesiones nodulares y pseudopolioides. B) Úlcera transversal superficial en íleon terminal. C y D) Válvula ileocecal ulcerada y edematosa.

Tabla 1 Características endoscópicas para diferenciar enfermedad de Crohn y tuberculosis intestinal^{6,7}

	Enfermedad de Crohn	Tuberculosis intestinal
Úlceras longitudinales	+++	+
Úlceras aftosas	++	+
Úlcera circunferencial	+	+++
Mucosa de patrón en empedrado	+++	+
Pseudopólipos y cicatrices	++	+
Afectación de válvula ileocecal	+	+++
Estenosis y fístulas	+++	+

En cuanto a la ubicación en la endoscopia como factor predictivo para la diferenciación entre ambas entidades, la afectación perianal, recto y sigmoides es predictiva de EC, mientras que la afectación de la válvula ileocecal lo es de TB; la afectación de íleon, ciego, ascendente, transverso y descendente no es significativamente diferente entre ambas entidades^{4,8}.

La calprotectina fecal es de utilidad para discriminar entre la patología digestiva orgánica y funcional con una sensibilidad del 84 al 90% y especificidad del 66 al 79% con un valor de corte $> 200 \mu\text{g/g}^9$, se encuentra elevada en un rango amplio entre 5 y 40 veces en enfermedades de tipo inflamatorio y orgánico, siendo muy útil cuando sus valores son muy elevados para el diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal; sin embargo, la limitante es que también se encuentran elevados por otras causas y factores, como son las infecciones intestinales, en este caso bacteriana por TB intestinal aunque en menor cantidad^{7,10,11}.

Las características clínicas de los pacientes con TB son amplias y variadas, por lo que es considerada la «gran

simuladora». El dolor abdominal, la fiebre y la anorexia son síntomas comunes en ambas entidades, como en el caso actual, en que fue compleja la orientación únicamente por la sintomatología. En varios estudios la presencia de enfermedad perianal, manifestaciones extraintestinales, diarrea, rectorragia fue más frecuente en la EC, y la fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso fue más frecuente para TB intestinal⁸. La duración y características de los síntomas es importante ya que nos puede ayudar en la orientación al diagnóstico, siendo en la EC de larga evolución y en episodios de brote y remisión; sin embargo, ninguno de los síntomas es patognomónico de las entidades, y no pueden ser utilizados solos para el diagnóstico diferencial de las entidades. En la [tabla 2](#) se resumen los síntomas clínicos y su frecuencia de presentación⁶⁻⁸.

Las características endoscópicas y clínicas presentadas, aunque no propias de cada entidad, son valiosas al momento de orientar al médico a determinar de mejor manera un diagnóstico certero, y así disminuir el número de TB intestinales mal diagnosticadas como EC. La utilidad de la calprotectina fecal en el diagnóstico diferencial de EC y

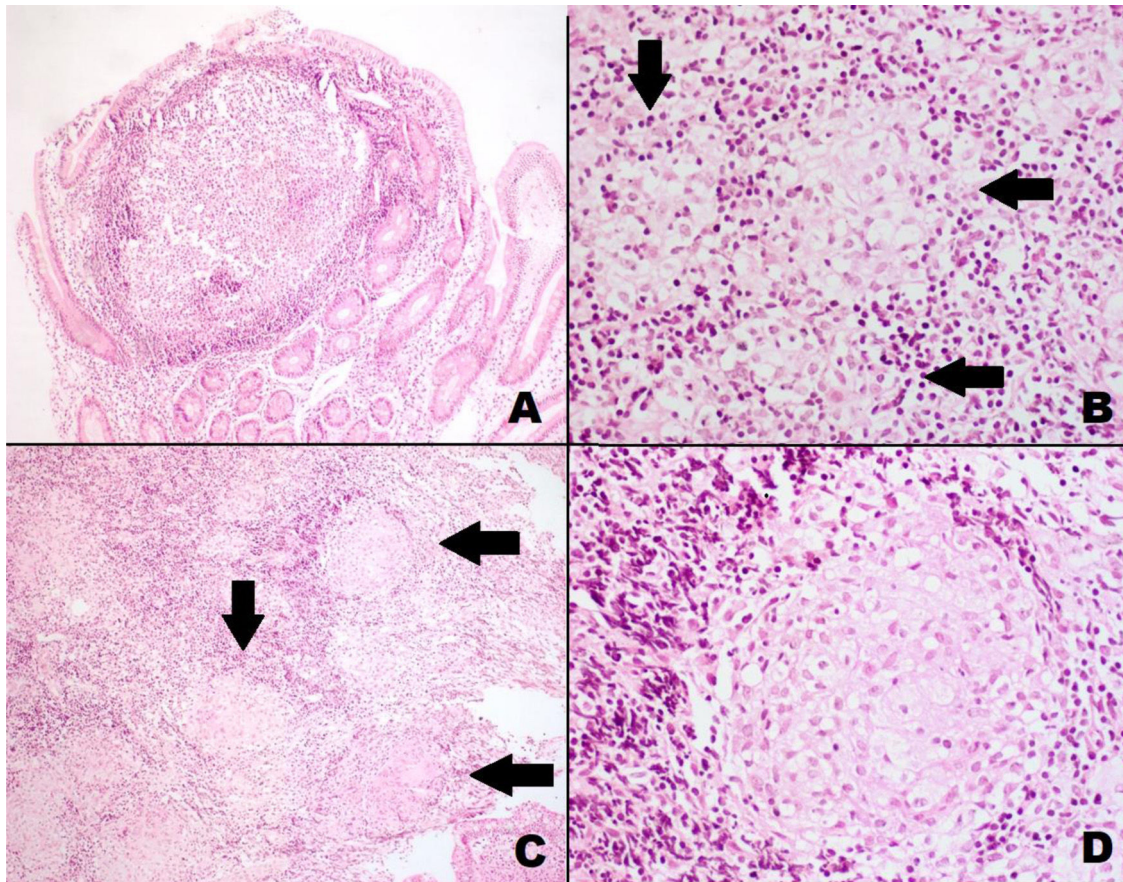


Figura 3 A) Lesión pseudopolipoidea en intestino delgado; se observa formación de nódulo con acúmulo central de células histiocitarias y periferia de linfocitos (H&E 100×). B) Intestino delgado con células claras de histiocitos agrupadas y organizadas con tendencia a formar microgranulomas (flechas) (H&E 200×). C) Intestino delgado con granulomas sólidos múltiples (flechas) e infiltrado linfocítico difuso. (H&E 100×) D) Granuloma en intestino delgado sólido, con células gigantes histiocíticas multinucleadas de citoplasma claro. (H&E 200×).

Tabla 2 Características clínicas en los pacientes con enfermedad de Crohn y tuberculosis intestinal⁶⁻⁸

	Enfermedad de Crohn	Tuberculosis intestinal
Dolor abdominal	++	++
Fiebre	+	+++
Diarrea	+++	++
Diaforesis nocturna	—	++
Pérdida de peso	+	++
Rectorragia	+++	+
Enfermedad perianal	++	—
Constipación	+	++
Anorexia	+	+
Obstrucción intestinal	+	++
Masa abdominal	+	+
Manifestaciones extraintestinales	++	+

TB intestinal es limitado ya que ambas entidades presentan valores elevados del biomarcador, siendo sugestivo de EC cuando sus valores son muy elevados. Su utilidad principal es ayudar al médico en la discriminación de patología funcional y la decisión de realizar estudios endoscópicos.

Consideraciones éticas

Los autores declaran haberse cumplido todas las responsabilidades éticas en cuanto a protección de datos, derecho a la privacidad y consentimiento informado.

No fue necesario la autorización del comité de ética de la institución ya que en ningún momento incumplen o violan normas de anonimato del paciente, ni se realiza algún procedimiento experimental que pusiere en riesgo la integridad del paciente.

Los autores declaran que este artículo no contiene información personal que permita identificar a los pacientes.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido ningún tipo de financiación para la elaboración del presente artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses.

Referencias

- Kentley J, Ooi JL, Potter J, et al. Intestinal tuberculosis: a diagnostic challenge. *Trop Med Int Health*. 2017;22:994–9, <http://dx.doi.org/10.1111/tmi.12908>.
- Ruiz Cuesta P, Iglesias Flores E, García Sánchez V, et al. Tuberculosis intestinal y diagnóstico diferencial con enfermedad de Crohn. *RAPD Online*. 2012;35:269–72.
- Ma JY, Tong JL, Ran ZH. Intestinal tuberculosis and Crohn's disease: challenging differential diagnosis. *J Dig Dis*. 2016;17:155–61, <http://dx.doi.org/10.1111/1751-2980.12324>.
- Limsrivilai J, Shreiner A, Pongpaibul A, et al. Meta-analytic Bayesian model for differentiating intestinal tuberculosis from Crohn's disease. *Am J Gastroenterol*. 2017;112:415–27, <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2016.529>.
- Giouleme O, Paschos P, Katsarons M, et al. Intestinal tuberculosis: a diagnostic challenge – case report and review of the literature. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2012;23:1074–7, <http://dx.doi.org/10.1097/MEG.0b013e32834a9470>.
- Merino Gallego E, Gallardo Sánchez F, Gallego Rojo F. Tuberculosis intestinal: importancia y dificultad del diagnóstico diferencial con enfermedad de Crohn. *Rev Esp Enferm Dig*. 2018;110:650–7, <http://dx.doi.org/10.17235/reed.2018.5184/2017>.
- Mosquera Klineger GA, Ucroz Benavides A. Enfermedad de Crohn vs tuberculosis intestinal: un diagnóstico diferencial desafiante. Revisión de tema. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2018;33:423–30, <http://dx.doi.org/10.22516/25007440.172>.
- Kedia S, Das P, Madhusudhan KS, et al. Differentiating Crohn's disease from intestinal tuberculosis. *World J Gastroenterol*. 2019;25:418–32, <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v25.i4.418>.
- Mosli MH, Zou G, Garg SK, et al. C-reactive protein, fecal calprotectin, and stool lactoferrin for detection of endoscopic activity in symptomatic inflammatory bowel disease patients: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2015;110:802–19, <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2015.120>.
- Ricciuto A, Griffiths AM. Clinical value of fecal calprotectin. *Crit Rev Clin Lab Sci*. 2019;56:307–20, <http://dx.doi.org/10.1080/10408363.2019.1619159>.
- Ayling RM, Kok K. Chapter Six - Fecal Calprotectin. *Adv Clin Chem*. 2018;87:161–90, <http://dx.doi.org/10.1016/bs.acc.2018.07.005>.

L.M. Aguirre-Padilla*, B.E. Madrid-Villanueva, M.E. Ugarte-Olvera y J. Alonso-Soto

Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, La Habana, Cuba

*Autor para correspondencia. Hospital Hermanos Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. Departamento de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Centro Habana, La Habana, Cuba, 10200. Teléfono: + 5356080535. Correo electrónico: luismarcelo931028@gmail.com (L.M. Aguirre-Padilla).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2021.02.007>
0375-0906/ © 2021 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Adenocarcinoma ampular en un paciente con páncreas anular portal: relevancia del abordaje quirúrgico en el procedimiento de Whipple



Ampullary adenocarcinoma in a patient with portal annular pancreas: Relevance of the surgical approach in the Whipple procedure

Una mujer de 41 años, sin historia médica relevante, presentó dolor abdominal asociado con ictericia y pérdida de peso de 10 kg en un mes, además de niveles elevados de transaminasas.

En el abordaje inicial, se realizó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, con drenado biliar transpapilar por medio de stent. Se identificó una lesión

ampular y el reporte histopatológico especificó adenocarcinoma moderadamente diferenciado. La paciente fue referida a nuestro hospital. Una tomografía computarizada reveló conducto biliar común dilatado secundario a una lesión ampular. El conducto pancreático principal (CPP) estaba situado en una posición retroportal y el tejido pancreático circundaba la vena porta y la confluencia esplenoportal (fig. 1).

La paciente se sometió a un procedimiento de Whipple con preservación de píloro (pancreaticoduodenectomía), con una resección en 2 pasos del páncreas. Primero, se dividió la porción anteportal, revelando un conducto pancreático accesorio, de 5 mm de diámetro. A continuación, se dividió la porción retroportal, revelando el CPP, con un diámetro de 1.5 mm. El examen patológico macroscópico identificó un tumor con medidas de 1.6 × 1.6 cm, localizado en la ampolla de Vater, 1/10 ganglios linfáticos positivos