

No todo es lo que parece amigo

Everything is not what it seems

Sonia María Morón Losada¹, Irea Vidal González¹

1. Medicina Interna, Hospital Povisa. Vigo

ABSTRACT

We present the case of a female patient with Crohn's disease who consults because of gastrointestinal symptoms and fever. In the initial studies we found peritoneal implants, ascites and pleural effusion. It's suggested as differential diagnosis a tumoral etiology or an infectious/inflammatory disease.

Keywords: Croh's disease; tuberculosis; ascites

CASO CLÍNICO

Mujer de 24 años que acude al servicio de Urgencias en abril 2022 por clínica de 2-3 semanas de evolución de dolor abdominal, náuseas, vómitos y aumento del número de deposiciones de hasta 4-5 deposiciones líquidas diarias sin sangre ni otros productos patológicos.

Es natural de Ecuador, aunque reside en España desde los 4 años. Ha sido diagnosticada de enfermedad de Crohn A2L2B1 en 2018 y tratada con adalimumab. En mayo de 2020 inició tratamiento con isoniazida por infección tuberculosa latente hasta febrero 2021. En febrero de 2022 desarrolló clínica compatible con eritema nodoso en cara anterior de ambas piernas; la histología fue compatible con paniculitis septal crónica con granulomas, con baciloscopia y cultivo de mycobacterias negativo. Mejoró tras la modificación de tratamiento biológico por infliximab.

En la exploración física se encontraba febril (38°C), taquicárdica (112 lpm) y normotensa, con una saturación de oxígeno respirando aire ambiente de 90%. La auscultación cardiopulmonar era normal y el abdomen era blando, doloroso a la palpación de forma difusa de predominio en epigastrio y con signo de Murphy positivo. No tenía peritonismo ni se palpaban masas o megalias. En análisis se observaron como alteraciones anemia microcítica hipocrómica (Hb 11.1 g/dL) similar a previas, linfopenia de 800 células/mm³ con leucocitos totales normales, y colestasis disociada (GGT 138 U/L y FA 146 U/L). El resto de los parámetros no demostró alteraciones significativas.

Ante la alteración oximétrica se realiza una radiografía de tórax, en la que se aprecia un derrame pleural izquierdo de pequeña cuantía. En la ecografía de abdomen se demuestra discreta ascitis. Se completa evaluación mediante TC de abdomen, que refleja ascitis moderada, micronodularidad y trabeculación de la grasa de predominio en omento mayor y nodularidad de las fascias sugestiva de carcinomatosis peritoneal.

RESUMEN

Presentamos el caso de una mujer con enfermedad de Crohn que consulta por clínica gastrointestinal y fiebre. En los estudios iniciales se evidenciaron implantes peritoneales, ascitis y derrame pleural. Se plantea el diagnóstico diferencial entre patología tumoral o infecciosa/inflamatoria

Palabras clave: Enfermedad de Crohn; tuberculosis; ascitis

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se trata de una paciente inmunosuprimida con un cuadro subagudo de fiebre, vómitos y diarrea, con el hallazgo de ascitis, derrame pleural unilateral e implantes peritoneales. Podemos dividir el diagnóstico diferencial en tres grandes grupos: causa tumoral, infecciosa-inflamatoria y síndromes autoinflamatorios (tabla 1).

Tabla 1

TUMORAL	INFECCIOSA	AUTOINFLAMATORIA
Ovario	Apendicitis	Paniculitis mesentérica
Colorrectal	Diverticulitis	Lipodistrofia mesentérica
Pseudomixoma peritoneal	Enterocolitis	Mesenteritis retráctil o mesenteritis esclerosante crónica
Leiomiomasarcoma	Pancreatitis	Pseudotumor inflamatorio
Estómago	Tuberculosis	

Dentro de las etiologías tumorales se puede tratar de un origen primario, como pseudomixoma o leiomiomasarcoma, o representar una diseminación secundaria de un cáncer de ovario o gástrico¹. Debemos tener en cuenta que se trata de una paciente sin antecedentes familiares conocidos de mutaciones genéticas predisponentes a cánceres ginecológicos o colorrectales, además de corta edad (24 años) por lo que la etiología tumoral la consideramos menos probable. Además, la fiebre no sería un signo esperable, salvo que de forma intercurrente presentara un brote de su enfermedad inflamatoria intestinal.

Los implantes peritoneales secundarios a causas infecciosas/inflamatorias se presentan más frecuentemente de forma reactiva y por contigüidad. Pueden además producir cierta cantidad de líquido ascítico. En un brote de enterocolitis por enfermedad de Crohn se puede detectar mínima ascitis; no obstante, cantidades clínicamente detectables no debidas a hipertensión portal son excepcionales². La ascitis franca es una complicación rara de la enfermedad de Crohn y, cuando está presente, suele ser debida a un síndrome de Budd-Chiari o a una trombosis del eje esplenoportal en el contexto de un estado de hipercoagulabilidad³, ambos procesos razonablemente descartados mediante técnicas de imagen. Tampoco se vislumbraban signos de otros procesos

inflamatorios abdominales ni se elevaron las enzimas pancreáticas en los análisis.

Otras entidades que se pueden presentar como nódulos peritoneales o aumento de densidad y necrosis de la grasa peritoneal son los procesos autoinflamatorios/fibróticos. La etiopatogenia muchas veces permanece incierta (se describen factores traumáticos, isquémicos, autoinmunes, autoinflamatorios, quirúrgicos, procesos malignos como linfomas...)¹. Este tipo de entidades suele afectar más a hombres en la edad media (entre 50-60 años)⁴. La mayoría son asintomáticos inicialmente y se diagnostican como hallazgo incidental en una prueba de imagen. Pueden provocar dolor abdominal, síntomas sistémicos y/o masa abdominal palpable, pero en todo caso, suelen tener un comportamiento lentamente progresivo⁵, al contrario que en nuestra paciente.

Por último, teniendo en cuenta la inmunosupresión y el antecedente epidemiológico de tuberculosis latente, nos planteamos como etiología más probable una tuberculosis con diseminación peritoneal y pleural.

RESOLUCIÓN DEL CASO

Una paracentesis diagnóstica demuestra un líquido inflamatorio no indicativo de hipertensión portal (gradiente de albúmina 0.2, 3.180 leucocitos con >70% linfocitos, ADA 70 U/L, baciloscopia negativa y citología negativa para malignidad).

Se realiza exploración y ecografía ginecológicas, que no demostraron alteraciones.

Se completó el estudio con una TC de tórax, en la que se evidenció una consolidación alveolar en la llingula, signos de relleno de la vía aérea distal bilateral, derrame pleural bilateral con signos inflamatorios pleurales, sugestivo todo ello de una tuberculosis activa. Además, presenta un granuloma calcificado en el lóbulo superior derecho, así como numerosas adenopatías hilio-medias de pequeño tamaño.

Para completar el proceso diagnóstico se decidió realizar una broncoscopia. Tanto la PCR de mycobacterias como la baciloscopia fueron positivas. Se obtuvo posteriormente crecimiento de *Mycobacterium tuberculosis*. Se pautó tratamiento con fármacos antituberculosos. La evolución ha sido favorable, con resolución de la sintomatología.

El tratamiento con agentes biológicos, en particular inhibidores de TNF-alfa, está asociado con un aumento del riesgo de tuberculosis, por lo que el diagnóstico precoz de infección latente tuberculosa en los pacientes que vayan a iniciar estos fármacos está indicado⁴. El riesgo de tuberculosis varía entre los diferentes fármacos biológicos, siendo los de mayor riesgo adalimumab e infliximab (riesgo relativo 29.3 y 18.6 respectivamente). Si se desarrolla tuberculosis durante un tratamiento con anti-TNF-α, es más probable que se trate de una tuberculosis diseminada y extrapulmonar⁶.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

FINANCIACIÓN

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

ASPECTOS ÉTICOS

Los participantes del estudio han dado su consentimiento para participar en el mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Corwin MT, Smith AJ, Karam AR, Sheiman RG. Incidentally detected misty mesentery on CT: risk of malignancy correlates with mesenteric lymph node size. *J Comput Assist Tomogr.* 2012;36(1):26–9.
2. Aparicio Tormo JR, Laveda R, Gómez Andrés A. Enfermedad de Crohn y ascitis. *Gastroenterol Hepatol.* 2000;23:394-388.
3. Paspatis GA, Kissamitaki V, Kyriakakis E, et al. Ascites associated with the initial presentation of Crohn's disease. *Am J Gastroenterol.* 1999;94:1974-1976.
4. Cortés P, Ghazizadeh HM, Mzaik O, et al. Colchicine as an alternative first-line treatment of sclerosing mesenteritis: A retrospective study. *Dig Dis Sci.* 2022; 67:2403-2412.
5. Dobler CC. Biologic Agents and Tuberculosis. *Microbiol Spectr.* 2016;4.
6. Colombel JF, Sands BE, Rutgeerts P, et al. The safety of vedolizumab for ulcerative colitis and Crohn's disease. *Gut.* 2017;66:839-851.