

be achieved. In most cases re-dilatation is performed if there is recurrence or partial relief.

The main advantage of endoscopic balloon dilation is to have the opportunity of direct visualization of the esophagus. Thus, have the chance to decide the caliber and the pressure of the balloon more sensitively and to identify the occurrence of a perforation or bleeding instantly.

Different adjuvant treatments have been proposed for cases of refractory or recurrent esophageal stricture, although there are no studies of their efficacy in the prevention of stricture relapse. The use of corticosteroids (either systemically or locally injected) as adjuvant treatment has been reported. However the data are conflicting and the use of intralesional triamcinolone acetonide injection does not seem to significantly improve the number of esophageal dilations or the dysphagia.⁵

In conclusion, balloon dilation of esophageal strictures resulting from RDEB is a safe procedure and seems to be an effective method of treatment. However, RDEB is a chronic condition and recurrence may be present in a great proportion of the cases after endoscopic dilation.⁴ In these cases, a reintervention may be repeated, as the balloon dilation is well tolerated by the patient and can be done frequently. Caution must be exercised during this procedure due to the likelihood of complications such as blister formation, bleeding, and perforation at the dilation site. Early recognition of dysphagia in a patient with RDEB can improve the quality of life of the patient.

We report a case of RDEB, a rare and challenging condition, that was successfully treated with one endoscopic balloon dilation. After endoscopic treatment, the patient presented a significant improvement of global health without any signs of recurrence at 12-months follow up.

Author contributions

Each author's contribution to the following criteria for authorship: 1 – conception and drafting of the article; 2 – critical revision of the article.

Funding

No funding.

Conflicts of interest

The authors declare no conflicts of interest.

Bibliografía

1. Fine JD, Eady RJ, Bauer EA, Bauer JW, Bruckner TL, Heagerty A, et al. The classification of inherited epidermolysis bullosa (EB): report of the Third International Consensus Meeting on diagnosis and classification of EB. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58:938–50.
2. Gollu G, Ergun E, Ates U, Can O, Dindar H. Balloon dilatation in esophageal strictures in epidermolysis bullosa and the role of anesthesia. *Dis Esophagus.* 2017;30:1–6.
3. DeAngelis P, Caldaro T, Torroni F, Romeo E, Foschia F, DiAbriola GF, et al. Esophageal stenosis in epidermolysis bullosa: a challenge for the endoscopist. *J Pediatr Surg.* 2011;46:842–7.
4. Spiliopoulos S, Sabharwal T, Krokidis M, Gkoutzios P, Mellerio J, Dourado R, et al. Fluoroscopically guided dilation of esophageal strictures in patients with dystrophic epidermolysis bullosa: long-term results. *Am J Roentgenol.* 2012;199:208–12.
5. Dall'Oglio L, Caldaro T, Foschia F, Faraci S, Federici di Abriola G, Rea F, et al. Endoscopic management of esophageal stenosis in children: new and traditional treatments. *World J Gastrointest Endosc.* 2016;8:212–9.

Patrícia Santos*, Carolina Simões, João Lopes, Luís Carrilho Ribeiro, José Velosa

North Lisbon Hospital Center – Hospital Santa Maria, Department of Gastroenterology, Portugal

*Corresponding author.

E-mail address: patriciafradesantos@icloud.com (P. Santos).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.01.004>
0210-5705/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Tuberculosis intestinal, simulador de la enfermedad de Crohn: diagnóstico diferencial



Intestinal tuberculosis simulating Crohn's disease: Differential diagnosis

Introducción

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa cuya prevalencia e incidencia están en aumento en nuestro medio debido a la inmigración y al uso de inmunosupresores. Aunque la afectación más frecuente es la pulmonar, la TBC es una enfermedad sistémica que puede manifestarse en otras localizaciones, hecho que se da con frecuencia en países menos desarrollados¹.

La afectación gastrointestinal es infrecuente, sin embargo, debemos tenerla en cuenta por su capacidad de simular otras entidades comunes en nuestro medio, como la enfermedad de Crohn (EC)². Numerosos estudios han intentado crear algoritmos diagnósticos con el fin de facilitar el diagnóstico diferencial entre dichas entidades³⁻⁹. El diagnóstico final de TBC gastrointestinal debe incluir hallazgos epidemiológicos, clínicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos, como así indican recientes publicaciones⁵⁻⁹.

Presentamos un caso de afectación íleo-cólica y pulmonar por *Mycobacterium tuberculosis* para ilustrar la importancia del diagnóstico diferencial de esta entidad, cuyas características no difieren llamativamente de la EC y cuyo pronóstico depende en gran medida de la instauración temprana de un tratamiento adecuado.

Con este caso clínico también resaltamos las características principales de la TBC intestinal, tanto clínicas,

como radiológicas, endoscópicas e histológicas, subrayando la importancia del contexto epidemiológico, que juega un papel importante en el proceso diagnóstico.

Caso clínico

En noviembre de 2015, un varón de 31 años, natural de Rumanía y residente en España desde hacía 5 años, ingresó en nuestro hospital con dolor abdominal localizado en fosa ilíaca derecha y mesogastrio, irradiado hacia la espalda, de 2 meses de duración. Asociaba una pérdida de peso de 10 kg, fiebre y sudoración nocturna, astenia y náuseas sin vómitos. El paciente era fumador de unos 20 cigarrillos al día y carecía de antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Aparentemente no había tenido contacto con ningún paciente con TBC activa.

Desde el punto de vista analítico, presentaba elevación de la proteína C reactiva (58,9 mg/L) como reactante de fase aguda, con un recuento celular normal. Se realizaron una ecografía abdominal y una tomografía computarizada abdominopélvica que mostraba ileocolitis extensa desde íleon terminal hasta colon ascendente, con engrosamiento mural, afectación de la grasa pericecal y múltiples adenopatías mesentéricas, lo que podría corresponder como primera posibilidad con una EC (fig. 1). Se realizó, a su vez, una radiografía de tórax que mostró un nódulo cavitado de gran tamaño en el lóbulo superior derecho.

En la colonoscopia se evidenció una mucosa edematizada, friable al roce del endoscopio, y numerosas úlceras circunferenciales en íleon terminal, ciego y colon ascendente. La válvula ileocecal estaba estenosada y deformada, aunque era franqueable. Se tomaron biopsias múltiples, y la histología mostró una ileocolitis granulomatosa de aspecto crónico,

abundante infiltrado inflamatorio y numerosos granulomas caseificantes (fig. 1). Debido a estos hallazgos, se realizó la prueba del quantiferon, un lavado broncoalveolar y el cultivo Lowestein, que fueron positivos, lo que confirmó el diagnóstico de TBC pulmonar activa con afectación intestinal.

Se inició tratamiento antituberculoso según las guías aceptadas en dicho momento con buena tolerancia y mejoría clínica. En solo unos días remitieron tanto el dolor abdominal como la fiebre y la sudoración del paciente.

Discusión

El caso presentado subraya la importancia del contexto clínico y epidemiológico de cada paciente, que debe ser tenido en cuenta en el proceso diagnóstico. Además, resalta el papel que desempeña un buen diagnóstico diferencial, apoyado en hallazgos radiológicos, endoscópicos e histológicos de 2 entidades similares, con tratamientos opuestos, como son la TBC intestinal y la EC^{1,5,7,8}.

La TBC intestinal es una manifestación poco usual de TBC extrapulmonar¹. El área más frecuentemente afectada es el íleon, seguida del colon. Es conocida como «la gran simuladora», dado que sus principales manifestaciones son poco específicas y, por tanto, su diagnóstico debe basarse en un conjunto de características clínicas y resultados de pruebas complementarias. Suele tener un comienzo más agudo que la EC, sin embargo, también puede manifestarse como una enfermedad subaguda o crónica. Los síntomas más frecuentemente referidos son la fiebre, la sudoración nocturna y la pérdida de peso⁵. La enfermedad perianal es un hallazgo infrecuente en la TBC que apoya el diagnóstico de EC¹.

Las pruebas radiológicas pueden orientarnos, sobre todo la enterotomografía computarizada. Lesiones focales ileales

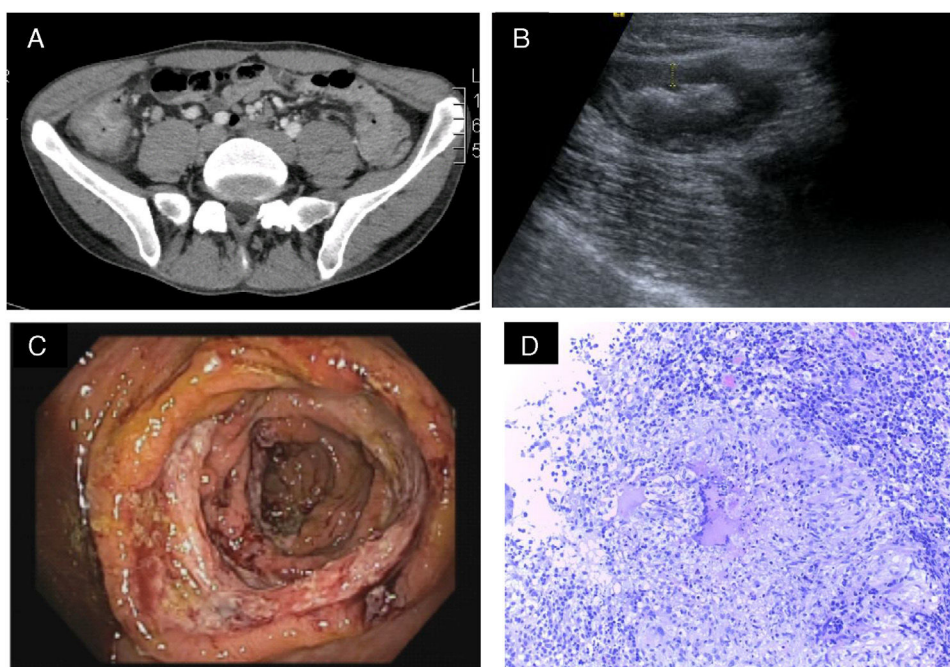


Figura 1 Ileocolitis con engrosamiento mural visto por TC (A) y ecografía (B). Visión endoscópica de colon ascendente con mucosa edematizada y ulcerada (C). Histología de una muestra de colon mostrando un granuloma caseificante (D).

Tabla 1 Diagnóstico diferencial entre enfermedad de Crohn y tuberculosis intestinal

Características	Tuberculosis intestinal	Enfermedad de Crohn
Clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Aparición más aguda • Fiebre, pérdida de peso, sudoración nocturna • No enfermedad perianal 	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio más insidioso • Diarrea, dolor abdominal
Radiológicas y endoscópicas	<ul style="list-style-type: none"> • Íleon-ciego • Lesiones continuas • Ganglios mesentéricos necrosantes y calcificaciones • Úlceras circulares, transversales, cicatrices. Pseudopólipos fijos 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad perianal y manifestaciones extraintestinales típicas • Íleon-ciego • Lesiones parcheadas • Ganglios mesentéricos pequeños e inflamatorios • Afectación de la grasa mesentérica
Histológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Granulomas caseificantes múltiples, confluyentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Úlceras profundas, longitudinales • Fístula intestinal • Granulomas no caseificantes, no confluyentes, únicos, de menor tamaño

únicas o aisladas y la necrosis o calcificaciones en los ganglios linfáticos mesentéricos son hallazgos típicos de la TBC intestinal, mientras que la afectación proximal y segmentaria del intestino delgado o la presencia de fístulas nos han de inclinar hacia la EC⁶.

Endoscópicamente, podemos encontrar en ambas enfermedades úlceras circunferenciales o cicatrices en la mucosa de colon o íleon terminal. La toma de biopsias del tejido enfermo para el diagnóstico histológico y microbiológico nos ayudará en el diagnóstico definitivo (PCR, cultivo en medio Lowestein, tinción de Zhiel-Neelsen). Además, la colonoscopia es útil en el seguimiento y valoración de la respuesta al tratamiento de estos pacientes⁵.

La identificación de granulomas caseificantes es un hallazgo muy específico de TBC intestinal, aunque poco sensible¹. Es importante que el estudio de las muestras sea llevado a cabo por un anatomopatólogo experto, con alto nivel de sospecha clínica, dada la similitud de las lesiones con las presentadas en la EC. Las principales características de la EC y la TBC intestinal se encuentran resumidas en la [tabla 1](#).

El tratamiento médico con fármacos antituberculosos es el primer paso ante la sospecha de TBC intestinal. Este esquema terapéutico puede ser empleado de manera empírica antes de la confirmación diagnóstica durante un periodo corto de tiempo⁸. Generalmente, la cirugía se reserva para las complicaciones como obstrucción o estenosis, si bien se han publicado algunos casos aislados en los que el manejo fue endoscópico y tuvo buenos resultados¹⁰.

Estudios recientes han desarrollado algoritmos diagnósticos que combinan características epidemiológicas, clínicas, radiológicas, endoscópicas e histológicas, que precisan de un uso más extendido para comprobar su efectividad en la práctica clínica diaria^{5,6}. La TBC es un problema real de salud pública a escala mundial. Un elevado índice de sospecha y una aproximación diagnóstica cuidadosa desde un enfoque multidisciplinar son esenciales para conseguir un diagnóstico temprano y una terapéutica precoz en estos pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Bibliografía

1. Awasthi S, Saxena M, Ahmad F, Kumar A, Dutta S. Abdominal tuberculosis: A diagnostic dilemma. *J Clin Diagn Res.* 2015;9:EC01-3.
2. Wei JP, Wu XY, Gao SY, Chen QY, Liu T, Liu G. Misdiagnosis and mistherapy of Crohn's disease as intestinal tuberculosis: Case report and literature review. *Medicine.* 2016;95:e2436.
3. Zhang T, Fan R, Wang Z, Hu S, Zhang M, Lin Y, et al. Differential diagnosis between Crohn's disease and intestinal tuberculosis using integrated parameters including clinical manifestations, T-SPOT, endoscopy and CT enterography. *Int J Clin Exp Med.* 2015;8:17578-89.
4. Ye Z, Lin Y, Cao Q, He Y, Xue L. Granulomas as the most useful histopathological feature in distinguishing between Crohn's disease and intestinal tuberculosis in endoscopic biopsy specimens. *Medicine.* 2015;94:e2157.
5. Xin Huang, Wang-Di Liao, ChenYu., Tu Y, Pan XL, Chen YX, et al. Differences in clinical features of Crohn's disease and intestinal tuberculosis. *World J Gastroenterology.* 2015;21:3650-6.
6. Mao R, Liao WD, He Y, Ouyang CH, Zhu ZH, Yu C, et al. Computed tomographic enterography adds value to colonoscopy in differentiating Crohn's disease from intestinal tuberculosis: A potential diagnostic algorithm. *Endoscopy.* 2015;47:322-9.
7. Sood A, Midha V, Singh A. Differential diagnosis of Crohn's disease versus ileal tuberculosis. *Curr Gastroenterol Rep.* 2014;16:418.
8. Ma JY, Tong JI, Ran ZH. Intestinal tuberculosis and Crohn's disease: Challenging differential diagnosis. *J Dig Dis.* 2016;17:155-61.
9. Ting Jin, Baoying Fei, Yu Zhang, Xujun He. The diagnostic value of polymerase chain reaction for *Mycobacterium tuberculosis* to distinguish intestinal tuberculosis from Crohn's disease: A meta-analysis. *Saudi J Gastroenterol.* 2017;23:3-10.
10. Dooyoung K, Hyundo J, Mindae K, Lee J, Kim S, Kang D, et al. Endoscopic treatment of intussusception due to intestinal tuberculosis. *Clin Endosc.* 2017;50, 296-208.

Natalia García-Morales^a, María García-Campos^a,
Gisselle Cerdón^a y Marisa Iborra^{a,b,*}

^a Departamento de Gastroenterología, Área de
Enfermedades Digestivas, Hospital Universitario y
Politécnico La Fe, Valencia, España

^b CIBEREHD, Hospital Universitario y Politécnico La Fe,
Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marisaiborra@hotmail.com (M. Iborra).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.01.005>

0210-5705/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Intestinal pseudopolyps in a patient with Crohn's disease and renal transplant – An unexpected diagnosis



Pseudopólipos intestinales en un paciente trasplantado renal y con enfermedad de Crohn – un diagnóstico inesperado

A 41-year-old male, journalist, with a history of ileal Crohn's disease (CD), stricturing phenotype, diagnosed in 2011, and renal transplant in 2014 due to IgA nephropathy. He referred several trips to the Middle East in recent years and he was immunosuppressed with tacrolimus and prednisolone. Due to CD activity and malabsorption of immunosuppressive drugs, infliximab was initiated a few months after transplant, with clinical improvement. Two years later, the patient reported a slight increase of his bowel movements. Physical examination was relevant for hepatosplenomegaly. Lab workup showed pancytopenia and stool cultures were negative. The ileocolonoscopy showed scarring areas and pseudopolyps of the terminal ileum and the right colon (Fig. 1). Biopsies were performed in the right colon and in the terminal ileum, and the pathological exam revealed preservation of the glandular architecture of the mucosa, with an inflammatory lymphoplasmocytic infiltrate and macrophages with spherical and small amastigotes structures of *Leishmania spp* (Fig. 2). Polymerase chain reaction analysis of the biopsy specimens was

performed and confirmed the presence of *Leishmania infantum*. HIV screening test was negative. The patient started therapy with liposomal amphotericin B.

Leishmaniasis is a chronic protozoan disease of the mononuclear phagocytic system.¹ *Leishmania spp* is endemic in several regions of the world, including the Mediterranean area.¹ The incubation period is usually long, and under conditions of immunosuppression, there is evidence of activation of latent infection several years after exposure to the parasite.¹ TNF- α has a major role in mediating host protection against visceral leishmaniasis (VL), so the use of anti-TNF agents may potentially cause worsening or reactivation of latent infection.^{1,2}

Cutaneous leishmaniasis is the most common leishmanial syndrome worldwide.³ VL, which reflects dissemination of *Leishmania* parasites throughout the reticuloendothelial system, is potentially life threatening without treatment.² VL is a systemic disease characterized by hepatosplenomegaly, fever, cachexia, hypergammaglobulinaemia, and pancytopenia.¹ Nevertheless, asymptomatic leishmanial infection has been reported previously.¹

The diagnosis of enteric VL is histological, requiring visualization of amastigotes inside macrophages of the intestinal lamina propria.^{4,5} A characteristic endoscopic image of this invasion has not been described so far, and the diagnosis is established by taking biopsies.^{4,5} A correct diagnosis of VL is challenging and easy to miss, especially in cases that are not clinically suspected, as the case reported. Liposomal amphotericin B is the preferred treatment choice.⁵

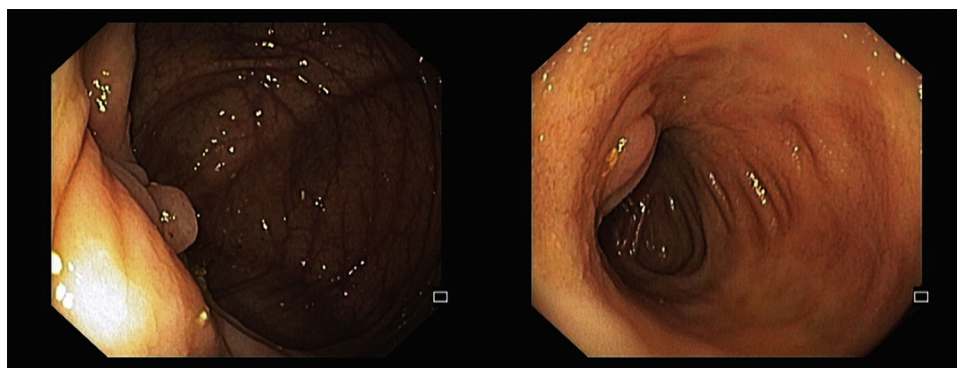


Figure 1 Ileocolonoscopy imaging showing scars and pseudopolyps of the terminal ileum and the ileocecal valve.