



1537 - DIARREA PERSISTENTE EN UN PACIENTE VIH: UN DIAGNÓSTICO INUSUAL

Aina Maria Gomila-Terrasa, Pilar Licerias-Boillos, Ana Moragues Palou de Comasema, Laia Valles Guixa, Alexandre Zidouh Jiménez, Antoni Abdon Campins Rosselló, Francisca Artigues Serra y Melchor Riera Jaume

Medicina Interna, Hospital Universitari Son Espases, Palma, España.

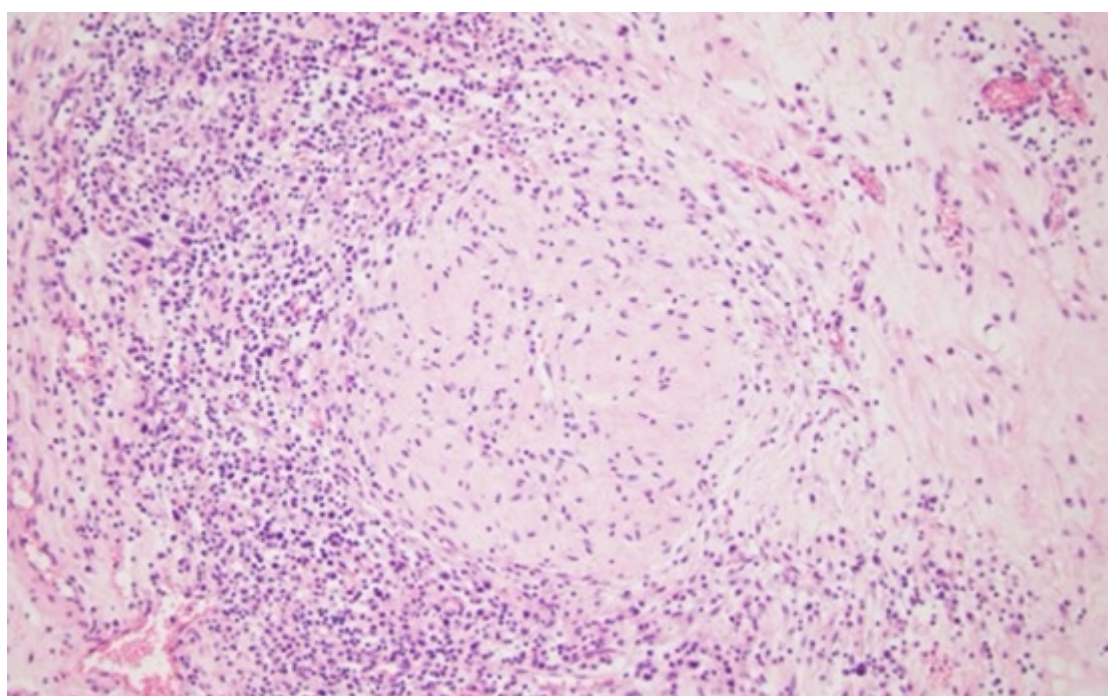
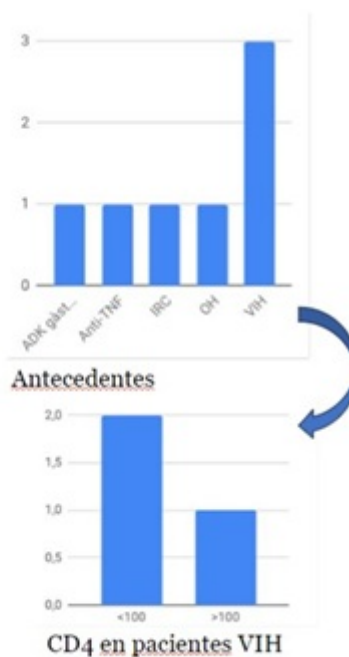
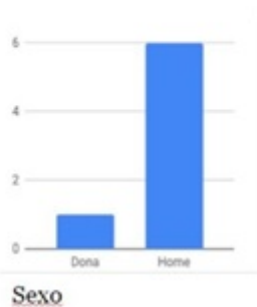
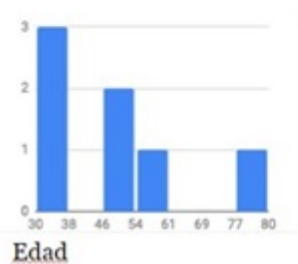
Resumen

Objetivos: Presentar un caso de diarrea persistente en un paciente VIH con una etiología poco común, que permite reflexionar sobre la necesidad de considerar diagnósticos atípicos, como la tuberculosis digestiva, especialmente en pacientes inmunodeprimidos.

Métodos: Se describe el caso clínico de un hombre de 30 años, natural de Colombia y residente en Mallorca desde hace tres meses, con infección por VIH en tratamiento antirretroviral subóptimo. Se realiza un estudio retrospectivo de los casos de aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis* en muestras fecales en tres hospitales de Baleares (HUSE, HCIN, HCM) entre 2013 y 2024.

Resultados: El paciente consultó por diarrea acuosa de tres meses de evolución, con pérdida de peso de 20 kg, náuseas, vómitos, fiebre, escalofríos, sudoración profusa, anorexia y dolor abdominal cólico. Se constató interrupción parcial del tratamiento antirretroviral. En la exploración física presentaba taquicardia (134 lpm), fiebre (38,6 °C), caquexia y signos de deshidratación. Analíticamente, CD4+ de 57 células/mL, hemoglobina 7,51 g/dL, albúmina 23 g/L, Na+ 128 mEq/L, PCR 22,36 mg/dL. Radiografía de tórax: infiltrado alveolointerstitial bilateral en campos superiores. TAC abdominal: ileítis terminal con adenopatías necróticas. Se aisló *Mycobacterium tuberculosis* en aspirado broncoalveolar y en heces, confirmando tuberculosis pulmonar y digestiva. Se inició tratamiento tuberculostático. Una semana después, el paciente presentó perforación intestinal, requiriendo cirugía urgente con resección de 20 cm de íleon e ileostomía terminal. Evolucionó favorablemente y fue dado de alta con tratamiento antirretroviral y antituberculoso domiciliario. En la revisión de casos (2013-2024), se identificaron 7 aislamientos de *M. tuberculosis* en heces. La mayoría fueron hombres de entre 30 y 80 años. A pesar de síntomas digestivos, no todos fueron diagnosticados de tuberculosis digestiva. Se asociaron factores de riesgo como infección por VIH y uso de anti-TNF.

• N=7



Discusión: La tuberculosis digestiva representa entre el 3-5% de los casos extrapulmonares y afecta con frecuencia el íleon terminal y el ciego. En pacientes VIH, la inmunosupresión favorece formas diseminadas. El bacilo puede llegar al tracto gastrointestinal por vía hematógica o ingestión de esputo. Las manifestaciones incluyen granulomas, vasculitis, hipertrofia mucosa, úlceras, fístulas, abscesos y perforación. El caso presentado ilustra la importancia de considerar esta entidad ante síntomas digestivos persistentes en pacientes VIH.

Conclusiones: 1. La tuberculosis digestiva debe incluirse en el diagnóstico diferencial de diarrea crónica en pacientes inmunodeprimidos. 2. El diagnóstico precoz y la adherencia estricta al tratamiento son claves para evitar complicaciones graves como la perforación intestinal. 3. Es fundamental reforzar el seguimiento clínico y la educación sobre la adherencia terapéutica en personas con VIH.

Bibliografía

1. Al-Zanbagi AB, Shariff MK. Gastrointestinal tuberculosis: A systematic review of epidemiology, presentation, diagnosis and treatment. Saudi J Gastroenterol. 2021;27(5):261.

2. Chong VH, Lim KS. Gastrointestinal tuberculosis. Singapore Med J. 2009;50(6):638-46.
3. Park SH, et al. Prospective randomized trial of six-month versus nine-month therapy for intestinal tuberculosis. Antimicrob Agents Chemother. 2009;53(10):4167-71.
4. Global tuberculosis report 2023. WHO. Disponible en: <https://iris.who.int/>