

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XII

Giugno 2009

numero 6

CONTRIBUTI ORIGINALI - CASI CONTRIBUTIVI

Vecchie malattie ritornano...

Silvia Vaccher, Fernando Maria de Benedictis

Dipartimento di Pediatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria
"Ospedali Riuniti", Ancona

Indirizzo per corrispondenza: debenedictis@ao-salesi.marche.it

*Old diseases come back...***Key words:** Abdominal tuberculosis, extra-pulmonary, diagnosis**Summary** We report a case of abdominal tuberculosis. The unspecific picture of abdominal tuberculosis presents challenges in the diagnosis of this increasingly common disease. A high index of suspicion is an important factor in early diagnosis. After diagnosis has been established, prompt initiation of treatment helps prevent morbidity and mortality.

INTRODUZIONE

S., bambina pakistana di 12 anni, da circa un anno presenta inappetenza, astenia e saltuari dolori addominali in assenza di febbre e di altra sintomatologia significativa. Per l'accentuarsi del quadro clinico e calo ponderale di circa 3 kg negli ultimi due mesi, ne viene deciso il ricovero in un ospedale locale. Gli esami di laboratorio evidenziano, quali dati significativi, aumento degli indici di flogosi, anemia e disproteinemia; il sangue occulto fecale è negativo. L'ecografia addome mostra un ispessimento dell'ultima ansa ileale, del ceco e del colon ascendente con linfadenopatia mesenterica satellitare. La bambina viene trasferita presso il nostro Reparto con il sospetto di malattia infiammatoria intestinale.

All'obiettività clinica si riscontrano aspetto emaciato, pallore, ipotrofia delle masse muscolari, addome poco trattabile in fossa iliaca destra. Gli esami biochimici confermano l'aumento degli indici di flogosi (VES 78 mm/h; PCR 3,1 mg/dl; alfa2-globuline 18,2%), l'anemia sideropenica (Hb 9,6 gr/dl, sideremia 12 mcg/dl, transferrina 152 mg/dl, ferritina 85 ng/ml), l'ipoalbuminemia (2,8 gr/dl) con normalità degli altri parametri. L'intradermoreazione di Mantoux è positiva (20 mm). Dopo conferma dell'anormalità ecografica ("estesa alterazione parietale di alcune anse intestinali di verosimile pertinenza del colon ascendente, estendentesi per circa 10 cm, caratterizzata da marcato ispessimento e sovvertimento della normale architettura parietale"), viene eseguita una RMN addome che evidenzia un esteso ispessimento dell'ultima ansa ileale, del ceco e di un tratto del colon ascendente, edema del tessuto adiposo circostante e piccoli

linfonodi reattivi nel mesentere. La colonscopia mostra la presenza di una massa vegetante intensamente iperemica, ulcerata e sanguinante che ostruisce parzialmente il ceco. L'esame istologico del prelievo biotipico rivela tessuto di granulazione ulcerato. La colorazione di Ziehl-Neelsen e la coltura di *Mycobacterium tuberculosis* nei campioni biotipici risultano negativi.

Nei primi giorni di ricovero compare tosse catarrale e febricola e l'obiettività toracica evidenzia ronchi diffusi all'emitorace sinistro. La radiografia del torace mostra un'area di opacità parenchimale sfumata nel campo polmonare medio-superiore di sinistra. Per una più accurata definizione dell'immagine si esegue TC torace che evidenzia addensamento parenchimale consolidativo (5 x 4 x 3 cm) a carico del segmento apicale del lobo inferiore sinistro nel cui contesto si apprezzano multiple aree di escavazione; sono inoltre presenti multiple immagini a densità calcifica a livello parailare e parenchimale sinistra. Il quadro clinico, di laboratorio, radiologico ed endoscopico depone per una tubercolosi (TB) intestinale associata a TB polmonare. Viene pertanto avviata terapia specifica con 3 farmaci (isoniazide, rifampicina, pirazinamide). L'esito dell'esame culturale dell'escreato, pervenuto a distanza di alcune settimane, è positivo per *M. tuberculosis*.

Dopo un mese dall'inizio della terapia la bambina viene ricoverata d'urgenza presso la Chirurgia del nostro Ospedale per addome acuto. Sottoposta immediatamente a laparotomia esplorativa, si riscontra una peritonite stercoracea conseguente a perforazione prossimale ad una stenosi ileale. Dopo resezione segmentaria dell'ansa stenotica si procede a ileostomia, successivamente chiusa dopo 40 giorni. A distanza di 2 mesi, la colonscopia mostra una quasi completa guarigione delle lesioni intestinali con persistenza di una modesta stenosi del colon ascendente. Dopo 9 mesi dall'inizio del trattamento antibiotico la radiografia del torace risulta normale e il trattamento è sospeso.

DISCUSSIONE

La TB intestinale, insieme alla forma peritonitica e a quella interessante gli organi solidi, è una delle manifestazioni cliniche della TB addominale. La vera incidenza della TB intestinale è sconosciuta, in quanto i pazienti con concomitante TB polmonare possono essere asintomatici per le loro manifestazioni addominali. Tuttavia, così come la forma polmonare, anche la TB addominale è in progressivo aumento nel mondo occidentale.

La TB intestinale è conseguenza di una disseminazione ematogena a partenza da una TB polmonare attiva, oppure del passaggio diretto nelle vie digestive di bacilli tubercolari provenienti dalle vie aeree, oppure - esclusivamente nei paesi in cui non avviene la pastorizzazione del latte - della ingestione

di latte contaminato. La localizzazione più frequente è la regione ileocecale, verosimilmente perché questa area è ricca di tessuto linfatico e l'elevato grado di assorbimento locale favorisce l'invasione dei bacilli.

La presentazione clinica è molto variabile e l'aspecificità dei sintomi (febbre, dolore addominale, perdita di peso, diarrea, vomito, nausea) rende difficile la diagnosi. La frequente assenza di una TB polmonare attiva e la Mantoux talora negativa (come espressione di anergia) aumentano le difficoltà diagnostiche. Per pervenire alla diagnosi è pertanto fondamentale mantenere un elevato indice di sospetto clinico, in particolare nei pazienti ad alto rischio per TB.

La principale diagnosi differenziale si pone con il morbo di Crohn. Le indagini radiologiche (studio con bario, TC e RMN addome) non permettono di distinguere con certezza queste due condizioni. Tuttavia la colonscopia (nella TB l'interessamento della mucosa è solitamente segmentale ed è caratterizzato da ulcere circonferenziali, trasverse, a bordi irregolari, circondate da mucosa iperemica e da multiple lesioni nodulari del diametro di 2-6 mm; nei casi avanzati è inoltre presente un ispessimento concentrico della parete intestinale) e l'aspetto istologico delle lesioni (presenza di granulomi con necrosi caseosa, tipicamente localizzati nella sottomucosa) possono fornire elementi molto utili per una diagnosi presuntiva di TB. La positività della colorazione Ziehl-Neelsen e quella colturale per *M. tuberculosis* nel materiale biotico intestinale rappresentano il gold-standard per la diagnosi. L'analisi PCR per *M. tuberculosis* può rappresentare un utile ausilio diagnostico. La negatività di queste indagini non esclude tuttavia la possibilità di una TB intestinale e non deve costituire un impedimento per avviare il trattamento specifico in pazienti con sintomi clinici ed endoscopici suggestivi per TB.

La perforazione intestinale è una rara (1-15%) ma grave (mortalità 25-100%) complicanza. La perforazione può presentarsi nella fase florida della malattia, ma può anche comparire - come nel nostro caso - dopo l'inizio della terapia antiTB, quale espressione della storia naturale della malattia. Questo fenomeno paradossale è verosimilmente dovuto a un'accentuata risposta di ipersensibilità ritardata da parte dell'ospite, oppure a un'elevata esposizione ad antigeni provenienti da bacilli uccisi. Il trattamento di elezione è costituito dalla resezione del tratto intestinale interessato, seguito da un'anastomosi termino-terminale.

La TB intestinale dovrebbe essere sempre considerata nella diagnosi differenziale delle masse addominopelviche, delle asciti e di tutte le condizioni che simulano una malattia intestinale cronica, in particolare nei soggetti a rischio per TB. La TB intestinale rappresenta una sfida aperta per il pediatra e il clinico, in quanto i sintomi e i segni della malattia sono aspecifici e il ritardo diagnostico comporta morbidità e mortalità significative.

Bibliografia di riferimento

- Sazek KB, Schaaf HS, Voss M, Cotton MF, Moore SW. Diagnostic dilemmas of abdominal tuberculosis in children. *Pediatr Surg Int* 2001;17:111-15.
- Lee YJ, Yang SK, Byeon JS, Myung SJ, Chang HS, Hong SS, et al. Analysis of colonoscopic findings in the differential diagnosis between tuberculosis and Chron's disease. *Endoscopy* 2006;38:592-97.
- Consolaro A, Fornaro M, Balanzoni L, Corroppolo M, Pecori S, Valletta E. Appendicite, anzi no yersiniosi, anzi no tubercolosi! *Medico e Bambino* 2009;28(1):39-42.
- Rasheed S, Zinicola R, Watson D, Baiwa A, McDonald PJ. Intra-abdominal and gastrointestinal tuberculosis. *Colorectal Disease* 2007;9:773-83.