

## A propósito de un caso

### El desafío de diagnosticar tuberculosis abdominal

*The challenge of diagnosing abdominal tuberculosis*

Barbara Cosentino<sup>a</sup>, Diego Pombo<sup>b</sup>, Agustina Zwirner<sup>c</sup>, Natalia González<sup>d</sup>

#### Resumen

La tuberculosis abdominal es una forma extrapulmonar infrecuente que representa un desafío diagnóstico debido a sus manifestaciones inespecíficas. Debe considerarse un diagnóstico diferencial en pacientes con síntomas abdominales crónicos recurrentes. Se presenta una paciente de 17 años que consultó a la guardia por dolor abdominal crónico, diarrea, vómitos, pérdida de peso y edemas. Se evidenció anemia microcítica hipocrómica, hipoalbuminemia y elevación de parámetros inflamatorios. Los estudios por imágenes mostraron ascitis y engrosamiento del colon ascendente. Se plantearon como diagnósticos diferenciales plastrón apendicular, enfermedad inflamatoria intestinal y tuberculosis abdominal. La endoscopia digestiva reveló hallazgos inflamatorios inespecíficos, por lo que se inició tratamiento antifímico empírico, soporte nutricional y manejo clínico de la ascitis. Evolucionó de forma favorable con desaparición de los síntomas, aumento ponderal y mejoría de parámetros de laboratorio. El cultivo de la biopsia intestinal confirmó el diagnóstico de tuberculosis abdominal al identificar *Mycobacterium bovis*, una micobacteria menos frecuente en humanos y resistente a la pirazinamida. Este hallazgo subraya la importancia de incluir esta etiología en el diagnóstico diferencial y de realizar estudios microbiológicos específicos que permitan orientar el tratamiento de manera adecuada.

**Palabras clave:** *Mycobacterium bovis*, tuberculosis gastrointestinal, pediatría

#### Abstract

Abdominal tuberculosis is a rare extrapulmonary tuberculosis form that represents a diagnostic challenge due to its nonspecific manifestations. It should be considered a differential diagnosis in patients with chronic, recurrent abdominal symptoms. We present a 17-year-old female who presented to the emergency department with chronic abdominal pain, diarrhea, vomiting, weight loss, and edema. Laboratory tests revealed microcytic hypochromic anemia, hypoalbuminemia, and elevated inflammatory markers. Imaging studies showed ascites and thickening of the ascending colon. Differential diagnoses included appendiceal plastron, inflammatory bowel disease, and abdominal tuberculosis. Digestive endoscopy revealed nonspecific inflammatory findings, and empirical anti-tuberculosis therapy, nutritional support, and clinical management of the ascites were initiated. The patient showed favorable progress with resolution of symptoms, weight gain, and improvement in laboratory parameters. Intestinal biopsy culture confirmed the diagnosis of abdominal tuberculosis by identifying *Mycobacterium bovis*, a rare mycobacterial species in humans that is resistant to pyrazinamide. This finding highlights the importance of including this etiology in the differential diagnosis and performing specific microbiological studies to guide appropriate treatment.

**Keywords:** *Mycobacterium bovis*, gastrointestinal tuberculosis, pediatrics

#### Introducción

La tuberculosis (TB) continúa siendo una preocupación significativa en términos de salud pública a nivel mundial, y Argentina no es una excepción. En los últimos años, el país ha

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0000-2173-276X

b. Médico residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0006-3047-4532

c. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0000-0003-1923-2234

d. Médica pediatra de la Unidad 4, HNRG. ORCID: 0009-0000-8225-8723

**Correspondencia:** [barbarahcosentino@gmail.com](mailto:barbarahcosentino@gmail.com)

**Conflicto de interés:** ninguno que declarar

mostrado una tendencia ascendente en la notificación de casos, superando los 16 000 en el año 2024.<sup>1</sup> Aunque la presentación pulmonar es la más frecuente, la TB extrapulmonar representa hasta el 11% de los casos.<sup>1</sup> Dentro de estos, la afectación abdominal tiene una prevalencia menor al 10%.<sup>2</sup> Ésta implica compromiso del sistema gastrointestinal, peritoneo, ganglios linfáticos y, menos frecuentemente, órganos sólidos. El compromiso peritoneal y el intestinal son los más comunes.<sup>3</sup>

La forma abdominal plantea desafíos diagnósticos por sus manifestaciones clínicas inespecíficas que pueden imitar otras patologías, dificultando su detección y tratamiento oportuno.<sup>4</sup> Puede presentarse como una infección aislada, sin afectación pulmonar, o en combinación con tuberculosis pulmonar activa. Dentro del grupo de *Mycobacterium tuberculosis* complex (MTBC), se incluyen varias especies. Si bien entre ellas, *Mycobacterium tuberculosis* es el agente etiológico más común, también forma parte *Mycobacterium bovis*, responsable de la tuberculosis bovina. Esta última se asocia con mayor frecuencia a la forma intestinal cuando el contagio se produce por ingesta de alimentos contaminados (lácteos principalmente), ya que las bacterias ingresan directamente por vía digestiva.<sup>5,6</sup>

Se presenta el caso de una adolescente con TB abdominal, destacando las dificultades diagnósticas enfrentadas y el rescate particular de *Mycobacterium bovis*.

### Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 17 años, oriunda de Bolivia, sin antecedentes relevantes, que consultó en otra institución por edemas en miembros inferiores de una semana de evolución. Se le realizó una ecografía Doppler que descartó trombosis venosa profunda, y fue derivada a la guardia externa del hospital para ampliar estudios. Al ingreso, refirió dolor abdominal localizado en fosa ilíaca derecha de siete meses de evolución, diarrea, vómitos de contenido gástrico parcialmente digeridos de escasa cuantía y frecuencia diaria, pérdida de peso de 17 kg, astenia e hiporexia. Permaneció afebril en todo momento.

Al examen físico se encontraba en regular estado general, adelgazada, con edemas de consistencia blanda en miembros inferiores (signo de Godet positivo ++++) hasta el tercio proximal de las piernas, sin cambios tróficos y abdomen doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha. No se identificaron otros hallazgos significativos. El laboratorio mostró anemia microcítica hipocrómica (Hb 9.9 g/dl, VCM 71 fl y HCM 22.6 pg) sin otras citopenias,

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0000-2173-276X

b. Médico residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0006-3047-4532

c. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0000-0003-1923-2234

d. Médica pediatra de la Unidad 4, HNRG. ORCID: 0009-0000-8225-8723

**Correspondencia:** [barbarahcosentino@gmail.com](mailto:barbarahcosentino@gmail.com)

**Conflicto de interés:** ninguno que declarar

hipoalbuminemia (1.9 g/dl) y proteína C reactiva aumentada (84.8 mg/l) con función renal y hepática normales. El análisis de orina fue normal. Las serologías virales (VIH, EBV, CMV, HBV, HCV) y el test de embarazo resultaron negativos. La ecografía abdominal reveló una colección heterogénea en la fosa ilíaca derecha y líquido libre en el fondo de saco de Douglas. Ante este hallazgo se sospechó un cuadro infeccioso subagudo compatible con plastrón apendicular y se decidió su internación en clínica pediátrica para diagnóstico y tratamiento.

Recibió antibioticoterapia empírica intravenosa con ampicilina-sulbactam y gentamicina durante siete días y analgesia. Ante la persistencia del dolor abdominal e hiporexia, se realizó una tomografía computarizada con doble contraste que mostró líquido libre en cavidad abdominal y engrosamiento de las paredes del colon ascendente (Figura 1). La ascitis fue tratada mediante restricción hídrica, incremento progresivo del aporte proteico y una dieta baja en sodio.

**Figura 1.** Tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso



Se evidencia engrosamiento de las paredes del colon ascendente (flecha roja). No se observan adenomegalias retroperitoneales. Presencia de líquido libre en cavidad abdominal.

Ante la evolución prolongada, la persistencia de los síntomas, reactantes inflamatorios elevados, hipoalbuminemia y hallazgos imagenológicos, se plantearon como diagnósticos diferenciales TB abdominal y enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Se descartaron patologías oncológicas (linfoma intestinal o mesentérico, tumores gastrointestinales, carcinomatosis peritoneal o metástasis) mediante estudios por imágenes, marcadores tumorales (alfa-feto proteína y subunidad beta) y hemograma con frotis normal.

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0000-2173-276X

b. Médico residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0006-3047-4532

c. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0000-0003-1923-2234

d. Médica pediatra de la Unidad 4, HNRG. ORCID: 0009-0000-8225-8723

**Correspondencia:** [barbarahcosentino@gmail.com](mailto:barbarahcosentino@gmail.com)

**Conflicto de interés:** ninguno que declarar

Con sospecha de etiología autoinmune, se realizó C3, C4 e inmunoglobulinas con resultados normales. El panel de anticuerpos para anti-*Saccharomyces cerevisiae* (ASCA), anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), antimitocondriales (AMA), antimúsculo liso (ASMA), antimicrosomales de hígado/riñón (LKM), antinucleares (ANA), anti-célula parietal gástrica y anti-transglutaminasa, resultó negativo.

Con el objetivo de descartar TB abdominal, se realizaron prueba de tuberculina (PPD) cuyo resultado fue de 0 mm, radiografía de tórax sin hallazgos patológicos y seriados de esputo para TB con baciloscopia y cultivo negativos. En el catastro familiar no se obtuvieron datos relevantes.

La paciente fue evaluada de forma multidisciplinaria en conjunto con los servicios de Gastroenterología y Tisiología. Se realizó una videoendoscopia digestiva que evidenció alteración de la anatomía del ciego y la válvula ileocecal con presencia de úlceras profundas con fibrina, edema, friabilidad y mamelonadas (Figura 2).

**Figura 2.** Videoendoscopia y colonoscopia



Colon con mucosa edematizada en todo el recorrido. Ciego con anatomía alterada, úlceras profundas cubiertas por fibrina, edema, eritema, friabilidad, de aspecto mamelonado. Válvula ileocecal de anatomía alterada. Afectación de íleon terminal con ulceraciones.

Se tomaron biopsias para anatomía patológica, cultivo y PCR (PCR real time, kit no comercial) para MTBC, esta última con resultado negativo. No se realizó ensayo de liberación

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0000-2173-276X

b. Médico residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0006-3047-4532

c. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0000-0003-1923-2234

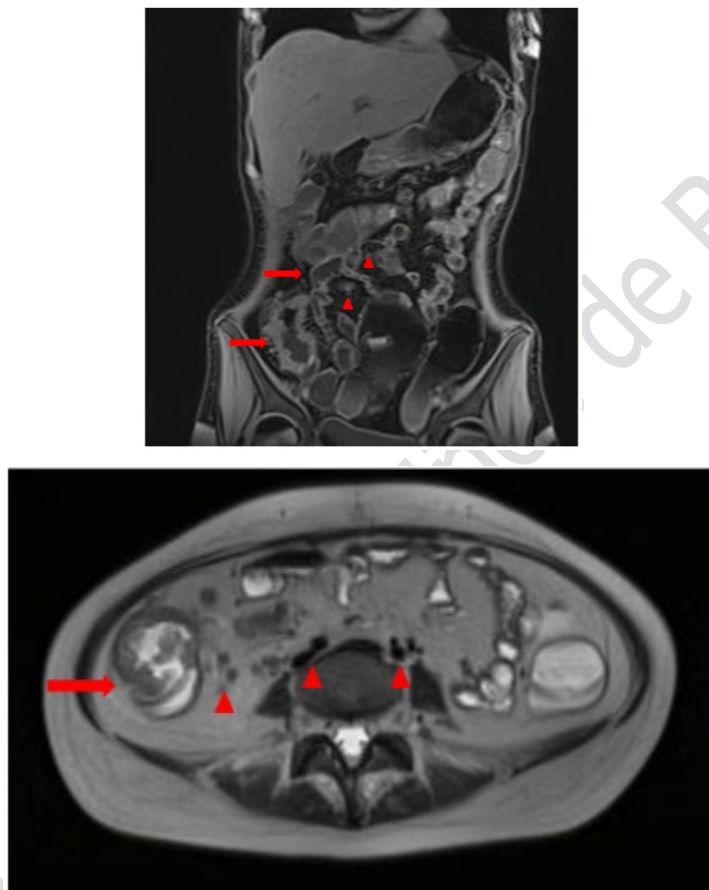
d. Médica pediatra de la Unidad 4, HNRG. ORCID: 0009-0000-8225-8723

**Correspondencia:** [barbarahcosentino@gmail.com](mailto:barbarahcosentino@gmail.com)

**Conflicto de interés:** ninguno que declarar

de interferón gamma por falta de disponibilidad. La enterorresonancia magnética mostró engrosamiento parietal concéntrico en ciego y colon ascendente y múltiples imágenes ganglionares adenomegálicas adyacentes (Figura 3).

**Figura 3.** Enterorresonancia magnética y resonancia magnética de abdomen



Engrosamiento parietal concéntrico a nivel del ciego y porción distal de colon ascendente, con un espesor parietal máximo de 14 mm (flechas rojas), asociado a múltiples imágenes ganglionares adyacentes (triángulos rojos), una de ellas en rango adenomegálico de 12 mm, ingurgitación de vasa recta y trabeculación de los planos grasos adyacentes.

Pese a no contar con un diagnóstico confirmado, pero con alta sospecha clínica y hallazgos en estudios complementarios sugestivos de TB intestinal, se indicó tratamiento anti-fímico con rifampicina 300 mg/día, isoniacida 150 mg/día, pirazinamida 1500 mg/día y etambutol 1000 mg/día. Con mejoría clínica se le otorgó el egreso hospitalario luego de 21 días de internación en sala, a la espera de resultados de cultivos.

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0000-2173-276X

b. Médico residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0006-3047-4532

c. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0000-0003-1923-2234

d. Médica pediatra de la Unidad 4, HNRG. ORCID: 0009-0000-8225-8723

**Correspondencia:** [barbarahcosentino@gmail.com](mailto:barbarahcosentino@gmail.com)

**Conflicto de interés:** ninguno que declarar

La paciente continuó seguimiento ambulatorio con los servicios de Gastroenterología, Tisiología y Adolescencia. Durante los controles, se evidenció una notable mejoría en su actitud alimentaria, observándose un aumento de peso al segundo mes de comenzado el tratamiento. Posteriormente, se recibió el resultado del cultivo de biopsia intestinal positivo para *Mycobacterium bovis* (por técnica de biología molecular se realizó identificación de la especie *M. bovis* confirmada en el Laboratorio de Referencia de Micobacterias-ANLIS Instituto Malbrán), confirmando el diagnóstico de tuberculosis abdominal. Por pérdida de seguimiento, no fue posible suspender pirazinamida y prolongar el tratamiento de acuerdo al rescate, teniendo en cuenta la resistencia intrínseca de dicho germen a esta droga.

### Discusión

La TB es una enfermedad infectocontagiosa, granulomatosa crónica, que se desarrolla en un determinado contexto ambiental, social, sanitario e individual.<sup>7</sup> Si bien la localización más frecuente es pulmonar, aproximadamente el 11 % de los casos corresponden a formas extrapulmonares, incluyendo la abdominal.<sup>1</sup> Esta entidad engloba la alteración del sistema gastrointestinal, ganglios linfáticos u órganos sólidos, siendo más frecuente en peritoneo, íleon, ciego y yeyuno.<sup>2</sup> El diagnóstico definitivo es desafiante e implica la demostración del bacilo en muestras de tejido o fluidos afectados.

La TB es causada principalmente por *Mycobacterium tuberculosis*, cuyo reservorio es el humano y cuya transmisión ocurre por inhalación de gotículas infectadas. Sin embargo, otros microorganismos, como *Mycobacterium bovis*, también pueden causar enfermedad en humanos, aunque con menor frecuencia. Su reservorio principal son los bovinos y la vía de transmisión más habitual es la ingesta de alimentos contaminados como lácteos no pasteurizados.<sup>8</sup> Si bien *Mycobacterium bovis* es relativamente infrecuente frente al total de casos de tuberculosis, aparecen algunos casos relacionados a esta especie que deben ser sospechados y detectados. En el caso aquí descrito, no se pudo identificar el antecedente de este tipo de exposición al interrogatorio, si bien a veces puede resultar difícil obtener datos de la conducta alimentaria completa de los pacientes, sobre todo cuando no es una conducta habitual (como por ejemplo comprar y consumir lácteos comprados en una feria en alguna ocasión aislada). Los mecanismos fisiopatológicos de afectación intestinal incluyen la ingesta de bacilos (esputo infectado o alimentos contaminados), diseminación hematogena o linfática, o extensión desde

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0000-2173-276X

b. Médico residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0006-3047-4532

c. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0000-0003-1923-2234

d. Médica pediatra de la Unidad 4, HNRG. ORCID: 0009-0000-8225-8723

**Correspondencia:** [barbarahcosentino@gmail.com](mailto:barbarahcosentino@gmail.com)

**Conflicto de interés:** ninguno que declarar

sitios adyacentes.<sup>4,6</sup> La diseminación linfática explicaría la localización submucosa de los granulomas en la mucosa intestinal.<sup>9</sup> La TB gastrointestinal se localiza principalmente en la región ileocecal (21-87 %) debido a estasis, abundante tejido linfoide y alto índice de absorción. En contraste, la TB gastroduodenal es muy poco frecuente (0.2-0.6 %) por la escasez de tejido linfoide, pH gástrico ácido y rápido vaciamiento gástrico.<sup>4</sup>

Desde el punto de vista clínico, la TB abdominal puede presentarse bajo tres formas principales: peritoneal, intestinal o incidental (esta última, generalmente en niños asintomáticos con hallazgos radiológicos fortuitos de calcificaciones). En la forma intestinal, el edema, la infiltración celular y la hiperplasia linfoide conducen a engrosamiento parietal y estrechamiento luminal, que pueden manifestarse como dolor abdominal o masa palpable en el cuadrante inferior derecho, simulando un cuadro de apendicitis. La TB peritoneal, por su parte, resulta probablemente de la diseminación de la infección hacia el epiplón y las superficies serosas del intestino y de órganos sólidos adyacentes. Clínicamente, puede presentarse como ascitis o como adherencias peritoneales. Ambas formas suelen acompañarse de síntomas generales - fiebre, anorexia y pérdida de peso- en el 60-70 % de los casos.<sup>10</sup>

En la paciente analizada, el dolor en fosa ilíaca derecha constituyó un hallazgo clínico acorde con la localización ileocecal, en línea con lo reportado en la literatura. Además, presentó pérdida ponderal significativa, hiporexia, astenia y síndrome ascítico-edematoso por hipoalbuminemia, compatibles con patología gastrointestinal crónica. Considerando estas características, se incluyó entre los diagnósticos diferenciales a la TB intestinal y la EII, dos entidades que comparten múltiples manifestaciones clínicas, endoscópicas e incluso histopatológicas, lo que complica su diferenciación. Ambas patologías cursan con síntomas inespecíficos y crónicos, como dolor abdominal, pérdida de peso, fiebre, diarrea, astenia y sudoración nocturna. En la TB abdominal, el dolor en la fosa ilíaca derecha es frecuente, como se observó en el caso de nuestra paciente. Por otro lado, la EII suele presentar un curso clínico en brotes, con períodos de remisión, y puede asociarse a complicaciones como fístulas, estenosis, abscesos y deposiciones con sangre.<sup>5,11</sup> Desde el punto de vista del laboratorio, ambas entidades pueden presentar alteraciones similares, como elevación de reactantes inflamatorios, anemia o hipoalbuminemia, hallazgos observados en nuestra paciente. Para el diagnóstico diferencial, los autoanticuerpos son de utilidad: ASCA para enfermedad de Crohn (EC) y pANCA/PR3-ANCA para

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0000-2173-276X

b. Médico residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0006-3047-4532

c. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0000-0003-1923-2234

d. Médica pediatra de la Unidad 4, HNRG. ORCID: 0009-0000-8225-8723

**Correspondencia:** [barbarahcosentino@gmail.com](mailto:barbarahcosentino@gmail.com)

**Conflicto de interés:** ninguno que declarar

colitis ulcerosa.<sup>12</sup> Sin embargo, aunque los ASCA tienen alta especificidad (90 %), su baja sensibilidad (40 %) limita su valor diagnóstico aislado.<sup>13</sup> La descripción macroscópica del tubo digestivo mediante visión endoscópica y la anatomía patológica de las lesiones son en general las que confirman el diagnóstico.

Al sospechar TB, la búsqueda de un foco pulmonar primario es parte fundamental del abordaje. Esto incluye realizar una radiografía de tórax y una PPD, además de un interrogatorio dirigido sobre antecedentes epidemiológicos, contactos estrechos y exposición a factores de riesgo. Sin embargo, es importante tener en cuenta que una radiografía normal no descarta TB activa, y que una PPD positiva no diferencia entre infección activa, infección latente o vacunación previa con BCG. Asimismo, se ha reportado que la PPD resulta positiva solo en aproximadamente el 50 % de los pacientes con TB intestinal.<sup>9</sup> La videoendoscopia digestiva es fundamental para el diagnóstico diferencial, especialmente entre TB intestinal y EC, dado que sus características endoscópicas e histopatológicas son similares, en aproximadamente el 10 % de los casos de colitis crónica no se logra un diagnóstico definitivo.<sup>14,15</sup> En el caso reportado, la videoendoscopia mostró úlceras profundas, mamelonadas, friabilidad y edema a nivel del ciego y la válvula ileocecal, hallazgos descritos tanto en TB como en EC. Ambas patologías comprometen preferentemente la región ileocecal y presentan granulomas mucosos. Sin embargo, en la TB los granulomas son grandes, confluentes y caseificantes, mientras que en la EC son pequeños, desorganizados y no confluentes.<sup>5,11,15</sup>

El diagnóstico definitivo de TB abdominal se establece mediante el estudio histopatológico, la identificación de bacilos ácido-alcohol resistentes por baciloscopia y el cultivo de muestras obtenidas de la endoscopia.<sup>4</sup> En el caso de la paciente, el cultivo de la muestra obtenida por biopsia fue determinante para establecer el diagnóstico definitivo, al permitir la identificación del agente causal. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) puede ser útil como método complementario para la detección del genoma de *Mycobacterium tuberculosis*,<sup>6,9</sup> teniendo en cuenta que no siempre permite diferenciar entre las distintas especies del complejo. Asimismo, el ensayo de liberación de interferón-gamma (IGRA, por su denominación en inglés: Interferon-gamma release assay) es una herramienta diagnóstica adicional que mide la respuesta inmunitaria mediada por interferón-gamma en infección por *M. tuberculosis*, siendo útil para detectar infección latente o activa, pero sin confirmar el diagnóstico. Este

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0000-2173-276X

b. Médico residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0006-3047-4532

c. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0000-0003-1923-2234

d. Médica pediatra de la Unidad 4, HNRG. ORCID: 0009-0000-8225-8723

**Correspondencia:** [barbarahcosentino@gmail.com](mailto:barbarahcosentino@gmail.com)

**Conflicto de interés:** ninguno que declarar



estudio no se encuentra disponible de forma universal, tal como ocurrió en el presente caso.<sup>7</sup>

El tratamiento para TB abdominal difiere de forma significativa del de la EII. Mientras que esta última requiere inmunosupresores (corticoides y agentes biológicos), la TB abdominal se trata con terapia antifúngica. La administración de inmunosupresores en un paciente con TB activa o latente no diagnosticada puede tener consecuencias graves, como la reactivación de la infección o su diseminación sistémica.<sup>11</sup> En el caso presentado, se indicó tratamiento antifúngico ante la sospecha de TB, evitando riesgos asociados al uso de inmunosupresores, y obteniendo posteriormente la confirmación con cultivo positivo para *Mycobacterium bovis*. La identificación específica de *M. bovis* como agente etiológico reviste gran importancia terapéutica, ya que es fundamental distinguirla de *M. tuberculosis*, porque presenta una resistencia intrínseca a la pirazinamida, uno de los fármacos de primera línea utilizados habitualmente en el esquema estándar. Por lo tanto, el tratamiento debe ajustarse excluyendo la pirazinamida, y suele requerir una duración prolongada, habitualmente de 12 meses, utilizando isoniazida, rifampicina y etambutol, ajustando según sensibilidad y tolerancia.<sup>10</sup> En el caso presentado, debido a la pérdida del seguimiento ambulatorio, no fue posible realizar la modificación terapéutica correspondiente tras conocerse la especie micobacteriana aislada.

En conclusión, la TB abdominal representa un verdadero desafío diagnóstico para el equipo tratante. Debe ser tenida en cuenta como parte del diagnóstico diferencial en pacientes con síntomas abdominales crónicos y signos de malabsorción o inflamación intestinal. La evaluación integral, que incluya estudios de imagen, endoscopia, biopsias y métodos microbiológicos, es clave para descartar etiologías infecciosas, dado que un tratamiento inadecuado puede incrementar la morbilidad y empeorar el pronóstico del paciente. En este contexto, el rescate de *M. bovis* reviste particular relevancia por las implicancias terapéuticas que conlleva, dada su resistencia natural a la pirazinamida. Este hallazgo subraya la importancia de realizar estudios microbiológicos específicos para identificar con precisión el agente etiológico para orientar adecuadamente el tratamiento y evitar fallas terapéuticas.

### Bibliografía

1. Ministerio de Salud República Argentina. Coordinación de Tuberculosis y Lepra; Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Dr. Emilio Coni; Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (ANLIS-Malbrán). Boletín epidemiológico N° 8: Tuberculosis y lepra en la Argentina. Año VIII. Buenos Aires. 2025. [Consultado 31-12-2025] Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/boletin-8\\_tbc-260325.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/boletin-8_tbc-260325.pdf)

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0000-2173-276X

b. Médico residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0006-3047-4532

c. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0000-0003-1923-2234

d. Médica pediatra de la Unidad 4, HNRG. ORCID: 0009-0000-8225-8723

**Correspondencia:** [barbarahcosentino@gmail.com](mailto:barbarahcosentino@gmail.com)

**Conflicto de interés:** ninguno que declarar

2. Lancella L, Abate L, Cursi L, et al. Abdominal tuberculosis in children: a case series of five patients. *Microorganisms*. 2023; 11(3):730.
3. Smiles S, Stante C, Ruda M, et al. Tuberculosis abdominal en pediatría: presentación de un caso. *Arch Argent Pediatr* 2024; 122(2): e202310049.
4. Ortiz-Gonzales J, Reyes-Segura MP, Sánchez-Lozada R, et al. Tuberculosis gastrointestinal. *Cir Gen*. 2002; 24(1):66–71.
5. Naous A, Naja Z, Ramadan A, Ahmad-Kassem B, et al. Case report: A case of *Mycobacterium bovis*, in a previously healthy 10-year-old girl in Lebanon. *Radiol Case Rep*. 2025; 20 (4):2167-2174.
6. Sartoris G, Seddon JA, Rabie H, et al. Abdominal Tuberculosis in Children: Challenges, Uncertainty, and Confusion. *J Pediatric Infect Dis Soc*. 2020; 9(2):218-227.
7. González NE, Cipriani S, Inventaz S, et al. Tuberculosis en niños, niñas y adolescentes: criterios de diagnóstico y tratamiento. Actualización 2024. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría, 2024. [Internet] [Consultado 31-12-2025] Disponible en: [https://www.sap.org.ar/docs/pdf/consensos\\_tuberculosis-en-ninos-ninas-y-adolescentes-criterios-de-diagnostico-y-tratamiento-actualizacion-2024-135.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/pdf/consensos_tuberculosis-en-ninos-ninas-y-adolescentes-criterios-de-diagnostico-y-tratamiento-actualizacion-2024-135.pdf)
8. Alfayate Miguelez S, Miguélez SA, Fernández JP, et al. Enfermedad tuberculosa por *Mycobacterium bovis* en la región de Murcia. *An Pediatr (Barc)*. 2009; 71(4):327–30.
9. Kim KM, Lee A, Choi KY, et al. Intestinal tuberculosis: clinicopathologic analysis and diagnosis by endoscopic biopsy. *Am J Gastroenterol*. 1998; 93(4):606–9.
10. Veeragandham RS, Lynch FP, Canty TG, et al. Abdominal Tuberculosis in Children: Review of 26 Cases. *J Pediatr Surg* 1996; 31(1):170-5; discussion 175-6.
11. Merino Gallego E, Gallardo Sánchez F, Gallego Rojo FJ. Tuberculosis intestinal: importancia y dificultad del diagnóstico diferencial con enfermedad de Crohn. *Rev Esp Enferm Dig*. 2018; 110(10):650–7.
12. Kim JM, Choi YM, Jung SA, et al. Diagnostic utility, disease activity, and disease phenotype correlation of serum ASCA, pANCA, and PR3-ANCA in pediatric inflammatory bowel disease. *J Pediatr (Rio J)*. 2024; 100(2):204–11.
13. Kim YS, Kim YH, Kim WH, et al. Diagnostic utility of anti-*Saccharomyces cerevisiae* antibody (ASCA) and interferon- $\gamma$  assay in the differential diagnosis of Crohn's disease and intestinal tuberculosis. *Clin Chim Acta*. 2011; 412(17–18):1527–32.
14. Seddon JA, Ward BJ. Tuberculosis. En: Kliegman RM, Stanton BMD, St. Geme JW, Schor NF, eds. *Nelson. Tratado de Pediatría*. 21ª ed. Barcelona: Elsevier; 2020: 1973–5.
15. Moka P, Ahuja V, Makharia GK. Endoscopic features of gastrointestinal tuberculosis and Crohn's disease. *J Dig Endosc* 2017; 8:1-11.

Texto recibido: 27 de mayo de 2025

Aprobado: 10 de noviembre de 2025

Conflicto de interés: ninguno que declarar

Forma de citar: Cosentino B, Pombo D, Zwirner A et al.

El desafío de diagnosticar tuberculosis abdominal.

*Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2025; 67 (299):442-451*

a. Médica residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0000-2173-276X

b. Médico residente de cuarto año de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0009-0006-3047-4532

c. Médica pediatra. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, HNRG. ORCID: 0000-0003-1923-2234

d. Médica pediatra de la Unidad 4, HNRG. ORCID: 0009-0000-8225-8723

**Correspondencia:** [barbarahcosentino@gmail.com](mailto:barbarahcosentino@gmail.com)

**Conflicto de interés:** ninguno que declarar