

# Tuberculosis Gástrica. A propósito de un caso.

*Autores: Dr. Gustavo Trujillo E. (2), Dr. Iván Nieto O., (1), Dr. Ernesto Paladines P. (1), Dr. Juan Carlos Palomino P. (3), Dra. France Aguilar. (2).*

(1) Médico Tratante del Dpto Gastroenterología SOLCA

(2) Médicos Postgradistas de Gastroenterología SOLCA

(3) Médico Postgradista de Imágenes SOLCA

## Abstracto

Describiremos el caso de un paciente masculino de 29 años de edad, quien consulta por un cuadro clínico caracterizado por dolor en epigastrio y flatulencia. Se le realiza Endoscopia apreciándose un canal pilórico estenosado, siendo la biopsia normal (incluyendo duodeno). En TAC de abdomen se aprecia engrosamiento a nivel del antro, siendo un probable diagnóstico una neoplasia gástrica. Paciente es intervenido quirúrgicamente (gastroyeyunoanastomosis) biopsiando ganglios a nivel de arteria gastroduodenal derecha, los cuales a la congelación revelan una probable tuberculosis gástrica.

**Palabre clave:** Tuberculosis Gástrica

## Abstract

We will describe a case of patient 29 years old male, who was admitted to our Hospital for epigastric pain and dispepsy. Gastrointestinal fiberscopy revealed a narrow pylori, biopsy was normal (included duodeno). Abdominal computed tomography (CT) showed a possible gastric cancer. Gastroyeyunoanastomosis was then done. Histological examination during surgery revealed a possible tubercular lesions in regional lymph nodes.

**Keyword:** Gastric tuberculosis

## Introducción

La Tuberculosis Gástrica es rara; la asociación de Tuberculosis gástrica con cáncer gástrico es rarísima; ciertos Linfomas pueden simular tuberculosis gástrica así como la tuberculosis gástrica puede simular cáncer gástrico es un hecho que puede darse. Se presenta este caso en donde se barajan todos los diagnósticos mencionados, en un país como el nuestro en donde la Tuberculosis aun es una patología frecuente y en donde el cáncer gástrico es prácticamente una endemia, precisamente en un Hospital donde la incidencia de Linfomas Gástricos es un problema relativamente común.

## Presentación del caso

Paciente masculino de 29 años de edad conocido en ION-SOLCA desde el 5 de agosto del 2002 por dolor en epigastrio y flatulencia de 6 meses de evolución, acompañado de pérdida de peso (20 libras)

El 19 de agosto se le realiza EDA en la cual se observa en el antro a nivel de cara anterior de región prepilórica un rodete tumoral que infiltra canal pilórico, estenosando parcialmente, el cual es duro a la biopsia, duodeno normal. (Foto 1,2,3).

### Correspondencia y separatas:

**Dr. Iván Nieto Orellana,**

**Servicio de Oncología**

**ION-SOLCA**

**Av. Pedro Menéndez Gilbert (junto a la Atarazana)**

**Guayaquil-Ecuador**

© Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer SOLCA. Sede Nacional, Guayaquil - Ecuador

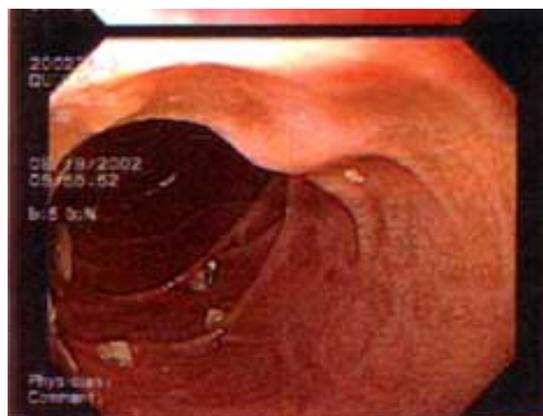


Foto 1



Foto 2





Foto 3

El TAC abdominal (20/08/02) mostró un estómago distendido, engrosamiento a nivel del antro; no adenomegalias retroperitoneales, ni ascitis; hígado levemente aumentado de tamaño, con infiltración grasa. (Foto 4, 5 y 6).

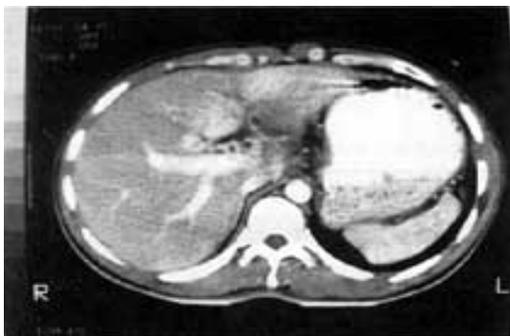


Foto 4: Engrosamiento gástrico

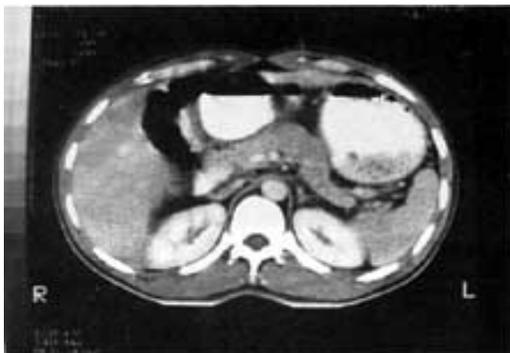


Foto 5

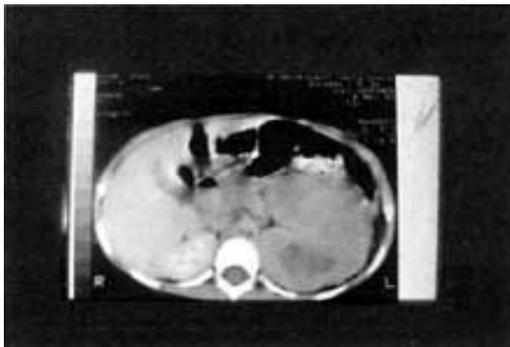


Foto 6

Biopsia (19/08/02) reveló mucosa de tipo de intestino delgado con inflamación crónica acentuada, negativo para *Helicobacter Pylori*.

Paciente tiene además EDA particular con biopsia (17/07/02) en región prepilórica, gastritis crónica con actividad inflamatoria severa, erosión focal, metaplasia intestinal completa (negativa para *Helicobacter Pylori*); duodenitis crónica severa.

Hemograma completo, enzimas hepáticas y CEA fueron normales ((9/09/02).

Por imágenes en TAC y EDA muy sugestivas de cáncer gástrico (pese a tener dos biopsias negativas para malignidad, paciente pasa a Cirugía (Comité de Tumores).

Se realiza Laparotomía exploradora (30/09/02) encontrándose gran adherencia que compromete curvatura menor, piloro y primera porción del duodeno, borde superior del páncreas y múltiples ganglios a nivel de arteria gastroduodenal derecha los cuales se envían a estudio por congelación (histopatológico) reportando preliminarmente tejido granuloso tuberculoide, por lo que se realiza gastroenteroanastomosis; además se palpan múltiples ganglios a nivel de retroperitoneo.

Luego de cirugía paciente se realiza radiografía de tórax control, donde no se aprecian lesiones infiltrativas a nivel de parénquima pulmonar, cabe recalcar que paciente también tenía radiografía de tórax previa (12/07/02) la cual era normal.

### Discusión

Hemos querido publicar este particular caso de Tuberculosis gástrica debido a que ésta es una patología bastante rara y muchas veces no diagnosticada, además al ser este un centro oncológico es recomendable conocer otro tipo de enfermedades que simulan un cáncer. En este caso la sintomatología era como en la de muchas neoplasias característica (pérdida de peso, dolor epigástrico, dispepsia) pero luego de la realización de dos endoscopias con sus respectivas biopsias, las cuales no arrojaron datos sobre malignidad, pudiese ser lógico sospechar en otro tipo de patologías que pudieran dar igual sintomatología ( 6 ).

La Tuberculosis gástrica es rara debido a múltiples factores ,como la presencia de ácido clorhídrico a nivel del lumen gástrico o gran motilidad en estómago,entre otras ( 6 ). Sin embargo el cáncer gástrico puede presentarse conjuntamente con tuberculosis como se ha reportado en algunos casos ( 5 ) en los que el examen histopatológico reveló células gigantes de Langhan y epitelio granulomatoso en lesiones de cáncer gástrico, muchas veces en estos pacientes la tuberculosis pulmonar se encuentra inactiva (5,6). La coexistencia de ambas patologías es una coincidencia posible, sólo en Japón se han reportado hasta el momento 18 casos ( 5 )

Cabe señalar que en pacientes con Linfomas , una reacción sarcoide es ocasionalmente observada, pero los linfomas relacionados a granulomas con necrosis caseosa son excepcionales, pero si han sido descritos (como en el caso de un paciente japonés, en donde como primer diagnóstico fue una tuberculosis gástrica,

pero al no responder a los antifímicos y al nunca encontrarsele mycobacterias, dieron como resultado final de diagnóstico un Linfoma gástrico de células T) ( 3 ).

No sólo la Tuberculosis puede afectar el estómago en el aparato digestivo, sino cualquier parte del mismo. Se han reportado casos de Tuberculosis esofágica o colónica ( Se ha reportado casos en que la tuberculosis simula Enfermedad de Crohn( 2,4 )) las mismas que generalmente para producirse tuvieron alguno de estos orígenes: Deglución del esputo en pacientes que tiene tuberculosis pulmonar avanzada( 4 ) o compromiso directo, desde pulmones, nódulos linfáticos mediastinales o columna vertebral afectada por Tuberculosis

Es también sabido que la Tuberculosis se asocia con el SIDA y por obvias razones en los pacientes que presenten Tuberculosis gástrica se debe también investigar este síndrome ( 1 )

En este paciente se sospechó primeramente en un cáncer gástrico, pero luego de una serie de exámenes estamos ante el probable diagnóstico de Tuberculosis gástrica. Si bien en este paciente no se han completado todos los estudios anatomopatológicos los cuales podrían confirmar el diagnóstico, superponerlo (Si estuviera asociada la Tuberculosis al cáncer gástrico previamente sospechado), negarlo (Si estuviéramos ante alguna clase de Linfoma que simule a la Tuberculosis), no es menos cierto que el segundo diagnóstico es el más probable siendo este un perfecto ejemplo de diagnóstico diferencial en la patología oncológica.

## Bibliografía

1. Brody JM;Miller DK;Zeman RK.Radiology.1986 May;159(2):347-8:Gastric tuberculosis: a manifestation of acquired immunodeficiency syndrome.
2. Constantinos Chatzicostas,Ioannis E Koutroubakis. Department of Gastroenterology, University Hospital Heraklion, Crete, Greece. BMC Gastroenterology 2002 2:10. Colonic tuberculosis mimicking Cronh's disease: case report
3. Hideki Asakawa, Motomu Tsuji. Journal of Gastroenterology. Abstract Volume 36 Issue 3 (2001) pp 190-194. Case report:Gastric T cell lymphoma presenting with epithelioid granulomas mimicking tuberculosis in regional lymph nodes
4. HK Parikh, DM Parikh. Department of Surgical Oncology,Tata Memorial Hospital ,Dr E. Borges Marg.Parel,Mumbai-400 012. 1989.Primry Oesophageal Tuberculosis.
5. Masami Asakawa, Iwao Kaneko, Toyofumi Takeyari. Department of Surgery, Toyooka Hospital Department of Clinical Pathology, Toyooka Hospital.. Jpn J. Gastroenterol Surg 34:1527-1531,2001. A case of Gastric Cancer Associated with Gastric Tuberculosis.
6. UC Ghoshal, AK Pal, MK Goenka. Department of Gastroenterology,Sanjay Gandhi Postgraduate Institute of Medical Sciencies; Seth Sukhlal Karnani Memorial Hospital and Institute of Postgraduate Medical Education and Research,244,AJC . Calcuta 2000. Isolated Gastric Tuberculosis: Adiagnostic Challenge For The Clinician.

