

REPORTE DE CASO

Tuberculosis gástrica que simula otra patología: caso clínico

Gastrointestinal tuberculosis that mimics other pathologies: A clinical case / Tuberculose gástrica que simula outra patologia: caso clínico

Alejandro Carvajal L¹, Jerónimo Toro C², Fernando Coutin M³, Javier Serrano de Castro⁴, Ana María Carvajal L⁵

Fecha de recibido:

21 de enero de 2015

Fecha de aprobación:

31 de agosto de 2015

RESUMEN

La tuberculosis gástrica es una entidad rara que simula otras patologías. Suele asociarse con diagnósticos tardíos debido a sus características clínicas y forma de presentación atípica en este tipo de órganos. Se extrajeron los datos de la historia de una paciente, previo consentimiento informado. Se describen las características clínicas, el enfoque inicial, los hallazgos endoscópicos y la similitud con otras patologías, para terminar con una revisión del tema en la literatura. La tuberculosis gástrica simuló, inicialmente, otras patologías, lo que generó retraso y algunas dificultades en el diagnóstico y manejo. Se trata de una entidad con manifestaciones clínicas variables e inespecíficas, que se confunden con otras entidades, dada su similitud clínica y poca frecuencia de presentación. Existe poca literatura y la mayoría se limita a reportes de casos aislados, con comportamiento benigno y respuesta adecuada al manejo médico con fármacos antituberculosos.

Palabras clave: tuberculosis; diagnóstico diferencial; endoscopia; estomago; intestino delgado; intestino grueso.

ABSTRACT

Gastrointestinal tuberculosis is a rare entity that mimics other pathologies. It is commonly associated with late diagnosis due to its clinical characteristics and atypical presentation in these types of organs. Data were taken from the medical record of a patient following informed consent. Clinical characteristics, initial focus, endoscopic findings, and similarities with other pathologies are described, and a topic review was done. Initially, gastric tuberculosis mimicked other pathologies causing a delay and difficulty to issue correct diagnosis and treatment. This entity has variable and nonspecific clinical manifestations which can be confused with other entities due to clinical similarities and infrequent presentation. There is scarce literature and most is limited to isolated case reports with benign behavior and adequate response to TB treatment.

Keywords: tuberculosis; diagnosis, differential; endoscopy; stomach; intestine, small; intestine, large.

RESUMO

A tuberculose gástrica é uma entidade rara que simula outras patologias. Acostuma associar-se com diagnósticos tardios devido a suas características clínicas e forma de apresentação atípica neste tipo de órgãos. Se extraíram os dados da história de uma paciente, prévio consentimento informado. Se descrevem as características clínicas, o enfoque inicial, os descobertas endoscópicos e a similitude com outras patologias, para terminar com uma revisão do assunto na literatura. A tuberculose gástrica simulou, inicialmente, outras patologias, o que gerou atraso e algumas dificuldades no

Forma de citar este artículo:

Carvajal A, Toro J, Coutin F, Serrano J, Carvajal AM. Tuberculosis gástrica que simula otra patología: caso clínico. Med U.P.B. 2015;34(2): 159-164. <http://dx.doi.org/10.18566/medupb.v34n2.a09>

1. Cirujano general, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.
2. Médico residente de Cirugía General, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.
3. Médico general, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia. Clínica del Norte. Bello, Colombia.
4. Médico general, Universidad CES. Medellín, Colombia.
5. Médico general, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

Dirección de correspondencia: Jerónimo Toro Calle. Correo electrónico: jerotoro1@hotmail.com

diagnóstico e manejo. Se trata de uma entidade com manifestações clínicas variáveis e inespecíficas, que se confundem com outras entidades, dada sua similitude clínica e pouca frequência de apresentação. Existe pouca literatura e a maioria se limita a reportes de casos isolados, com comportamento benigno e resposta adequada ao manejo médico com fármacos antituberculosos.

Palavras chave: tuberculose; diagnóstico diferencial; endoscopia; estômago; intestino delgado; intestino grosso.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) se ha considerado como una enfermedad del tercer mundo; sin embargo, la evidencia reciente ha observado un aumento en Estados Unidos desde la década de 1980. La TB intestinal representa la mayoría de los casos de TB extrapulmonar; y es el intestino delgado el órgano gastrointestinal más frecuentemente afectado¹, sin embargo, se reporta un número creciente de casos de TB de colon y estómago. La TB gastrointestinal más frecuente se localiza en la zona ileocecal, seguido por el colon ascendente, colon transverso, duodeno, estómago y colon sigmoide^{2,3}, en orden descendente. Por sus síntomas inespecíficos, es difícil diferenciar de otras enfermedades intestinales. Debe ser diagnosticada con base en consideraciones generales, incluidas las manifestaciones clínicas, hallazgos endoscópicos y biopsia. Por lo tanto, debe ser discriminada de entidades como la enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa, cáncer de colon, colitis isquémica, amebiasis intestinal, cáncer gástrico y linfomas. La reciente evolución de los métodos endoscópicos, las biopsias y tinciones para bacilos ácido-alcohol resistentes permiten un diagnóstico precoz y manejo oportuno².

El diagnóstico diferencial de la TB gástrica y el cáncer gástrico es difícil de establecer por las características endoscópicas que ambas comparten, así como diferenciar la enfermedad de Crohn de la TB intestinal y colónica es un dilema para médicos y patólogos al ser ambos trastornos con inflamación granulomatosa crónica con características clínicas similares⁴. Presentamos un caso de una paciente con TB gástrica, en la que el

diagnóstico inicial de trabajo sugirió otro trastorno como cáncer gástrico. El informe destaca la necesidad de tomar conciencia de la existencia de este tipo de trastornos en el diagnóstico diferencial de pacientes con lesiones que simulan otro tipo de patologías.

CASO CLÍNICO

Paciente de género femenino de 62 años de edad, remitida de otra institución de salud de la ciudad de Medellín por un cuadro de cuatro meses de evolución de pérdida de peso, de 12 Kg, asociado con astenia, adinamia e hiporexia y con una endoscopia digestiva superior (EDS) que mostraba gran masa en el cuerpo gástrico, ulcerada, que ocupaba casi toda la circunferencia y respetaba fundus y antro distal, friable y fácilmente sangrante a la toma de la biopsia. Radiografía de tórax reportada con calcificaciones apicales inespecíficas. Se remitió por alta sospecha de cáncer gástrico para completar estudios de extensión. Al examen físico paciente desnutrida, sin otras alteraciones relevantes. Exámenes paraclínicos con hemoglobina de 8.1, sin leucocitosis, albúmina de 2.1 y fosfatasa alcalina de 196 U/L, resto sin alteraciones. Imágenes diagnósticas, con tomografía de abdomen que reportó engrosamiento concéntrico antral con espesor mural de 23 mm, imágenes compatibles con metástasis hepáticas, en segmentos V, VI, VII y VIII, adenopatías en ligamento gastrohepático, líquido libre en cavidad abdominal y colelitiasis (Figuras 1 y 2).

Se enfocó el caso como posible cáncer gástrico; sin embargo, en la biopsia se evidenció úlcera con inflamación crónica granulomatosa. Durante hospitalización



Figura 1.



Figura 2.

paciente presenta cambios de comportamiento. Dados hallazgos en la patología y clínica se decide realizar estudios complementarios, con punción lumbar, estudios microbiológicos, nueva EDS institucional (Figuras 3 y 4) más patología y cultivos, además de tomografía de tórax para descartar origen pulmonar.

Posteriormente, se evidencian lesiones en árbol de gemación en la tomografía torácica sugestivos de TB en ambos vértices (Figuras 5 y 6) y hallazgos en líquido cefalorraquídeo compatibles con TB meníngea por leucocitos de 22 000, neutrófilos 14%. Linfocitos 86% proteínas 216

mg/dl, glucosa 25 mg/dl, adenosín deaminasa (ADA) de 28 U/L. Se realizaron estudios de VIH y serología VDRL que fueron no reactivos. La nueva biopsia de la lesión gástrica mostró nuevamente inflamación crónica granulomatosa y tinción de Zielh Nielsen positiva para bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR). El cultivo confirmó la presencia de *M. tuberculosis*. En la actualidad paciente está en tratamiento para TB diseminada, con evolución lenta hacia la mejoría, difícil control del cuadro neurológico, postrada en cama, con poco contacto con el medio.

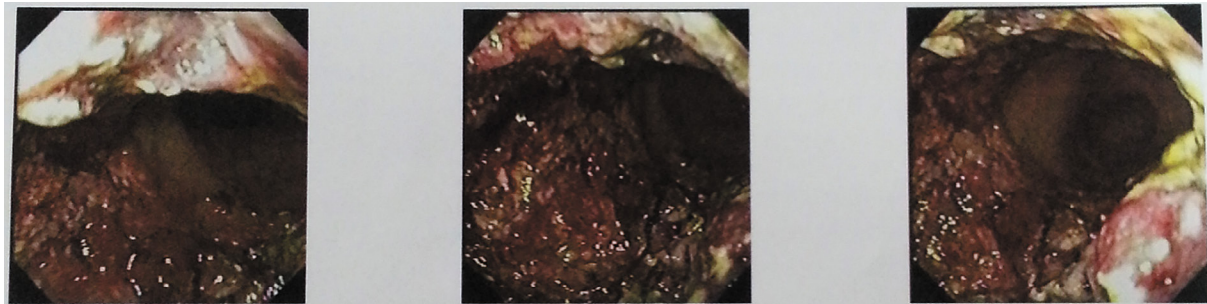


Figura 3.



Figura 4.

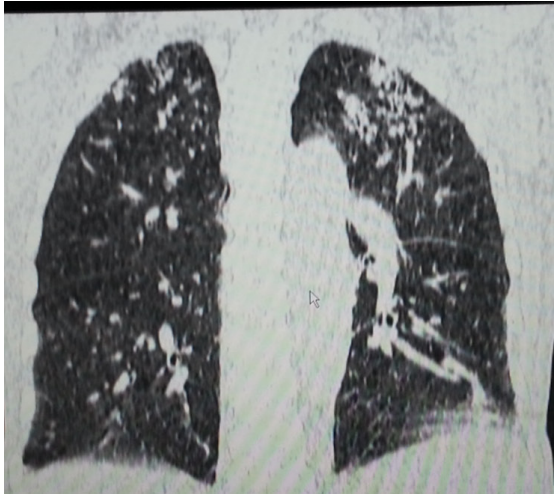


Figura 5

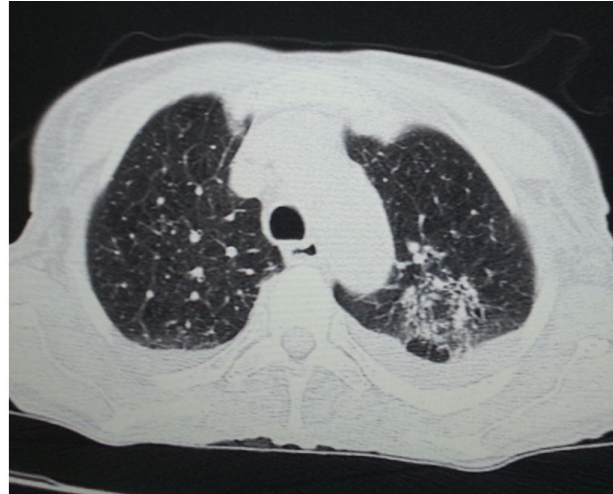


Figura 6

DISCUSIÓN

La TB sigue siendo común y constituye una importante causa de morbilidad y mortalidad, tanto en países subdesarrollados como en desarrollo. La incidencia anual de TB en el mundo es de 9.4 millones de casos¹. La TB gastrointestinal es el sexto sitio más común de TB extrapulmonar, lo que representa el 3%-5% de todos los casos extrapulmonares después de la TB ganglionar, genitourinaria, osteoarticular, miliar y meníngea^{2,3}. Las manifestaciones pueden ser inespecíficas e imitar muchas condiciones, incluidos los tumores malignos. Los hallazgos endoscópicos e imagenológicos son innumerables, y dependen de la etapa de la enfermedad y el tiempo en el que se llevan a cabo los estudios, por lo tanto, el diagnóstico es difícil. La endoscopia es ahora el examen de elección porque permite la visualización y la toma de muestras de tejido para histología y cultivo. Esto se complementa con imágenes radiológicas².

Este caso ilustra la importancia de considerar la TB gastrointestinal (TBGI) en el diagnóstico diferencial de pacientes que presentan signos y síntomas abdominales inespecíficos. Demuestra el desarrollo de TB en el estómago, es una persona no inmunocomprometida⁴. Aunque la TBGI es relativamente poco común en los países desarrollados, su incidencia ha aumentado considerablemente durante las últimas décadas, debido, principalmente, a la infección por VIH, la pobreza, el deterioro de las condiciones sociales y la inmigración^{5,6}. La incidencia y la gravedad de la TBGI son mayores en pacientes inmunosuprimidos, y tiene una progresión más rápida debido a dicha respuesta inmune deficiente⁵. Sin embargo, esta paciente no pertenecía a estos grupos ni tuvo contacto con personas de estas poblaciones. La TBGI es causada

por *M. tuberculosis* y puede ser una infección primaria o secundaria después de una infección o una reactivación de la infección pulmonar latente. Las potenciales vías de infección son la diseminación hematogena de un foco pulmonar, la ingesta de bacilos presentes en el esputo o en leche contaminada, la diseminación linfática y, en raras ocasiones, se propagan de órganos adyacentes⁵.

Cualquier parte del tracto gastrointestinal es potencialmente afectada. En general, la prevalencia depende de la severidad de la tuberculosis pulmonar (TBP): con 1% para enfermedad mínimamente avanzada, 4.5% en pacientes con compromiso moderado y en 25% para aquellos con TBP severamente avanzada. En los casos mortales de TBP, el 55%-90% tiene compromiso gastrointestinal² y, en general, del 20%-25% de la TBGI tiene evidencia de TBP. Las manifestaciones de la TBGI se dividen en tres categorías: la forma ulcerosa (60%), la hipertrófica (10%) y las lesiones tumorales como la úlcera hipertrófica (30%) que simulan tumores malignos². Las manifestaciones clínicas dependen del sistema inmune del huésped. La forma ulcerosa se produce en los pacientes con una respuesta inmune reducida, mientras que la forma hipertrófica se produce en las personas con un sistema inmunológico competente⁷.

La Tuberculosis gástrica es una entidad poco frecuente, incluso en un país como India, en el que la tuberculosis es endémica⁸. La razón de esto se ha atribuido a la propiedad bactericida del ácido gástrico, la escasez de tejido linfóide en la pared gástrica y la integridad de la mucosa del estómago^{9,10}. Las posibles vías de infección en el estómago son la infección directa de la mucosa, diseminación hematogena o extensión de una lesión tuberculosa vecina^{11,12}. La obstrucción pilórica es la presentación más común de tuberculosis gástrica¹³. Otras presentaciones

en la literatura son hematemesis¹⁴, perforación¹⁵, úlcera que no cura¹⁶, y disfagia⁹.

El tratamiento antituberculoso constituye la base del tratamiento cuando se realiza el diagnóstico de la tuberculosis gástrica. Debido a la falta de diagnóstico clínico preciso y la baja sensibilidad en las pruebas de laboratorio, la mayoría de los pacientes necesitan una intervención quirúrgica para el diagnóstico^{9,11}. Incluso si se diagnostica por biopsia endoscópica, la cirugía llega a ser necesaria para el manejo de complicaciones como el síndrome pilórico, la perforación o la hemorragia exanguinante¹³⁻¹⁵. En un estudio realizado en la India, Singh Puri *et al.*, reportan una serie de casos de 13 pacientes con obstrucción pilórica en quienes se diagnosticó tuberculosis gastroduodenal. El manejo se realizó con terapia anti-TB más dilatación endoscópica, solo se hizo cirugía en los casos de fracaso al manejo endoscópico. Concluyeron que la dilatación endoscópica con balón más la terapia anti-TB es el principal tratamiento para esta condición. Los pacientes se siguieron durante un período de dos años¹⁷. En este caso, se reporta una paciente con una lesión corporal de aspecto tumoral, sangrante, de gran tamaño, con características endoscópicas de malignidad e, incluso, hallazgos a la tomografía de abdomen que sugerían enfermedad a distancia por implantes hepáticos, ganglionares y ascitis. Solo hasta tener el reporte oficial de la patología se llegó al diagnóstico por la presencia de enfermedad granulomatosa crónica. Posteriormente, se documentó TB diseminada (abdominal, gástrica, hepática, meníngea) con origen pulmonar. Actualmente la paciente se encuentra en tratamiento anti-TB.

En un estudio de Nagi *et al.*, solo el 10.8% de los 684 casos con tuberculosis abdominal tenía TB colónica¹⁸. Pocos reportes de casos y de series de casos retrospectivas describen las características endoscópicas de la tuberculosis del colon¹⁹⁻²⁵. Los pacientes con TB colónica tienen síntomas inespecíficos; la pérdida de peso y el dolor abdominal son los síntomas predominantes en más del 80% de los pacientes²⁵. En el colon las úlceras tuberculosas suelen ser similares morfológicamente a las úlceras de la enfermedad de Crohn, pero podrían diferenciarse en que las de TB son predominantemente lineales, fisuradas, transversales o circunferenciales y en que la mucosa que rodea a estas úlceras es anormal; sin embargo, estas características no se presentan en la mayoría de los pacientes^{26,27,28}. A diferencia de la TB gástrica, los pacientes con TB colónica rara vez necesitan una intervención quirúrgica para su diagnóstico pero, en ocasiones, es requerido. La mayoría de las lesiones se resuelven con tratamiento anti-TB, incluidas las estenosis colónicas, lo que sugiere que son más de naturaleza inflamatoria que fibrótica²⁶.

La afectación de la zona anoperineal es extremadamente rara por cuanto se presenta en menos del 1% de todos los casos de TB y se manifiesta en la mayoría de los casos con fisuras, sangrado y dolor perianal intenso^{26,27}. Diferenciar la tuberculosis anal de la enfermedad de Crohn es difícil. Ambas condiciones tienen ciertas características similares, incluidas las lesiones no colónicas, compromiso ileocecal y granulomas en el examen histológico. Cuando se considera la tuberculosis, debe tomarse una biopsia de la lesión, además de realizar tinciones específicas, reacción en cadena de la polimerasa y cultivos²⁶. El tratamiento de la tuberculosis anal es médico. Solo se necesitan procedimientos quirúrgicos si hay una fístula o abscesos. La regresión se da en pocas semanas tras el tratamiento²⁹.

El diagnóstico de la TB gastrointestinal, colónica y anal es difícil, dada su similitud clínica con otras entidades que afectan el tracto gastrointestinal y lo inespecífico de sus síntomas. El hallazgo específico de granulomas caseificantes y bacilos ácido-alcohol resistentes no se presenta con frecuencia. Debe tenerse alto índice de sospecha en áreas no endémicas o en pacientes con pobre respuesta al manejo instaurado y solicitar estudios complementarios como tinciones específicas, reacción en cadena de la polimerasa y cultivos. El tratamiento de elección es la terapia con fármacos antituberculosos, y solo en casos específicos la cirugía. La endoscopia superior o la colonoscopia de seguimiento no se requieren en pacientes que tienen mejoría sintomática después de un tratamiento anti-TB^{8,27}.

En conclusión, la tuberculosis gástrica, colónica y anal son entidades con manifestaciones variables e inespecíficas, que conllevan el peligro de ser confundidas con otras patologías por su similitud clínica y poca frecuencia de presentación. Existe poca literatura y la mayoría se limita a reportes de caso o series de casos. La mayoría tienen comportamiento benigno y respuesta adecuada al manejo médico con fármacos antituberculosos. La cirugía se reserva para casos específicos o, incluso a veces, es realizada en pacientes con indicación quirúrgica de entrada en los que no se ha establecido un diagnóstico puntual de la enfermedad y al que solo se llega una vez se realiza el estudio histológico de la pieza quirúrgica como tal.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. WHO. Global Tuberculosis control - epidemiology, strategy, financing. WHO, 2009, pp 411 (WHO/HTM/TB/2009).
2. Chong VH, Lim KS. Gastrointestinal tuberculosis, review article. Singapore Med J 2009; 50(6):644.
3. Hamer DH, Gorbach SL. Tuberculosis of the intestinal tract. In: Felman M, Scharschmidt BF, Sleisenger MH, eds. Sleisenger and Fordtrans's Gastrointestinal and Liver Disease. Pathophysiology, diagnosis and management. 6th ed. Vol 2. Philadelphia: WB Saunders, 1998: 1622-1624.
4. Foster BD, Buchberg B, Parekh NK, Case of intestinal tuberculosis mimicking Crohn's disease. Am J Case Rep 2012; 13:58-61.
5. Donoghue HD, Holton J. Intestinal tuberculosis. Curr Opin Infect Dis 2009; 22(5):490-496.
6. Marshall JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. Am J Gastroenterol 1993; 88(7):989-999.
7. Acharya SK, Tandon BN. Abdominal Tuberculosis. In: Watters D, Kiire C. Gastroenterology in the Tropics and Subtropics: A Practical Approach. 10th ed. London and Basingstoke: Macmillan Education, 2005: 85-102.
8. Mukhopadhyay M, Rahaman QM, Mallick NR, Khan D, Roy S, Biswas N. Isolated gastric tuberculosis: A case report and review of literature. Indian J Surg 2010; 72(5):412-413.
9. Amarapurkar DN, Patel ND, Amarapurkar AD. Primary gastric tuberculosis, a report of 5 cases. BMC Gastroenterol 2003; 3:6.
10. Lin OS, Wu SS, Yeh KT, Soon MS. Isolated gastric tuberculosis of the cardia. J Gastroenterol Hepatol 1999; 14(3):258-61.
11. Dargan P, Sinha SK, Singh N, Jain BK, Shrivastava UK. Gastroduodenal tuberculosis: A report of three cases and review of literature. Internet Journal of Gastroenterology 2005 2(1).
12. Gupta B, Mathew S, Bhalla S. Pyloric obstruction due to gastric tuberculosis: An endoscopic diagnosis. Postgrad Med J 1990; 60:62-65.
13. Tromba JL, Inglese R, Rieders B, Todaro R. Primary gastric tuberculosis presenting as pyloric outlet obstruction. Am J Gastroenterol 1991; 86:1820-1822.
14. Wig JD, Vaiphei K, Tashi M, Kochhar R. Isolated gastric tuberculosis presenting as massive hematemesis report of a case. Surg Today 2000; 30:921-922.
15. Clagett OT, Walters W. Tuberculosis of the stomach. Arch Surg. 1938; 37:505-520.
16. Chetri K, Prasad KK, Jain M, Choudhuri G. Gastric tuberculosis presenting as non-healing ulcer: case report. Trop Gastroenterol 2000; 21(4):180-181
17. Puri AS, Sachdeva S, Mittal VV, Gupta N, Banka A, Sakhuja P, et al. Endoscopic diagnosis, management and outcome of gastroduodenal tuberculosis. Indian J Gastroenterol 2012; 31(3):125-129.
18. Nagi B, Kochhar R, Bhasin DK, Singh K. Colorectal tuberculosis. Eur Radiol 2003; 13(8):1907-1912.
19. Alvares JF, Devarbhavi H, Makhija P, Rao S, Kotoor R. Clinical, colonoscopic, and histological profile of colonic tuberculosis in a tertiary hospital. Endoscopy 2005; 37(4):351-356.
20. Bhargava DK, Kushwaha AK, Dasarathy S, Shiriniwas, Chopra P. Endoscopic diagnosis of segmental colonic tuberculosis. Gastrointest Endosc 1992; 38(5):571-574.
21. Bhargava DK, Tandon HD, Chawla TC, Shiriniwas, Tandon BN, Kapur BM. Diagnosis of ileocecal and colonic tuberculosis by colonoscopy. Gastrointest Endosc 1985; 31(2):68-70.
22. Das HS, Rathi P, Sawant P, Chodankar CM, Vyas K, Patrawala V, et al. Colonic tuberculosis: Colonoscopic appearance and clinico-pathologic analysis. J Assoc Physicians India 2000; 48(7):708-710.
23. Medina E, Orti E, Tome A, Quiles F, Canelles P, Mertinz A. Segmental tuberculosis of the colon diagnosed by colonoscopy. Endoscopy 1990; 22(4):188-190.
24. Morgante PE, Gandara MA, Sterle E. The endoscopic diagnosis of colonic tuberculosis. Gastrointest Endosc 1989; 35:115-118.
25. Mukewar S, Mukewar S, Ravi R, Prasad A, Dua K. Colon tuberculosis: Endoscopic features and prospective endoscopic follow-up after anti-tuberculosis treatment. Clin Trans Gastroenterol 2012; 3:e24.
26. Ibn Majdoub Hassani K, Ait Laalim S, Toughrai I, Mazaz K. Perianal tuberculosis: A case report and a review of the literature. Case Rep Infect Dis 2012; 2012:852763.
27. Giouleme O, Paschos P, Katsaros M, Papalexi F, Karabatsou S, Masmanidou M. et al. Intestinal tuberculosis: a diagnostic challenge-case report and review of the literature. Eur J Gastroenterol Hepatol 2011; 23(11):1074-1077.
28. Makharia GK, Srivastava S, Das P, Goswami P, Singh U, Tripathi M, et al. Clinical, endoscopic, and histological differentiations between Crohn's disease and intestinal tuberculosis. Am J Gastroenterol 2010; 105(3):642-651.
29. Sultan S, Azria F, Bauer P, Abdelnour M, Atienza P. Anoperineal tuberculosis: diagnostic and management considerations in seven cases. Dis Colon Rectum 2002 45(3):407-410.