

## Presentación inusual de tuberculosis en un paciente inmunocompetente

V. Roig Figueroa, E. Pérez Lucena\*, F. Rodríguez Vidigal\*, V. Ledesma Jurado\*, J. Aguilar Escobar\* y P. Ramírez Gurruchaga\*

Unidad de Neumología. \*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Llerena-Zafra. Badajoz.

La tuberculosis gástrica es una rara entidad, que coexiste frecuentemente con la forma pulmonar en el momento del diagnóstico. Un buen número de casos descritos en países desarrollados corresponden a pacientes inmunodeprimidos, especialmente aquellos con infección por VIH.

Se presenta el caso de un varón de 43 años que ingresó por un cuadro de pérdida de peso de 14 kg, vómitos persistentes y nódulos pulmonares bilaterales de 1,5-3 cm de diámetro, objetivándose posteriormente una lesión ulcerohipertrófica gástrica en la endoscopia digestiva oral, por lo que el cuadro clínico, radiológico y endoscópico simulaba una neoplasia gástrica con metástasis pulmonares bilaterales. La baciloscopia de la biopsia gástrica y del broncoaspirado demostraron la presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR), siendo el cultivo en medio de Löwenstein-Jenssen positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. El paciente evolucionó satisfactoriamente tras la instauración de tratamiento corto específico con 3 fármacos.

**Palabras clave:** Tuberculosis gástrica. Tuberculosis pulmonar. Nódulos pulmonares múltiples. Tratamiento.

*Arch Bronconeumol* 1997; 33: 475-477

### Introducción

En un 5% de los casos de tuberculosis pulmonar existe evidencia clínica de tuberculosis gastrointestinal secundaria<sup>1</sup>, siendo la región ileocecal la más frecuentemente afectada. La tuberculosis gástrica supone, a su vez, el 0,5-3% de todos los casos de tuberculosis gastrointestinal, siendo generalmente secundaria a la infección pulmonar<sup>2</sup>, si bien su frecuencia se ha incrementado en los últimos años debido a su asociación con infección por VIH<sup>3</sup>.

Se presenta un caso de tuberculosis gástrica sin evidencia de afectación intestinal y con afectación pulmo-

### Unusual presentation of tuberculosis in an immunocompetent patient

Gastric tuberculosis is a rare entity that often coincides with pulmonary involvement at the time of diagnosis. Many cases reported in developed countries are in immunodepressed patients, particularly those with HIV infection.

We report the case of a 43-year-old man who presented with weight loss of 14 kg, persistent vomiting and bilateral pulmonary nodes measuring 1.5 to 3 cm in diameter. An ulcerous, hypertrophic gastric lesion was observed by oral digestive endoscopy, such that the clinical, radiologic and endoscopic profile initially suggested gastric neoplasia with bilateral pulmonary metastasis. Examination of the gastric biopsy and of the bronchial aspirate revealed the presence of acid-alcohol resistant bacilli; a culture in Löwenstein-Jenssen medium was positive for *Mycobacterium tuberculosis*. The patient responded satisfactorily to short-term specific treatment with three drugs.

**Key words:** Gastric tuberculosis. Pulmonary tuberculosis. Multiple pulmonary nodes. Treatment.

nar concomitante en forma de tuberculomas bilaterales en un paciente inmunocompetente, con sospecha inicial clínica, radiológica y endoscópica de neoplasia gástrica con metástasis pulmonares.

Esta forma de presentación de tuberculosis gástrica sin afectación intestinal evidente y asociada a tuberculomas bilaterales es excepcional, no habiendo encontrado en la búsqueda bibliográfica realizada en la base de datos MEDLINE (1975-1996) otros casos similares descritos.

Se discute el estado actual, el control clínico y el tratamiento de la tuberculosis gástrica.

### Caso clínico

Paciente varón de 43 años, con antecedentes de tabaquismo, que acude por presentar un cuadro constitucional con pérdida de 14 kg de peso, dolor abdominal, sensación de plenitud

Correspondencia: Dr. V. Roig Figueroa. Hernando de Acuña, 41 bis, 2.º A. 47014 Valladolid.

Recibido: 17-1-97; aceptado para su publicación: 4-3-97.

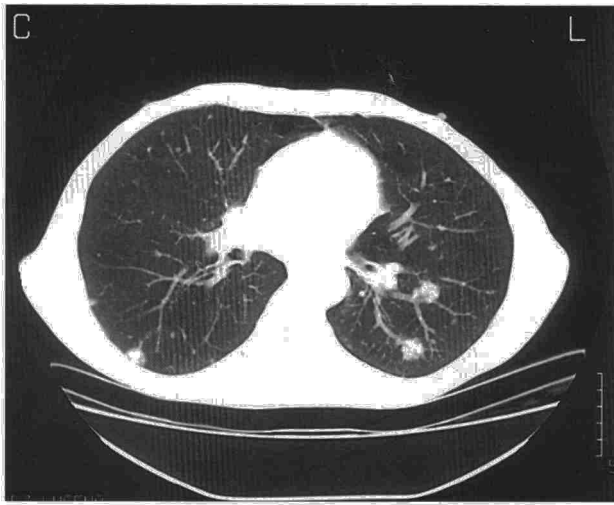


Fig. 1. TAC torácica con ventana de parénquima: nódulos pulmonares bilaterales no calcificados ni cavitados.

gástrica con escasa ingesta y vómitos matutinos de 4 meses de evolución. No refería alteraciones del tránsito intestinal ni síntomas respiratorios. A la exploración, el paciente estaba consciente y orientado, en estado caquéctico, con palidez cutáneo-mucosa y acropaquias digitales. No se palpaban adenopatías periféricas. La auscultación cardiopulmonar era normal. A la palpación abdominal presentaba defensa voluntaria, sin masas ni visceromegalias. La presión arterial era de 110/70 y la temperatura axilar de 38,2 °C. El hemograma mostraba una anemia de 11 g/dl de hemoglobina, un 34% de hematocrito, 23,7 pg de HCM y 73 fl de VCM. La cifra de leucocitos era de 7.400/mm<sup>3</sup> (78% S, 4% L, 25% M y 3% C). El recuento plaquetario era normal y la VSG de 45 a la primera hora. En la bioquímica hemática destacaba una hipoalbuminemia de 28,7 g/l, estando el resto de parámetros dentro de la normalidad. En la radiografía de tórax se observaban múltiples nódulos pulmonares bilaterales de 1,5-3 cm de diámetro. En el estudio radiológico esofagogastroduodenal se objetivó un gran defecto de repleción en la cara posterior del cuerpo gástrico de 10 cm de longitud; esófago, bulbo y duodeno sin alteraciones. La TAC torácica (fig. 1) confirmó la existencia de múltiples nódulos pulmonares no calcificados ni cavitados en ambos campos. No se evidenciaron adenopatías hiliares ni mediastínicas.

En la endoscopia digestiva oral se observó una mucosa mameleonada, engrosada, hiperémica y no distensible en la cara posterior del cuerpo gástrico, curvatura menor y antro, extendiéndose hasta el píloro y no permitiendo el paso del gastroscopio al bulbo. Se apreciaban varias ulceraciones pequeñas y una gran ulceración central en la cara posterior de cuerpo. Durante su estancia hospitalaria, el paciente experimentó un deterioro de su estado general, con fiebre persistente e intensificación de la anemia, precisando varias transfusiones y nutrición parenteral total. La biopsia gástrica fue compatible con gastritis crónica inespecífica. La broncoscopia, cuya realización se demoró por el mal estado general del paciente, fue normal y la citología del broncoaspirado negativa para células malignas. La alfafetoproteína y el antígeno carcinoembrionario se encontraban dentro de la normalidad. Se tomaron nuevas muestras a través de una segunda gastroscopia con el resultado de intenso infiltrado inflamatorio mixto con reacción granulomatosa en la lámina propia. Las tinciones para BAAR fueron positivas y el cultivo en medio de Löwenstein-Jensen

fue positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. La baciloscopia del broncoaspirado mostró 45-50 BAAR/100 campos. La serología para el VIH fue negativa. La ecografía abdominal mostró pequeñas adenopatías en el hilio hepático y en el territorio del tronco celiaco, sin otros hallazgos de interés.

Se instauró tratamiento con rifampicina, isoniazida y pirazinamida, desapareciendo la fiebre a la semana de iniciado el mismo y experimentando el paciente una mejoría clínica importante, iniciando tolerancia oral con rápida ganancia de peso y desaparición de la anemia. El paciente se encuentra a los 18 meses del ingreso asintomático y realizando vida normal, objetivándose una progresiva reducción del tamaño de la lesión en los controles endoscópicos practicados, así como la desaparición de los nódulos pulmonares.

## Discusión

La tuberculosis gastrointestinal es el resultado de la implantación del bacilo en el tejido linfático submucoso de la pared intestinal procedente del esputo deglutido<sup>4,5</sup>. El ileon y la región ileocecal son las localizaciones predilectas (el 75-90% de los casos) y suele ser concomitante con la tuberculosis pulmonar<sup>5</sup>. La tuberculosis gástrica es rara, suponiendo el 0,5-3% de los casos de tuberculosis gastrointestinal<sup>2</sup>. La tuberculosis gástrica aislada, sin evidencia de afectación pulmonar es excepcional, existiendo tan sólo 12 casos publicados en la literatura en lengua inglesa<sup>1</sup>, la mayoría descritos en países del Tercer Mundo.

El agente etiológico suele ser *Mycobacterium tuberculosis*, aunque se pueden producir casos esporádicos por *Mycobacterium bovis* en caso de que la leche no se pasteurice o el ganado esté enfermo. La escasa frecuencia de la afectación gástrica se ha intentado explicar invocando el bajo pH gástrico, la pobreza de tejido linfático en la pared del estómago y el rápido vaciamiento del contenido gástrico<sup>6</sup>.

Los síntomas de presentación son inespecíficos, destacando la fiebre, astenia y pérdida de peso, aunque puede presentarse también como dolor abdominal o hemorragia digestiva<sup>2,3</sup>. Los hallazgos de laboratorio son igualmente inespecíficos, incluyendo anemia y VSG elevada<sup>2</sup>. Desde el punto de vista endoscópico, las lesiones ulceradas son las más frecuentes, seguidas por lesiones hipertróficas y ulcerohipertróficas generalmente en el antro o el píloro<sup>2,6,7</sup>. El diagnóstico es difícil, ya que los granulomas se localizan en la submucosa y subserosa, por lo que las biopsias superficiales pueden no demostrarlos<sup>2,3</sup>, apreciándose tan sólo una reacción inflamatoria inespecífica, como es el caso del paciente aquí estudiado en las biopsias iniciales. Las tinciones y cultivos en medios adecuados para demostración de *M. tuberculosis* proporcionarán el diagnóstico definitivo. Dada la dificultad diagnóstica por la necesidad de biopsias profundas, puede ser necesaria la laparotomía diagnóstica<sup>4,6</sup>.

El tratamiento es similar al de la forma pulmonar, recomendándose actualmente tratamientos cortos de 6 meses con isoniazida y rifampicina, añadiendo a los dos primeros meses pirazinamida<sup>8</sup>. El tratamiento quirúrgico puede ser necesario en caso de complicaciones entre las que destacan la obstrucción pilórica, la hemorragia

digestiva y la perforación con peritonitis<sup>2,4,6</sup>, complicaciones que suelen estar favorecidas por el retraso diagnóstico que acostumbra existir en este proceso. La asociación de tuberculosis gástrica con carcinoma gástrico, inicialmente invocada, no ha sido confirmada en estudios recientes<sup>9</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Banshali SK. Abdominal tuberculosis: experience with 300 cases. *Am J Gastroenterol* 1977; 67: 324-327.
2. Salpeter SH, Shapiro RM, Gasman JD. Gastric tuberculosis presenting as fever of unknown origin. *West J Med* 1991; 155: 412-413.
3. Scully RE, Mark EJ, Mc Neely WF. Case records of the Massachusetts General Hospital. *N Engl J Med* 1995; 332: 1.153-1.159.
4. Weg JG. Formas clínicas de enfermedad micobacteriana. En: Fishman AP, editor. *Tratado de neumología* (2.ª ed.). Barcelona: Ed. Doyma, 1991; 1.707-1.725.
5. Brandberg LI. Other infectious, inflammatory and miscellaneous diseases. En: Sleisenger MH, Fordtran JS, editores. *Gastrointestinal diseases* (2.ª ed.). Filadelfia: W.B. Saunders, 1978; 1.076-1.093.
6. Tromba JL, Inglese R, Rieders B, Todaro R. Primary gastric tuberculosis presenting as pyloric outlet obstruction. *Am J Gastroenterol* 1991; 86: 1.820-1.822.
7. Gorbach S. Tuberculosis of the gastrointestinal tract. En: Schlessenger M, Fordtran J, editores. *Gastrointestinal diseases* (4.ª ed.). Vol. 2. Filadelfia: W.B. Saunders, 1989; 1.221-1.224.
8. Área de Tuberculosis e Infecciones respiratorias de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Normativa sobre tratamiento de la tuberculosis. Barcelona: Ed. Doyma, 1993.
9. Mathis G, Dirschmid K, Sutterlutti G. Tuberculosis gastric ulcer. *Endoscopy* 1987; 19: 133-135.