

TUBERCULOSIS GASTRICA

Dr. FRANCISCO GUERRERO R., Srta. CATARINA POSADA T.
y Srta. MONICA REVELO P.

Servicio de Patología del Hospital Eugenio Espejo

RESUMEN

El presente estudio refiere el caso de un paciente de sexo masculino, 38 años de edad en el que se presentó tuberculosis miliar avanzada, asociada a tuberculosis ulcerosa gástrica. El hallazgo macroscópico de tuberculosis gástrica fue confirmado con el estudio histopatológico, en el cual se constató la presencia de bacilos alcoholácido resistentes y necrosis caseosa, características fundamentales de la enfermedad tuberculosa. (*Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 9: 67, 1984).

La tuberculosis gástrica es una entidad patológica poco frecuente en los últimos decenios. La primera descripción la realizó Barkhausen en el año 1824. Cuatro años después del descubrimiento del bacilo tuberculoso por Koch en 1882, Coats demostró el microorganismo en la pared de una úlcera gástrica (1). Estudios realizados hasta el año 1950 en varias recopilaciones de la literatura mundial refieren un total de 159 casos de tuberculosis gástrica en 96.251 autopsias realizadas, lo que corresponde a 0.16 o/o (2). Datos estadísticos publicados por la Clínica Mayo reportan 117 casos en una serie de 20.583 autopsias de enfermos con tuberculosis pulmonar (4).

En un total de aproximadamente 5.000 autopsias realizadas en el Hospital Eugenio Espejo, este es el "primer" caso de tuberculosis gástrica "ulcerada" reportado.

Presentación del caso

Paciente sexo masculino, 38 años de edad, casado, nacido y residente en Quito; acude al servicio de emergencia por presentar desde hace 10 días vómito post-prandial

precoz de color amarillento, acompañado de diarrea líquida también amarillenta. Refiere además la presencia de tos con expectoración sanguinolenta.

A la exploración física se encuentra en mal estado general, caquético, adenopatías cervicales numerosas. A la auscultación pulmonar se escuchan rales y roncus diseminados en ambos campos, y soplo anórico bilateral en campos superior y medio. A la auscultación cardíaca, ruidos apagados, frecuencia 100 por minuto. Abdomen excavado, depresible, sin visceromegalias, ruidos aéreos aumentados de intensidad. En extremidades masas musculares hipotróficas.

Dos horas después del ingreso el paciente está polipnéico, pupilas mióticas, tensión arterial 70/50.

Una hora después, el pulso es imperceptible, la tensión arterial está en cero, presenta paro cardio-respiratorio, el paciente fallece.

Exámenes complementarios: Hematocrito 35 o/o, glóbulos blancos 4.300, cayados 14 o/o, segmentados 67 o/o, linfocitos 19 o/o.



Figura 1.— Corte macroscópico del estómago del paciente. Descripción en el texto.

Anatomía Patológica

En laringe y tráquea se encuentran ulceraciones irregulares con bordes prominentes. En las pleuras se observan abundantes bandeletas cortas. El pulmón derecho (peso 710 g): el dorso del lóbulo superior está casi enteramente ocupado por abundantes gránulos blanquecinos, confluyentes, de 1 mm de diámetro. El pulmón izquierdo (peso 1.150 g): se observan gránulos numerosos y nódulos de mayor consistencia. Al corte se presentan los nódulos y gránulos antes descritos; también múltiples cavidades irregulares de diferentes tamaños, unas con paredes propias y otras que aparentemente son bronquiolos dilatados. Hacia el apex existen cavidades intercomunicadas entre sí, algunas con paredes propias que en conjunto forman una enorme bolsa de paredes flácidas. En el estudio microscópico se encuentra necrosis caseosa, cavernas con paredes fibrosas. La reacción granulomatosa es mínima, no hay células gigantes, pero fueron demostrados bacilos alcohol ácido resistentes con las coloraciones especiales.

El estómago es de forma normal, tamaño disminuido. Su mucosa es verde amarillada y presenta gran cantidad de úlceras irregulares de diferentes tamaños, a veces confluentes, bordes prominentes cortados a pico, fondo gris, a veces granulomatoso (Fig. 1). En el estudio microscópico se observó necrobiosis, mucosa descamada en su totalidad, submucosa con caseosis, disminución del grosor de la pared en la cámara aérea y caseificación en la muscular interna. No hubo reacción granulomatosa.

Los segmentos inferiores del yeyuno-íleon están ocupados por múltiples úlceras irregulares preferentemente de eje transversal, de bordes prominentes, cortados a pico en unos casos y en otros en comido de ratón, su fondo es gris. En muchas ocasiones, tanto los bordes como en el fondo se ven gránulos blanquecinos de 1 mm. de diámetro. Hacia el lado de la serosa existe un fino granulado blanquecino. Al microscopio se ven úlceras con necrosis caseosa

En el intestino grueso, el ciego ascendente casi en su totalidad está reemplazado por úlceras en la mucosa idénticas a las ya descritas, que van desapareciendo conforme se avanza hacia el recto. Al estudio microscópico se observan úlceras con necrosis caseosa. En el apéndice se ve caseosis miliar e infiltrado linfocitario en la muscular.

En el estudio microscópico de hígado se observó: edema de sinusoides, venas centrolobulillares dilatadas, de vez en cuando granulomas unos caseificados y otros con células gigantes del tipo Langhans.

El bazo presenta hiperplasia reticular, atrofia folicular, zonas de necrosis caseosa y macrófagos.

Los ganglios cervicales, mediastínicos y mesentéricos son numerosos, aumentados de tamaño, reemplazados por material blanquecino de aspectos caseosos. Microscópicamente se observa caseosis y antracosis en ganglios mediastínicos y cervicales. Las amígdalas presentan necrosis caseosa.

El diagnóstico final fue: "Tuberculosis Miliar generalizada, con cavernas pulmonares y úlceras tuberculosas diseminadas en todo el tubo digestivo".

Discusión

La presencia de tuberculosis gástrica constituye un hallazgo patológico sumamente raro; en más del 50o/o de los casos reportados se asocia a tuberculosis pulmonar avanzada con diseminación miliar (1).

Varios factores han sido propuestos para explicar este hecho (1):

- a) La escasez de folículos linfáticos en la pared del estómago.
- b) La rapidez relativa de vaciamiento gástrico.
- c) Propiedades bactericidas del ácido clorhídrico.
- d) Integridad de la mucosa gástrica.
- e) Algún tipo de resistencia propia de la misma.

En un 80 o/o de casos de tuberculosis gástrica, las lesiones ulcerosas son frecuentes, siendo únicas o múltiples, con tubérculos miliareos o sin ellos (1): Las úlceras que se presentan en el estómago son similares a las del intestino delgado o grueso. Sus bordes son escabrosos y colgantes; los fondos de color gris amarillento con gránulos de aspecto miliar. Rara vez estas ulceraciones penetran en la capa muscular, siendo muy eventual que ocurran perforaciones. Los tubérculos caseosos en la región gástrica en los niños son sumamente raros (6).

Al examen clínico es muy difícil determinar el diagnóstico, pues los síntomas son inespecíficos, siendo los más frecuentes fiebre, dispepsias, dolor epigástrico, vómitos, pérdida de peso, astenia, hemorragias (3).

Radiológicamente las lesiones son también inespecíficas, siendo muy difícil diferenciarlas de neoplasias ulceradas.

Endoscópicamente las lesiones producidas por la tuberculosis dan la imagen de ulceraciones con orificios fistulosos a su alrededor; la misma que se podría confundir con otras patologías que también producen úlceras; por ello es condición "sine qua non" realizar biopsias para estudios histopatológicos y poder así precisar el diagnóstico (5).

En el presente caso el hallazgo de tuberculosis "ulcerosa gástrica" puede ser considerado excepcional, tanto más en nuestro medio en el cual el hallazgo de tuberculosis en todas sus formas es tan frecuente; esta es la "primera vez" que lo hemos encontrado.

Bibliografía

1. Barkhausen, citado en Bockus, H.: *Gastroenterology*, vol. 1. Saunders Company, 1974.
2. Sleisenger, M. y Fordtrai, J.: *Gastroenterología*, Editorial Interamericana, Primera Edición, 1978.
3. Jones, A.: *Gastroenterología Clínica*, Editorial Interamericana, Segunda Edición, 1971.
4. Payno, A., Orive, D. y Rubio, J.M.: Tubercu-

losis Gástrica. *Revista Quirúrgica Española*, 9:230, 1982.

5. Segal, I., Tim, L.O., Miwis, J. and Hamilton-Mannell, A.: Pitfalls in the diagnosis of gastrointestinal tuberculosis. *Am. J. Gastroenterol.* 75:30, 1981.
6. Rao, P.L., Miltra, S.R. and Pathak, I.C.: Spontaneous tuberculous enteroumbilical fistulas. *Am. J. Gastroenterol.* 72: 671, 1979.