

Presentación de casos

TUBERCULOSIS GANGLIONAR DE PRESENTACION ABDOMINAL SIMULANDO LINFOMA

Hector E. Londoño*, Alfonso Tenorio**

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (Tbc) es una enfermedad infecciosa causada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, y es tan antigua como el hombre mismo. Usualmente compromete los pulmones, pero cada vez con más frecuencia observamos su capacidad para afectar cualquier órgano y sistema del organismo humano. Las diversas formas de presentación clínica dependen de los órganos comprometidos y es capaz de simular un gran número de enfermedades de presentación subaguda y crónica. La Tbc ganglionar representa la tercera parte de todos los casos de Tbc, y cuando su presentación es de predominio abdominal, el clínico se ve enfrentado a uno de los mayores desafíos diagnósticos de la medicina.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo masculino de 25 años de edad, natural y procedente de Balboa, Cauca, soltero, de ocupación agricultor, quien ingresa al Hospital Universitario San José de Popayán, remitido de un hospital de segundo nivel por sospecha de neoplasia intraabdominal.

El cuadro clínico inicia 6 semanas antes con dolor abdominal tipo cólico, localizado inicialmente en epigastrio y posteriormente en mesogastrio, de moderada intensidad que calmaba parcialmente con analgésicos comunes. Concomitantemente presentó fiebre intermitente, astenia, adinamia, hiporexia y pérdida de aproximadamente 5 kilogramos.

Días después notó la presencia de pequeña masa en mesogastrio, no dolorosa, por lo que consultó al hospital de segundo nivel, donde le realizan serología VIH negativa y tomografía axial computarizada (TAC) abdominal y lo remiten.

No tiene antecedentes personales ni familiares de importancia y sólo refiere un episodio aislado de melenas al inicio de la enfermedad actual.

Al examen se encontró un paciente en regular estado general, pálido y en malas condiciones nutricionales. Se palparon adenopatías de 1 cm. de diámetro en cadenas laterales del cuello, en fosa supraclavicular derecha y en regiones inguinales, cauchosas, no adheridas e indoloras. Se palpó una masa abdominal de 2 x 2 cm. de diámetro en mesogastrio, cauchosa, no dolorosa y otra de iguales características en el flanco derecho.

* Hector F. Londoño. Residente de Tercer año. Medicina Interna. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca

** Alfonso Tenorio Gnecco. Médico Internista. Profesor Ocasional, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca.

Los paraclínicos evidenciaron hemoglobina 9.9gm, VCM 74 fl, HCM 23.3 pg, RDW 12.7%, reticulocitos 3.6%, leucograma, plaquetas, creatinina, glicemia y Rx de tórax normales.

Se revisa la TAC, evidenciándose en retroperitoneo múltiples imágenes heterogéneas, nodulares, compatibles con complejo adenopático, el cual rodea la vena cava. Algunas adenopatías son hipodensas por lo que puede corresponder a adenopatías necrosadas. No se observa líquido libre intraperitoneal.

Con el diagnóstico presuntivo de linfoma, se decide hacer una laparotomía para toma de muestras y posible resección tumoral. En el acto operatorio se describe un conglomerado ganglionar con adenopatías de 5 cm de diámetro a nivel de mesenterio de ileon terminal y en zona I retroperitoneal, además de adenopatías en mesocolon transverso y esplenomegalia con moteado blanquecino.

El estudio histopatológico reporta ganglio linfático con borramiento de su arquitectura, presencia de células epitelioides y células gigantes alrededor de necrosis de caseificación, con linfocitos en la periferia. La tinción para Bacilos Acido Alcohol Resistentes fue negativa. Con el diagnóstico clínico de tuberculosis ganglionar se inicia esquema de tratamiento acordado supervisado anti-tuberculoso con rápida remisión de su cuadro clínico. El cultivo para *Mycobacterium tuberculosis* se reportó positivo un mes después de la toma de la muestra.

El paciente terminó el tratamiento sin complicaciones y ocho meses después de haber iniciado el tratamiento cursa asintomático.

DISCUSIÓN

Aunque la Tbc es una enfermedad predominantemente pulmonar, también puede afectar cualquier órgano o sistema corporal. La presentación extrapulmonar es variada, desde formas agudas que rápidamente comprometen el estado general de una persona, hasta formas crónicas y larvadas incluso indolentes que son verdaderos retos diagnósticos.

La Tbc extrapulmonar puede adquirirse principalmente por las siguientes formas (1):

- Por inoculación directa, hoy día bastante rara.

- Por diseminación linfo-hematógena, a partir de sitios lejanos principalmente pulmón, de donde los bacilos migran a cualquier sitio en la economía.

Esta última forma de adquirir la enfermedad es la más frecuente y la más importante.

Desde el punto de vista epidemiológico, la afección ganglionar representa el 30% de los casos de Tbc extrapulmonar (1) y el abdomen es uno de los sitios más frecuentemente comprometidos, aunado al hecho que el aumento en los casos de Tbc pulmonar relacionados con la pandemia de VIH-SIDA, se ha asociado a un aumento paralelo en la presentación de casos de Tbc abdominal. En los pacientes infectados con VIH, la enfermedad es rápidamente progresiva y a menudo fatal, a la vez que el diagnóstico es difícil y demorado.

El compromiso abdominal es más frecuente en población joven y se ha descrito cierta preponderancia en mujeres (2).

Los pacientes con Tbc abdominal tienen un amplio espectro de síntomas y signos; la enfermedad es por tanto una gran simuladora.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: dolor abdominal, ascitis (que no presentó nuestro paciente) y obstrucción intestinal subaguda. La fiebre, alteraciones en el hábito intestinal, pérdida de peso y abdomen empastado también son hallazgos frecuentes (2). El paciente descrito presentó como síntomas predominantes fiebre, pérdida de peso, hiporexia, dolor abdominal y sensación de masa abdominal.

Manifestaciones más serias como abdomen agudo, sangrado digestivo son menos frecuentes (2).

Las series más recientes indican la presencia de indicios radiológicos de Tbc pulmonar activa o remota en 16% a 25% de los casos (2, 3). A su vez el abdomen esta comprometido en 10% a 30% de los pacientes con tuberculosis pulmonar (4).

Los sitios intraabdominales más frecuentemente comprometidos son: hígado, tracto genito-urinario y ganglios intraabdominales, no obstante es importante anotar que en pacientes VIH negativos la linfadenitis tuberculosa mesentérica sintomática aislada, en ausencia de enfermedad intestinal o peritonitis, es un

hallazgo inusual. Por el contrario, en pacientes VIH positivos con tuberculosis las linfadenopatías son a menudo frecuentes y masivas y el compromiso es con mayor frecuencia intraabdominal que retroperitoneal. El diagnóstico diferencial de los casos de Tbc abdominal incluye linfomas abdominales, síndromes de mala absorción (esprúe, enfermedad de Cröhn, etc), neoplasias intestinales, micosis intraabdominales principalmente aspergilosis y carcinomatosis peritoneales entre otras.

El diagnóstico de esta patología se fundamenta en una profunda sospecha clínica, principalmente en pacientes con factores epidemiológicos (área geográfica, contacto con casos bacilíferos, Tbc previa o activa, tratamientos inadecuados, condiciones de inmunosupresión, etc.); manifestaciones clínicas, aclarando que ninguna de ellas es patognomónica ni específica de la entidad; ayudas imagenológicas y por supuesto micobacteriológicas.

Los estudios de líquido ascítico muestran un exudado y el recuento de linfocitos es elevado en los casos típicos. En un estudio a este respecto se encontró una sensibilidad de 64% con una especificidad de 91%, un porcentaje de falsos positivos de 9% y falsos negativos de 36% (5). Los linfomas abdominales también pueden desarrollar ascitis con alto número de linfocitos.

El test de adenosina deaminasa (ADA) en líquido peritoneal, con un punto de corte de 32.3 U/Lt mostró sensibilidad de 100%, especificidad de 96%, porcentaje de falsos positivos de 4% y falsos negativos de 0%. La especificidad es directamente proporcional a los valores del test (5).

La tinción para micobacterias del extendido de líquido peritoneal rara vez es positiva y los cultivos solo lo son en 25% de los casos (3); sin embargo se ha reportado que el cultivar grandes volúmenes de líquido peritoneal logra resultados positivos hasta en 90% (1).

Las biopsias peritoneales obtenidas con aguja de Cope fueron positivas en 64% de los casos y las obtenidas por laparoscopia fueron positivas en el 85% de los pacientes estudiados (3).

En reciente publicación se plantea que la biopsia aspiración con aguja fina de los nódulos linfáticos intraabdominales, guiada por ultrasonografía, es una forma efectiva para obtener muestras de adecuada calidad para estudios micobacteriológicos e

histopatológicos, con mínimas o ninguna complicación para el paciente (6,7).

Otro estudio fundamental es la tomografía abdominal para la identificación de masas, empastamientos, engrosamientos, estenosis de las estructuras intrabdominales. En un estudio recientemente publicado (8) se evaluaron los criterios imagenológicos para diferenciar Tbc de linfoma en ganglios linfáticos abdominales, mostrando los siguientes resultados: la Tbc abdominal compromete más frecuentemente el omento menor, los ganglios linfáticos mesentéricos, pararenales anteriores y paraaórticos superiores. Los paraaórticos inferiores se comprometen más en la enfermedad de Hodgkin y linfomas no Hodgkin; sin embargo la distribución anatómica no diferenció entre tuberculosis diseminada y linfoma no Hodgkin.

Las linfadenopatías tuberculosas comúnmente se observan engrosadas periféricamente, con apariencia multilocular y centro hipodenso, las linfomatosas se observan con atenuación más homogénea.

En cuanto al tratamiento, se sugiere un esquema acortado supervisado por seis meses con cuatro medicamentos: estreptomina, pirazinamida, isoniazida y rifampicina (1,3,9). El abordaje quirúrgico esta indicado solo en los casos de víscera hueca perforada, abdomen agudo, obstrucción del intestino delgado, fístula colocolútea, masa pélvica y obstrucción biliar (10).

Desde 1993, la Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró a la tuberculosis como una emergencia global, siendo ahora responsable de 3 millones de muertes anuales. La incidencia de la enfermedad en nuestra región nos clasifica en el grupo de poblaciones de alto riesgo de infección por *M. tuberculosis*, con más de 25 casos nuevos por 100.000 habitantes. Las presentaciones extrapulmonares son cada vez más frecuentes, y tal como se describe en este caso, su diagnóstico es un verdadero reto para el clínico y de lo oportuno de su confirmación, depende la reducción de la morbimortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rossman MD, Mac Gregor RR. Tuberculosis. Asistencia clínica y nuevos desafíos. Philadelphia: Editorial Mc Graw Hill, 1996. p. 189-200
2. Sircar S, Taneja VA, Kansra U. Epidemiology and clinical presentation of abdominal tuberculosis - a retrospective

- study. *J Indian Med Assoc* 1996; 94(9): 342-4 Abst.
3. Mandell G, Bennet JE, Dolin R. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. 4ª edición. New York: Edit Churchill Livingstone, 1997. p. 2481-2514
 4. Ahmed ME, Hassan MA. Abdominal tuberculosis. *Ann R Coll Surg Engl* 1994; 76(2):75-9. Abst
 5. Voigt MD, Kalvaria I, Trey C, Berman P, Lombard C, Kirsch RE. Diagnostic value of ascites adenosine deaminase in tuberculous peritonitis. *The Lancet* 1989; 751-753
 6. Gupta S, Rajak CL, Sood BP, Gulati M, Rajwanshi A, Suri S. Sonographically guided fine needle aspiration biopsy of abdominal lymph nodes: experience in 102 patients. *J Ultrasound Med* 1999; 18(2): 135-9.
 7. Suri R, Gupta S, Gupta SK, Singh K, Suri S. Ultrasound guided fine needle aspiration cytology in abdominal tuberculosis. *Br J Radiol* 1998; 71(847): 723-7. Abst
 8. Yang ZG, Min PQ, Sone S, et al. Tuberculosis versus lymphomas in the abdominal lymph nodes: evaluation with contrast-enhanced CT. *AJR Am J Roentgenol* 1999; 172(3): 619-23.
 9. Ministerio de Salud, República de Colombia. Guía de atención integral. Prevención y control de tuberculosis. Santafé de Bogotá noviembre 1998; 32-46