



## TUBERCULOSIS HEPATOGÁSTRICA: UNA RARA ASOCIACIÓN

**Sr. Director:** La tuberculosis (TBC) abdominal se presenta de forma más habitual en la región ileocecal. Su incidencia es poco frecuente en los países occidentales, pero permanece endémica en los países del Tercer Mundo. La TBC hepática local sin enfermedad pulmonar activa o miliar es un proceso poco usual, al igual que es muy rara la TBC gástrica aislada debido a sus condiciones locales: pH bajo, alta motilidad y escasez de tejido linfoide.

Mujer de 41 años de edad, sin antecedentes de interés, que comenzó con un cuadro de epigastralgia rebelde al tratamiento (antiácidos e inhibidores de la bomba de protones). No refería fiebre, ictericia, coluria ni acolia. La exploración demostró una masa en el epigastrio, dolorosa, sin peritonismo, que parecía depender del hígado. En el hemograma destacó una cifra de leucocitos de 7.100 (65% segmentados, 22% linfocitos, 9% monocitos), y en la bioquímica, GOT de 18 U/l, GPT de 21 U/l, GGT de 29 U/l, lactatodeshidrogenasa de 283 U/l y fosfatasa alcalina de 387 U/l. Las serologías –hidatídica, virus de las hepatitis A, B, C y de la inmunodeficiencia humana– fueron negativas. El valor de CEA era de 2,2 l/ml, el de alfafetoproteína, de 13 ng/ml, y el de CA19.9 de 4 ng/ml. El Mantoux fue negativo. La radiografía de tórax no mostró alteración alguna. En la ecografía abdominal se apreciaba una masa sólida en el lóbulo hepático izquierdo de unos 6 cm de diámetro, que se confirmó mediante tomografía axial computarizada (TAC) (fig. 1a) y resonancia

*Fig. 1. a) Tomografía axial computarizada donde se observa una lesión irregular en el lóbulo hepático izquierdo (flecha larga) que infiltra el estómago por vecindad (flecha corta), y b) pieza de hepatectomía (hematoxilina-eosina  $\times 40$ ) donde se aprecia un granuloma hepático (flecha).*

magnética nuclear (RMN). Se realizó una biopsia por punción-aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por ecografía abdominal que resultó indicativa de metástasis de adenocarcinoma. El estudio de extensión (colonoscopia, revisión ginecológica y mamografía) fue normal. La gastroscopia puso de manifiesto una úlcera en curvatura menor de aspecto péptico, cuya biopsia no apreció signos de malignidad. La paciente fue sometida a tratamiento quirúrgico con control ecográfico perioperatorio. Se comprobó la existencia de una tumoración en los segmentos hepáticos 3 y 4 con afectación del ligamento redondo e infiltración por contigüidad de la curvatura menor gástrica. Realizamos una hepatectomía izquierda reglada con gastrectomía subtotal y reconstrucción BII. La paciente evolucionó satisfactoriamente sin complicación alguna y fue dada de alta a los 8 días de la intervención. El resultado histológico de la pieza quirúrgica fue de TBC hepática y gástrica con presencia de granulomas tuberculoideos (fig. 1b). La tinción auramina para bacilos ácido-alcohol resistentes fue positiva. Posteriormente la enferma fue sometida a tratamiento médico específico durante 6 meses y se comprobó que se encontraba asintomática y libre de enfermedad.

La TBC afecta al 50% de la población mundial y causa 2.000.000 de muertes al año<sup>1</sup>. La infección gástrica primaria es muy rara y, cuando esto ocurre, puede simular una enfermedad péptica o neoplásica. Sus lesiones pueden ser ulcerosas o hiperplásicas y originar hemorragia, fistulización y estenosis<sup>2</sup>. A menudo el diagnóstico de esta enfermedad viene dado por la endoscopia, biopsia, citología y cultivo de las muestras<sup>3-5</sup>. En cuanto a la TBC hepática, se han descrito tres formas clásicas de aparición: miliar, biliar y local. La miliar es la forma de presentación más frecuente, aunque sus manifestaciones clínicas estén a menudo ausentes. La TBC local o macronodular se caracteriza por la presencia de tuberculomas hepáticos de varios centímetros de diámetro, únicos o múltiples, que forman abscesos o auténticos tumores hepáticos<sup>6</sup>. La TAC abdominal y la ecografía pueden orientar ante la existencia de una masa hipoeoica con áreas de hiperecogenicidad correspondientes a zonas calcificadas y lesiones hipodensas que pueden reflejar granulomas y áreas de necrosis central, que deben ser biopsiadas mediante PAAF<sup>7-9</sup>. En nuestro caso las manifestaciones clínicas, los antecedentes y el entorno epidémico no nos orientaron hacia ningún proceso tuberculoso. La presencia de una tumoración sólida, confirmada por ecografía abdominal, TAC y RMN, sin características de definición benigna nos llevó a practicar una PAAF dirigida por ecografía abdominal que permitió diagnosticar una neoplasia hepática metastásica y proceder a su tratamiento agresivo. La TBC extrapulmonar debe considerarse en personas emigradas de regiones endémicas o en aquellas con antecedentes claros de inmunodeficiencia (síndrome tóxico, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, tratamiento quimiorradioterápico). Cuando se

diagnostica por los medios ya descritos o con la ayuda de la laparoscopia, el tratamiento electivo será sistémico con los fármacos específicos para esta infección<sup>10</sup>.

J. MARTÍN FERNÁNDEZ, T. RATIA, A. GUTIÉRREZ, R. MARCOS  
y J. GRANELL

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Departamento de Ciencias  
Morfológicas y Cirugía. Universidad de Alcalá de Henares.  
Madrid. España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Marshall JB. Tuberculosis of gastrointestinal tract and peritoneum. *Am J Gastroenterol* 1993;88:989-99.
2. Fahimi HD, Deren JJ, Gottlieb LS, Zamcheck N. Isolated granulomatous gastritis: its relationships to disseminated sarcoidosis and regional enteritis. *Gastroenterology* 1963;45:161-75.
3. Newton C, Nochomovitz L, Sackier JM. Gastric adenocarcinoma associated with isolated granulomatous gastritis. *Ann Surg Oncol* 1998;5:407-10.
4. Jain S, Kumar N, Jain SK. Gastric tuberculosis: endoscopic cytology as a diagnostic tool. *Acta Cytol* 2000;44:987-92.
5. Chetri K, Prasad KK, Jain M, Choudhuri G. Gastric tuberculosis presenting as non healing ulcer: case report. *Trop Gastroenterol* 2000;21:180-1.
6. Bengoa Hernández R, López Barbarín JM, Galdos Ayala J, Álvarez Rubio M, Delgado Fontaneda E, García Campos F. Tuberculosis hepática pseudotumoral. *Rev Esp Enf Digest* 1994;86:687-9.
7. Bernhard JS, Bhatia G, Knauer CM. Gastrointestinal tuberculosis. *J Clin Gastroenterol* 2000;30:397-402.
8. Tan TCF, Cheung AYC, Wan WYL, Chen TC. Tuberculoma of the liver presenting as a hyperechoic mass on ultrasound. *Br J Radiol* 1997;70:1293-5.
9. Grover SB, Taneja DK, Bhatia A, Chellani H. Sonographic diagnosis of congenital tuberculosis: an experience with four cases. *Abdom Imaging* 2000;25:622-6.
10. Martín-Vivaldi Martínez R, Espinosa Aguilar MD, Nogueras López I, Quintero Fuentes D, García Montero M, Pinel Julián LM, et al. Tuberculosis hepática pseudotumoral: aspecto laparoscópico. *Gastroenterol Hepatol* 1996;19:456-8.