

Hemorragia digestiva alta por linfadenitis mesentérica tuberculosa que fistuliza a la pared gástrica

Upper gastrointestinal bleeding due to tuberculous mesenteric lymphadenitis that fistulizes the gastric wall

Juan Felipe Ramírez García¹, Carmen Nataly Díaz Chalco¹, Yvan Cristobal Bermudez Cruzado¹

¹ Servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú.

Recibido: 03/09/21 - Aprobado: 11/12/21

ORCID: Juan Felipe Ramírez García: <http://orcid.org/0000-0002-5801-4822>, Carmen Nataly Díaz Chalco: <http://orcid.org/0000-0001-5957-9625>, Yvan Cristobal Bermudez Cruzado: <http://orcid.org/0000-0001-7718-5590>

RESUMEN

La linfadenitis tuberculosa es la entidad más frecuente de la tuberculosis abdominal, que ocurre por reactivación de un foco latente. Su diagnóstico requiere un alto grado de sospecha, para lo cual requiere estudios endoscópicos, radiológicos e histopatológicos. En la evaluación de las linfadenopatías, la punción y aspiración guiada por ultrasonido endoscópico cumple un rol importante. Presentamos el caso de un paciente varón de 22 años, quien ingresa a Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza por hemorragia digestiva alta secundaria a linfadenitis mesentérica tuberculosa que comprometió la pared gástrica.

Palabras clave: Tuberculosis; Linfadenitis mesentérica; Ultrasonografía endoscópica; Hemorragia gastrointestinal (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Tuberculous lymphadenitis is the most common entity of abdominal tuberculosis, which occurs due to reactivation of a latent focus. Its diagnosis requires a high degree of suspicion, for which it requires endoscopic, radiological, and histopathological studies. In the evaluation of lymphadenopathies, endoscopic ultrasound-guided aspiration puncture plays an important role. We present the case of a 22-year-old male patient who was admitted to the Emergency Department of the Arzobispo Loayza National Hospital due to upper gastrointestinal bleeding secondary to tuberculous mesenteric lymphadenitis that compromised the gastric wall

Keywords: Tuberculosis; Mesenteric lymphadenitis; Endoscopic ultrasonography; Gastrointestinal hemorrhage (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TBC) abdominal representa el 1 a 3% de todos los casos de TBC, es una manifestación extrapulmonar que usualmente se origina de un foco pulmonar primario⁽¹⁾.

La linfadenitis tuberculosa es la manifestación más común de la TBC abdominal, que requiere un alto grado de sospecha para su diagnóstico⁽²⁾.

Son pocos los reportes que existen, de tuberculosis gástrica primaria o linfadenitis tuberculosa que simula una lesión sub epitelial⁽³⁻⁵⁾.

A continuación, presentamos el caso de un paciente joven que acude a urgencias con cuadro de hemorragia digestiva alta, debido a linfadenitis mesentérica tuberculosa que se presentó como una lesión subepitelial gástrica, diagnosticado y tratado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

CASO CLÍNICO

Varón de 22 años, natural de Huánuco, con antecedente de bronquitis hace 12 años. En los últimos 6 meses, presentó hiporexia y pérdida de peso. Él fue referido de un hospital general de otra región, debido a que

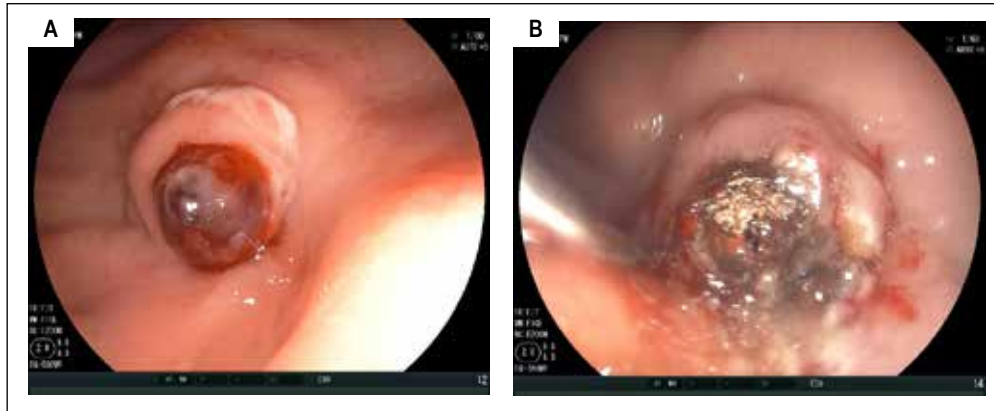


Figura 1. (A) Vista endoscópica que muestra a nivel de curvatura mayor de cuerpo gástrico, una lesión elevada con úlcera central y vaso visible de aprox. 20 mm de diámetro. **(B)** Vista endoscópica luego de doble terapia: inyectoterapia con adrenalina y coagulación con argón plasma.

presentó múltiples episodios de hematemesis y melena, durante el último mes. La endoscopia digestiva alta mostró una lesión subepitelial gástrica ulcerada con un vaso sanguíneo visible (Figura 1A). Se realizó con éxito, inyectoterapia con adrenalina diluida y coagulación con argón plasma (Figura 1B).

En la ecografía y tomografía abdominal se reportaron múltiples adenopatías algunas de ellas con centro necrótico a nivel de hilio hepático, tronco celíaco, epiplón, mesenterio, retroperitoneo y cadenas ilíacas. Luego, en la ultrasonografía endoscópica (USE), realizada con ecoendoscopio lineal con frecuencia de 7,5 Mhz, se observó múltiples adenopatías perigástricas, peripancreáticas y retroperitoneales, que miden de 10 a 35 mm de diámetro. Se realizó punción y aspiración (PAAF), de una de ellas, con aguja de 19 gauge – Expect Boston, realizándose 2 pases (Figura 2A). La lesión elevada gástrica descrita en la endoscopia correspondía

a una adenopatía perigástrica que deformaba la pared gástrica, de bordes bien definidos, hipocogénica y homogénea, de 25 mm de diámetro (Figura 2B).

Los hallazgos anatomopatológicos mostraron tejido necrohemorrágico y fragmentos pequeños con proceso crónico granulomatoso (Figura 3A). La coloración de Ziehl Neelsen: Positivo (++)), lo que confirmó el diagnóstico de linfadenitis tuberculosa (Figura 3B).

El paciente inició tratamiento con esquema sensible para tuberculosis, con evolución favorable, fue dado de alta, para completar su tratamiento en Centro de Referencia.

DISCUSIÓN

La tuberculosis (TBC) abdominal comprende aproximadamente el 1 a 3% de todos los casos de TBC,

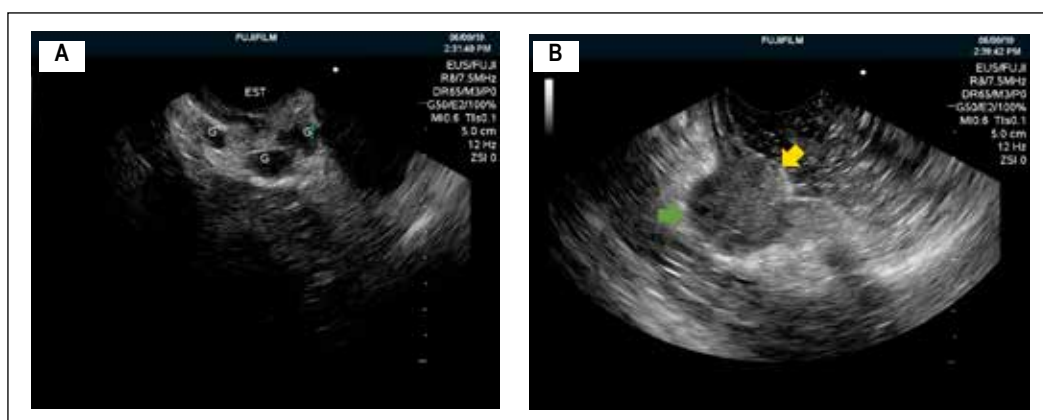


Figura 2. (A) Ultrasonografía endoscópica que muestra ganglios linfáticos (G) adyacentes al estómago (EST). **(B)** Ganglio peri gástrico (flecha verde) de 25 mm de diámetro que deforma la pared gástrica (flecha amarilla).

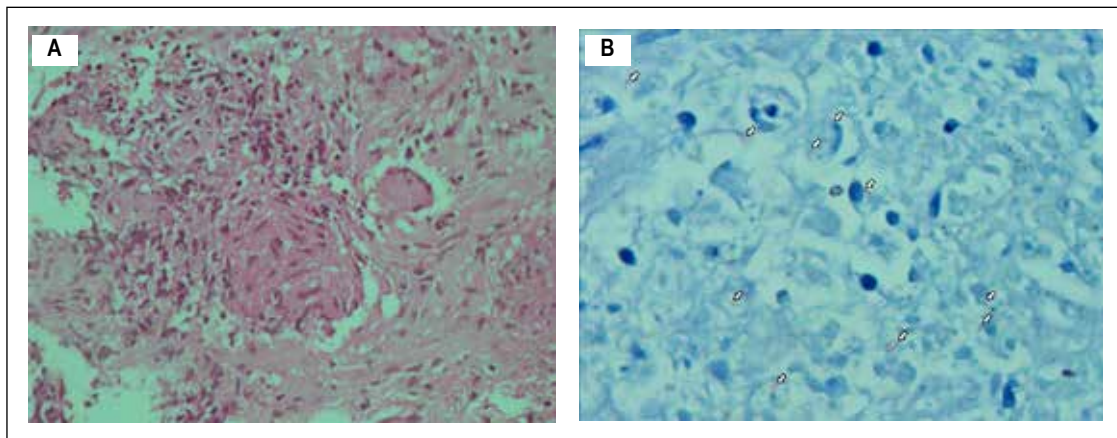


Figura 3. (A) Coloración hematoxilina eosina, donde se observa tejido necrohemorrágico y proceso granulomatoso (Ampliación 40X). **(B)** Coloración de Ziehl Neelsen, se observan bacilos ácido alcohol resistentes (flechas). (Ampliación 40X).

es una manifestación extrapulmonar que usualmente se origina de un foco pulmonar primario⁽¹⁾. En el caso de nuestro paciente a los 10 años estuvo hospitalizado por un cuadro aparente de bronquitis, que podría haber correspondido a TBC pulmonar.

Esta patología denota compromiso del tracto gastrointestinal (TGI), peritoneo, ganglios linfáticos y vísceras sólidas (ejemplo: hígado, bazo, páncreas, etc.)⁽⁶⁾. El 15 a 25% de estos casos tienen concomitantemente TBC pulmonar⁽⁷⁾.

La TBC abdominal ocurre debido a la reactivación de un foco latente, el cual se establece por varias vías. La primera vía, a través de la ingestión de leche o esputo infectados, comprometiendo la capa mucosa del TGI y formación de tubérculos epitelioides en el tejido linfoide de la submucosa, algunas semanas después se evidencia necrosis caseosa de los tubérculos, lo que genera la ulceración de la mucosa suprayacente que luego puede extenderse a capas más profundas y al interior de linfonodos adyacentes y peritoneo. La segunda, por diseminación hematogena de un foco pulmonar o de otra parte del cuerpo. La tercera vía, por diseminación directa al peritoneo de un foco infectado adyacente. Por último, puede propagarse por los canales linfáticos desde los ganglios infectados^(6,8).

La linfadenopatía tuberculosa es la manifestación más común de la TBC abdominal, que involucra predominantemente el mesenterio, ganglios para aórtico superior e inferior, peri portales, omentales y de la región pancreaticoduodenal⁽²⁾.

El diagnóstico de TBC extrapulmonar requiere un alto grado de sospecha, ya que presenta características clínicas y radiológicas inespecíficas. Además, presenta morbilidad y mortalidad significativa por su diagnóstico tardío⁽⁹⁾.

Algunos reportes, muestran que la TBC gástrica primaria, puede presentarse como masa sólida o quística y la linfadenitis tuberculosa puede erosionar la pared gástrica, y simular una lesión subepitelial⁽³⁻⁵⁾.

El diagnóstico es usualmente hecho por estudios endoscópicos, radiológicos e histopatológicos. La tomografía computarizada, resonancia magnética y la tomografía con emisión de positrones; permiten la identificación de ganglios linfáticos de gran tamaño durante el estudio de estadificación para trastornos linfoproliferativos; sin embargo, puede tener una capacidad limitada para diferenciar entre procesos inflamatorios/reactivos y los malignos⁽¹⁰⁾.

Las imágenes radiológicas y endoscópicas combinadas pueden facilitar el diagnóstico temprano sin la necesidad de realizar resecciones quirúrgicas innecesarias⁽⁵⁾. En este caso se realizó una ecografía y tomografía abdominal, para posteriormente complementar el estudio de las linfadenopatías descritas mediante USE + PAAF.

Un diagnóstico histopatológico concluyente requiere que en las muestras de tejido o las muestras quirúrgicas se observen granulomas epitelioides caseantes o un resultado positivo con la tinción de Ziehl Neelsen⁽⁵⁾. En nuestro caso los resultados fueron compatibles con lo descrito anteriormente.

La USE es importante en la evaluación de las lesiones subepiteliales del TGI, identificando con mayor precisión la capa de origen, el patrón ecogénico, consistencia, tamaño y vascularidad⁽¹¹⁾. De igual manera ayuda a diferenciar la ubicación de la lesión primaria, ya sea que ésta se encuentre fuera o esté ubicada en la misma pared gástrica⁽³⁾.

La PAAF guiada por USE tiene una capacidad diagnóstica más precisa en lo que respecta a

linfadenopatías dentro del abdomen ⁽¹²⁾ mediante el acceso y toma de muestras mínimamente invasivas con guía ecográfica en tiempo real ⁽¹³⁾. Además, permite acceso a sitios anatómicamente difíciles y evitar lesiones de estructuras adyacentes; por ejemplo, de vasos sanguíneos importantes ⁽¹³⁾. Los ganglios linfáticos profundos pueden ser muestreados, incluso si su tamaño es menor de 25 mm, lo cual es superior a otras técnicas que presentan limitaciones ⁽¹⁴⁾.

En un estudio realizado por Dhir *et al.* para determinar la etiología de linfadenopatías mediastinales e intra abdominales, la PAAF guiada por USE tuvo una sensibilidad de 97,1%, especificidad de 100%, VPP 100% y VPN de 96,9% ⁽¹⁵⁾.

En conclusión, la inusual aparición de esta enfermedad puede conllevar al retraso en el diagnóstico, por lo que la combinación de imágenes radiológicas y endoscópicas pueden ayudar a lograr un diagnóstico precoz y evitar así la necesidad de resecciones quirúrgicas innecesarias.

Conflictos de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés alguno.

Agradecimientos: Al servicio de Anatomía Patológica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arabi NA, Musaad AM, Ahmed EE, Ibnouf MM, Abdelaziz MS. Primary gastric tuberculosis presenting as gastric outlet obstruction: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep.* 2015;9:265. doi: 10.1186/s13256-015-0748-8.
2. Rathi P, Gambhire P. Abdominal Tuberculosis. *J Assoc Physicians India.* 2016;64(2):38-47.
3. Kim DY, Bang S, Park BK, Kim YS, Kim H, Ahn SH, et al. Tuberculous mesenteric lymphadenitis involving the gastric wall: case report. *Gastrointest Endosc.* 2005;62(5):799-802. doi: 10.1016/j.gie.2005.07.039.
4. Gupta V, Goel MM, Noushif M, Rai P, Gupta P, Chandra A. Primary gastric tuberculosis mimicking gastrointestinal stromal tumor. *Am J Gastroenterol.* 2012;107(8):1269-1270. doi: 10.1038/ajg.2012.120.
5. Sung K, Tae K, Kook K. Tuberculous lymphadenitis mimicking gastric subepitelial tumor diagnosed using endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration. *Korean J Helicobacter Up Gastrointest Res.* 2018;18(1):65-69. doi: 10.7704/kjhu-gr.2018.18.1.65.
6. Marshall JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. *Am J Gastroenterol.* 1993;88(7):989-99.
7. Akhan O, Pringot J. Imaging of abdominal tuberculosis. *Eur Radiol.* 2002;12(2):312-23. doi: 10.1007/s003300100994.
8. McGuinness FE, Hamilton D, Al Nabulsi J. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. In: McGuinness FE, editor. *Clinical imaging of non-pulmonary tuberculosis.* Berlin: Springer; 2000. p. 107-138.
9. Mukewar S, Ravi R, Prasad A, S Dua K. Colon tuberculosis: endoscopic features and prospective endoscopic follow-up after anti-tuberculosis treatment. *Clin Transl Gastroenterol.* 2012;3(10):e24. doi: 10.1038/ctg.2012.19.
10. Debi U, Ravisankar V, Prasad KK, Sinha SK, Sharma AK. Abdominal tuberculosis of the gastrointestinal tract: revisited. *World J Gastroenterol.* 2014;20(40):14831-40. doi: 10.3748/wjg.v20.i40.14831.
11. Papanikolaou IS, Triantafyllou K, Kourikou A, Rösch T. Endoscopic ultrasonography for gastric submucosal lesions. *World J Gastrointest Endosc.* 2011;3(5):86-94. doi: 10.4253/wjge.v3.i5.86.
12. Yasuda I, Tsurumi H, Omar S, Iwashita T, Kojima Y, Yamada T, et al. Endoscopic ultrasound guided fine needle aspiration biopsy for lymphadenopathy of unknown origin. *Endoscopy.* 2006;38(9):919-24. doi: 10.1055/s-2006-944665.
13. Mehmood S, Loya A, Yusuf MA. Clinical utility of endoscopic ultrasound guided fine needle aspiration in the diagnosis of mediastinal and intra abdominal lymphadenopathy. *Acta Cytol.* 2013;57(5):436-42. doi: 10.1159/000351474.
14. Jhala NC, Jhala D, Eltoun I, Vickers SM, Wilcox CM, Chhieng DC, et al. Endoscopic ultrasound guided fine needle aspiration biopsy: A powerful tool to obtain samples from small lesions. *Cancer.* 2004;102(4):239-46. doi: 10.1002/cncr.20451.
15. Dhir V, Mathew P, Bhandari S, Bapat M, Kwek A, Doctor V, et al. Endosonography-guided fine needle aspiration cytology of intraabdominal lymph nodes with unknown primary in a tuberculosis endemic region. *J Gastroenterol Hepatol.* 2011;26(12):1721-4. doi: 10.1111/j.1440-1746.2011.06800.x.

Correspondencia:

Carmen Nataly Diaz Chalco
 Jirón Pedro Ruiz Gallo 159 Pueblo Libre. Lima, Perú.
 Teléfono: 051 949764417
 E-mail: cndiazchalco@gmail.com