

Cáncer de Páncreas y Linfadenitis Tuberculosa Peripancreática. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Juan Celis Zapata*, Juvenal Sánchez Lihon**, Milagros Abad Licham**, Arturo Choque Pérez*, Henry Guerra Miller**, Marco Sánchez Castro***.

RESUMEN:

La tuberculosis pancreática y la linfadenitis tuberculosa peripancreática son entidades clínicas raras que afectan principalmente a mujeres jóvenes y se presentan con mayor frecuencia en zonas endémicas y en pacientes inmunocomprometidos. Su forma de presentación puede simular neoplasia maligna, sin embargo la coexistencia de ambas patologías es aún más infrecuente, solo documentada en un reporte. Se presenta un caso de sincronismo de linfadenitis tuberculosa peri-pancreática y adenocarcinoma pancreático en una mujer de 79 años.

PALABRAS CLAVE: cáncer de páncreas, linfadenitis tuberculosa peri-pancreática.

ABSTRACT:

Pancreatic tuberculosis and peripancreatic tuberculous lymphadenitis are rare conditions mainly affecting young women, and often occur in endemic areas and immunocompromised patients. The presentation of this condition could be similar to a malign neoplasm. However, coexistence of both pathologies is still very rare and just one case has been reported. A case of synchronism of peripancreatic tuberculous lymphadenitis and pancreatic adenocarcinoma in a 79-year-old woman is presented.

KEYWORDS: pancreatic cancer, peripancreatic tuberculous lymphadenitis

* Cirugía Oncológica Abdominal. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima – Perú.

** Anatomía Patológica. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima – Perú.

*** Radiodiagnóstico. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima – Perú.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis pancreática y la linfadenitis tuberculosa peri-pancreática son entidades clínicas muy raras. No obstante, en los últimos años se ha incrementado el número de casos publicados, esto en relación a la mayor incidencia de pacientes infectados con VIH y la existencia en el mundo de regiones donde la enfermedad aún es endémica⁽¹⁾.

La tuberculosis ganglionar peri-pancreática puede simular un tumor pancreático⁽²⁾; la posibilidad de confusión de esta entidad con enfermedad neoplásica maligna hace fundamental el establecimiento de un diagnóstico correcto por la diferencia pronóstica y terapéutica que se produce en estos casos. La coexistencia de ambas lesiones no ha sido publicada en nuestro medio. Presentamos el primer caso de sincronismo de adenocarcinoma pancreático y linfadenitis tuberculosa peri-pancreática en nuestra institución.

REPORTE DE CASO

Paciente mujer de 79 años, natural y procedente de Piura con antecedente de bronquitis hace 20 años, niega haber padecido de tuberculosis. Refiere presentar desde hace 1 mes epigastralgia, hiporexia, pérdida de peso de 5 kilos e ictericia de carácter ondulante. Al examen físico luce adelgazada, con piel y mucosas ictericas, sin adenopatías periféricas; no se objetiva masas intraabdominales ni ascitis.

En la tomografía axial computarizada (TAC) abdomino pélvica se observó una lesión con densidad de partes blandas que originaba una imagen de defecto de relleno en el tercio distal del colédoco, la misma que causaba dilatación secundaria de las vías biliares intra y extrahepáticas, del conducto de Wirsung y de la vesícula biliar. La radiografía de tórax mostró engrosamiento pleural apical bilateral a predominio derecho asociado a tractos reticulares hilio apicales en relación a lesiones secundarias a proceso específico. (figura 1)

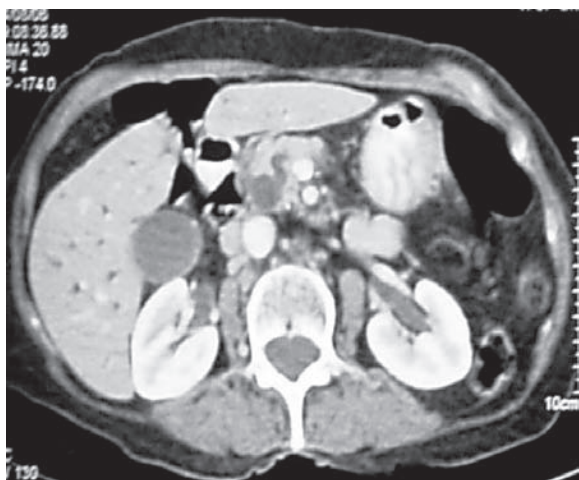


Figura 1:
TAC Abdomino pélvica: imagen de defecto de relleno en el tercio distal del colédoco, con dilatación secundaria de las vías biliares.

En la endoscopia digestiva alta se observó el duodeno normal y lesiones compatibles con gastritis, diagnóstico corroborado histológicamente. Los exámenes de laboratorio mostraron un hemograma dentro de parámetros normales, hiperbilirubinemia ondulante, transaminasas, gammaglutamiltransferasa y fosfatasa alcalina elevados, Elisa para VIH negativo.

Con el diagnóstico de probable neoplasia maligna de cabeza de páncreas la paciente fue sometida a duodenopancreatectomía proximal, evolucionando favorablemente.

En el laboratorio se recibió pieza quirúrgica que incluía: duodeno de 26 cm, páncreas de 5,5 x 4.0 x 2,5 cm, conducto colédoco dilatado de 5.3 x 2.0 cm y vesícula biliar de 6 x 2.3 cm Al corte seriado del páncreas se evidenció un área blanquecina de 0.6 cm de diámetro, de aspecto fibroso que causaba retracción y obstrucción parcial del colédoco, sin comprometerlo. El resto del espécimen quirúrgico no presentaba otras alteraciones. Se disecaron grupos ganglionares peri-pancreáticos, duodenales y hepáticos. (figura 2)



Figura 2:
Macroscopía de la pieza quirúrgica. En círculo: área de aspecto fibroso. La flecha señala: colédoco dilatado.

La microscopia reveló dos focos de Adenocarcinoma tubular poco diferenciado con áreas de tipo anaplásico, localizados en el parénquima pancreático adyacente a la desembocadura del colédoco y en la pared del colédoco distal sin comprometer la mucosa del mismo, que medían 2 y 6 mm respectivamente. Se evidenció infiltración nerviosa. No se observaron émbolos tumorales. El resto de tejido pancreático tenía fibrosis, cambios reactivos y pancreatitis crónica con atrofia acinar. Además, retracción de la pared en la desembocadura del colédoco con dilatación secundaria del mismo. Se documentó el carcinoma con la inmunoreacción de las células neoplásicas positivas a panqueratina y negativas a CD68.

Todos los ganglios linfáticos presentaron adenitis crónica granulomatosa necrotizante con células gigantes tipo Langhan's compatible con proceso específico. La tinción PAS y de Ziehl Neelsen fueron negativas (fig. 3 y 4)

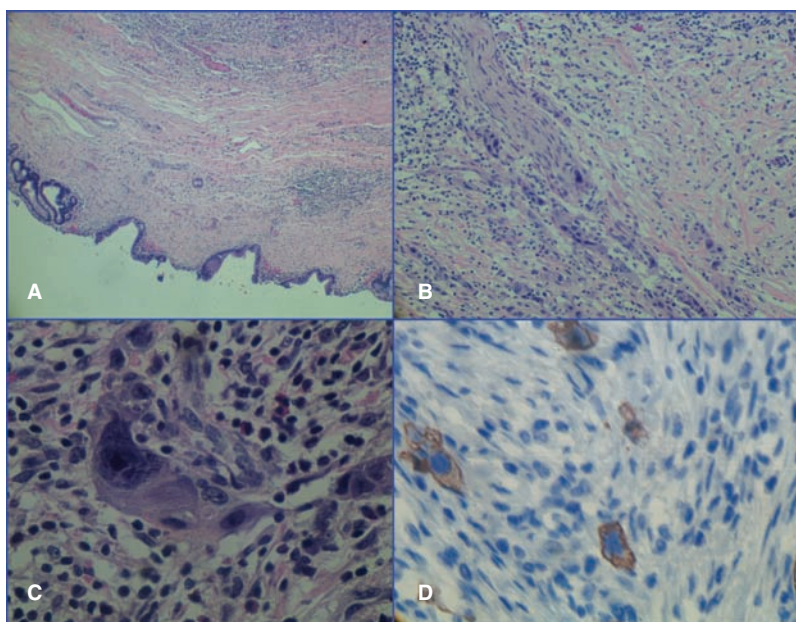


Figura 3:

- A.- Pared Coledociana con inflamación crónica y presencia de células atípicas (10x)**
- B.- Infiltración perineural (40x)**
- C.- Célula neoplásica atípica (100x)**
- D.- Inmunoreacción positiva a citoqueratina.**

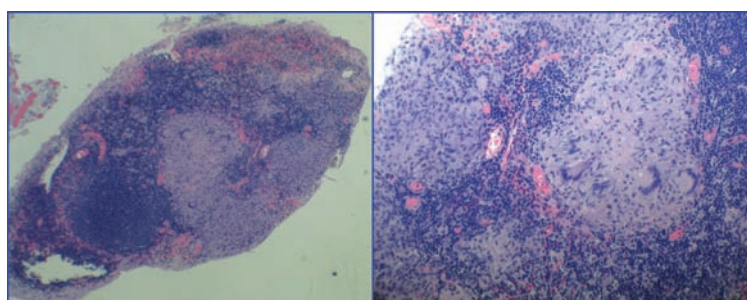


Figura 4:
Adenitis crónica granulomatosa necrotizante con células gigantes multinucleadas (10x, 40x)

DISCUSIÓN

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad común en países en desarrollo⁽¹⁾. En el tracto digestivo puede comprometer cualquier parte, desde el esófago hasta el ano, incluyendo peritoneo, ganglios mesentéricos, hígado o bazo. Formas atípicas de la enfermedad son comúnmente vistas en pacientes inmunocomprometidos^(1,2).

La TBC pancreática es considerada una rara entidad clínica, dentro del contexto de la tuberculosis miliar; en estudios postmortem representa entre 0 y 4,7%^(3,4). Las diversas publicaciones concluyen que ésta enfermedad afecta principalmente a pacientes de sexo femenino, predominantemente jóvenes con una edad promedio de 43.5 años; datos que contrastan con la incidencia de adenocarcinoma de páncreas el cual es más frecuente en pacientes de edad mayor, sexo masculino^(5,6). El caso que presentamos combina estos parámetros epidemiológicos.

Dos tipos de tuberculosis intraabdominal asociada a páncreas han sido reportadas⁽¹⁾. Ellas dependen del sitio primario de infección y de la virulencia del bacilo. La primera es el compromiso directo de la glándula y la segunda el daño de los ganglios linfáticos peri pancreáticos⁽⁷⁾. El paciente del presente reporte pertenece a este último tipo.

Se considera que el páncreas está biológicamente protegido de la infección por *Mycobacterium tuberculosis* por la presencia de enzimas, sin embargo cuando el patógeno es capaz de vencer la resistencia, se presenta la enfermedad. La patogenia exacta aún no está bien entendida. Tres teorías de infección han sido descritas: TBC generalizada (miliar), diseminación al páncreas desde los ganglios peripancreáticos y TBC pancreática primaria^(1,6).

Independientemente del tipo, las tres formas son clínicamente inespecíficas, no orientadoras y fácilmente confundibles con procesos tumorales malignos^(1,7,8). Puede debutar con masa y dolor abdominal, anorexia, pérdida de peso, mareos, fiebre y sudor nocturno, dolor lumbar e ictericia. Otras formas de presentación menos frecuentes son: sangrado gastrointestinal, pancreatitis aguda o crónica y obstrucción de la vena porta^(2,4,8,9).

La tuberculosis ganglionar peripancreática puede simular la clínica de una neoplasia maligna^(7,8), dato que coincide con el presente reporte; pero por ser un caso de sincronismo con cáncer no se puede determinar si la sintomatología es secundaria a la patología infecciosa, neoplásica o a la suma de estas.

El diagnóstico preoperatorio puede ser extremadamente difícil, sobre todo si no se tiene la sospecha clínica del mismo ya que el cuadro queda englobado dentro del proceso tumoral pancreático y abordado como tal⁽⁸⁾. En una revisión de la literatura china, de 53 casos de tuberculosis pancreática y ganglionar peripancreática los diagnósticos preoperatorios fueron: cáncer de páncreas^(3,5) pancreatitis crónica⁽⁰⁷⁾; tumor retroperitoneal⁽⁰⁵⁾, pancreatitis aguda⁽⁰⁴⁾ y sólo en tres casos se consideró a la tuberculosis pancreática⁽¹⁾.

Un procedimiento clave para diferenciar ambos procesos es la ERCP. Si esta es normal la posibilidad de estar frente a una entidad nosológica benigna es alta. El conducto principal es casi siempre anormal en el adenocarcinoma (96%)^(3,10).

La poca literatura existente nos informa fundamentalmente sobre casos de tuberculosis como simuladores de neoplasia maligna pancreática en cualquiera de sus formas primaria o perinodal⁽⁷⁾, sin embargo solo existe un caso de coexistencia de carcinoma peri ampular con linfadenitis tuberculosa mesentérica diagnosticado en una paciente joven de 28 años, natural de India y que debutó con ictericia, prurito y episodios de melena. A pesar de que la biopsia por congelación informó adenitis granulomatosa necrotizante sugestiva de proceso específico se procedió a la operación de Whipple por un informe anátomo-patológico previo de adenocarcinoma. Ambas entidades se confirmaron en el estudio final de parafina⁽⁹⁾.

La presencia de inflamación crónica granulomatosa necrotizante con presencia de células gigantes multinucleadas es el dato histológico más fidedigno de tuberculosis⁽¹¹⁾. La demostración del bacilo en tejidos utilizando la técnica de Ziehl Neelsen sólo se observa en el 33 a 41% de pacientes con tuberculosis extrapulmonar. En otra publicación se documenta que incluso el cultivo para este microorganismo es positivo en aproximadamente el 50% de los pacientes. Lo más fidedigno es el uso de la reacción polimerasa en cadena para el ADN del bacilo (PCR). Esto explica el porque de la negatividad del tejido ganglionar a las tinciones histoquímicas realizadas en este caso (Ziehl Neelsen y PAS) y sustentan nuestro diagnóstico morfológico con hematoxilina-eosina^(11,12,13).

Actualmente la biopsia por aspiración con aguja fina y la biopsia laparoscópica son los procedimientos de elección en pacientes con una fuerte sospecha de tuberculosis pancreática⁽¹³⁾.

El tratamiento de la tuberculosis peri-pancreática es fundamentalmente médico con un régimen farmacológico adecuado^(1,5,8,9). No obstante, en aquellas formas complicadas con abscesos debe considerarse el drenaje y en casos de ictericia obstructiva la resección quirúrgica es aceptada^(14,15).

Creemos que ante una lesión pancreática de naturaleza poco clara, la tuberculosis y el cáncer deben ser considerados en el enfoque diagnóstico. En países como el nuestro en el que aún tenemos una alta incidencia de tuberculosis no debemos descartar la posibilidad de encontrar la ocurrencia sincrónica de ambas patologías como en el presente reporte donde el procedimiento quirúrgico fue la opción terapéutica correcta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. XIA F, TUNG PING R, WANG S, BIE P, HUANG X AND DONG J. Tuberculosis of pancreas and pancreatic lymph nodes in immunocompetent patients: experience from China. *World J Gastroenterol* 2003; 9 (6): 1361-1364.
2. AHMAD Z, BHARGAVA R, PANDEY D, SHARMA D AND SHAMIM M. Pancreatic Tuberculosis – A case report. *Ind. J. Tub* 2003; 50: 221-223.
3. KAUSHIK N, SCHOEDEL K AND MCGRATH K. Isolated pancreatic tuberculosis diagnosed by endoscópica ultrasound-guided fine needle aspiration: A case report. *JOP* 2006; 7 (2): 205-210.
4. BARABOUTIS I AND SKOUTELIS, A. Isolated Tuberculosis of the pancreas. *JOP* 2004; 5 (3): 155-158.
5. FRANCO-PAREDES C, LEONARD M, JURADO R, BLUMBERG H AND SMITH R. Tuberculosis of the pancreas: Report of two cases and review of the literature. *Med Sci* 2002; 323 (1): 54-58.
6. ECHENIQUE M, AMONDARAIN J AND IRIBARREN J. Tuberculosis pancreática: un antiguo problema que renace. *Cir Esp* 2000; 67: 103-105.
7. WRIGHT L. Tuberculous mesenteric Lymphadenitis presenting as pancreatic mass. *Infect Dis Clin Pract* 2004; 12: 308-310.
8. EVANS J, HAMANAKA Y, OLLIF S AND NEOPTOLEMOS J. Tuberculosis of the pancreas presenting as metastatic pancreatic carcinoma. *Dig Surg* 2000; 17: 183-187.
9. DESAI C, LALA M, JOSHI A, ABRAHAM P, DESAI D, DESHPANDE R, et al. Co-existence of Peri-ampullary carcinoma with Peripancreatic Tuberculous Lymphadenopathy. *JOP* 2004; 5 (3): 145-147.
10. UMA K, REDDY J, KUMAR A AND PRAYAG A. Tuberculosis of pancreas: A case report. *Ind J Radiol* 2005; 15 (1): 29-30.
11. CHAUDHARY A, NEGI S, SACHDEV A AND GONDAL R. Pancreatic tuberculosis: still a histopathological diagnosis. *Dig Surg* 2002; 19: 389-392.
12. DABBS DAVID. Immunohistology of the tumours liver, gall bladder and pancreas. En: *Diagnostic immunohistochemistry*. Philadelphia. Churchill Livingstone Elsevier. 2006. 699-746.
13. D'CRUZ S, SACHDEV A, KAUR L, HANDA U, BHALLA A AND LEHL S. Fine aspiration diagnosis of isolated pancreatic tuberculosis. A case report and review of literature. *JOP* 2003; 4 (4): 158-162.
14. ALSAWAT K AND ALJEBREEN A. Resolution of Tuberculous biliary stricture after medical therapy. *World J Gastroenterol* 2006; 12 (7): 1153-1156.
15. SHAN Y, EDGAR S AND LIN P. Surgical resection of Isolated pancreatic tuberculosis presenting as obstructive jaundice. *Páncreas* 2000; 21 (1): 100-101.