

Tuberculosis primitiva de estómago

Dres. PABLO MATTEUCCI, DANTE TOMALINO,
JUAN CASSINELLI y MARIA JAUREGUY *

INTRODUCCION

Tienen interés quirúrgico las formas primitivas de tuberculosis gástrica, o sea aquellas lesiones que aparecen en el estómago de un sujeto supuestamente sano, y sin antecedentes bacilares conocidos.

Incidencia. Es una afección muy poco frecuente (2, 4, 15, 23). Se ve especialmente en adultos jóvenes, de sexo masculino. Según numerosos autores, predomina netamente en gente de color (1, 3, 7, 9, 28).

Según todas las estadísticas, la frecuencia es menor del 1 % de las demás formas de tuberculosis. Es mucho menos frecuente que la tuberculosis intestinal: se ve un caso de tuberculosis gástrica por cada 40 casos de aquélla.

Modos de infección. La vía de llegada de los bacilos es la oral (26, 27, 32). Llegarían juntamente con los alimentos ingeridos, especialmente la leche. Una vez en el estómago, atravesarían la mucosa a nivel de una solución de continuidad de la misma, llegando así a la submucosa, y pasando a localizarse en los folículos linfoides de la pared del estómago. A nivel de los mismos se comienzan a desarrollar las lesiones características, tomándose precozmente los ganglios linfáticos tributarios.

Mecanismos de protección gástrica. Llama la atención la incidencia bajísima de tuberculosis gástrica, frente a otras formas de tuberculosis digestivas, especial-

mente intestinal. El estómago es, según Cennano y Vercellino (6), el órgano de la economía humana donde con menor frecuencia se ven lesiones de origen bacilar.

Una serie de mecanismos protegerían al estómago:

a) El bajo pH estomacal es medio desfavorable para el bacilo de Koch. Nunca se describió un caso de tuberculosis gástrica en enfermos hiperclorhídricos.

b) La mucosa sana significa una barrera a la infección. La existencia de úlcera, neoplasma, gastritis u otra lesión, constituyen la puerta de entrada que permiten el ingreso de los bacilos (5, 6, 13).

c) La escasez de folículos linfoides en la pared gástrica, respecto a los que se encuentran en intestino delgado o colon.

d) Claggett (7) cree que habría un factor de resistencia especial de la pared gástrica, de orden inmunitario, que determinaría que éste fuese el órgano de la economía menos afectado por la tuberculosis. Sullivan (30) se refiere a la particular inmunidad al bacilo de Koch, superior a la que se encuentra en el resto del tubo digestivo.

Anatomía patológica. La mayoría de las lesiones se encuentran en el antro gástrico (3), ya que es en esta parte donde son más abundantes los folículos linfoides, y donde se aprecian otras patologías: tumoral, ulcerosa, gastritis. Se describen fundamentalmente las siguientes formas:

Forma ulcerosa: Por lo general única, pero pueden ser múltiples y confluentes. Suelen ser redondeadas y ovaladas, o de forma policíclica. Los bordes generalmente están socados y tumefactos, con un rodete a su alrededor. Suelen ser superficiales, y en profundidad rara vez sobrepasan la muscularis mucosa. Histológica-

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" del profesor Héctor Ardao. Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 27 de agosto de 1969.

* Asistente de Clínica Quirúrgica. Jefe de Clínica Semiológica. Asistente del Departamento de Anatomía Patológica. Ex Adjunto de Clínica Gastroenterológica (Facultad de Medicina de Montevideo).

mente se comprueba en los bordes de la úlcera tejido tuberculoso, que se va caseificando hacia el centro de la misma. Con tinciones especiales se encuentran los bacilos de Koch.

Forma hipertrófica tumoral: Consiste en un engrosamiento de la pared gástrica producido por una proliferación conjuntivo-granulomatosa de la submucosa, y menos de las capas musculares, que sufren una progresiva degeneración fibrosa. Como estos tumores asientan especialmente en la región antral o pilórica, pueden evolucionar en su evolución un síndrome de estenosis.

En todos los casos hay una gran cantidad de adenopatías en los diferentes territorios ganglionares del estómago. Las hay pequeñas y duras; otras mayores, tienden a confluir y casificarse.

Desde el punto de vista clínico, no hay ningún síntoma característico ni patognomónico. Los podemos reunir en dos grupos:

1) Aquellos que nos hablan de una impregnación bacilar: astenia, anorexia, febrícula, sudoración, adinamia.

2) Digestivos. Algunas veces tienen estos enfermos dispepsias más o menos típicas, que permiten hacer el diagnóstico presuntivo de úlcus. Otras veces hay trastornos más importantes, y pueden verse compromisos orificiales. Estos, asociados al toque del estado general, hacen pensar al clínico en un cáncer; y es con diagnóstico de úlcera o cáncer que son operados la casi totalidad de estos enfermos.

La radiología no aporta ninguna imagen característica (18). Claggett (7), que hizo una revisión de la literatura, concluye que en el 80 % de los casos se hizo el diagnóstico radiológico de úlcus, y en el 20 % de neoplasma.

El quimismo gástrico muestra una hipo o aclorhidria. La cutirreacción es positiva. La eritrosedimentación y leucocitosis están siempre elevadas, a veces considerablemente.

CONDUCTA TERAPEUTICA

Interesa saber que hacer una vez hecho el diagnóstico de tuberculosis gástrica.

a) Si el diagnóstico se plantea en el preoperatorio. Autores argentinos (25) dicen que ante una lesión gástrica ulcerosa u obstructiva pilórica, en un enfermo jo-

ven, sin antecedentes ulcerosos e importante toque del estado general, puede realizarse un tratamiento de prueba, de acuerdo a las directivas de Butman. Consiste en: triple medicación antituberculosa, tratamiento antiulceroso y control clínico radiológico.

Al mes deben desaparecer los signos clínicos, y notarse franca mejoría en las imágenes radiológicas. En caso contrario, operar al enfermo.

b) El diagnóstico puede plantearse durante el acto quirúrgico. La lesión gástrica impresiona generalmente al cirujano como neoplásica, pero hay múltiples ganglios, de todo tamaño, los más pequeños duros, los más grandes confluentes, abcedados o caseosos. En este caso el cirujano solamente deberá hacer una operación que asegure el buen vaciado gástrico y la gastroenteroanastomosis es á formalmente indicada. o debe hacerse una gastrectomía, pues varios autores (19 29) describieron granulias consecutivas a gasrecómia por lesiones tuberculosas. Se fundamenta es conducta abstencionista por el hecho de que las lesiones mejoran rápidamente con el tratamiento específico. Al cabo de unos meses desaparecen incluso todas las evidencias radiológicas de la lesión.

c) Cuando llega al cirujano el diagnóstico de la pieza biopsada o reseca en el postoperatorio con el diagnóstico de tuberculosis gástrica, deberá hacerse entonces un tratamiento específico intenso, prolongado durante varios meses, complementando el estudio del enfermo con radiografía de tórax, baciloscopía, etc.

OBSERVACION

Paciente de color de 21 años (Historia 198.847 del Hospital de Clínicas) que ingresó por síndrome pilórico el 27 de abril de 1964.

Cuatro meses antes del ingreso, epigastralgiás y sensación de plenitud luego de ingerir alimentos. Al mismo tiempo cuadro de tipo infeccioso, con sudoración vespertina y astenia. Dos meses después aparecieron vómitos, que fueron aumentando en cantidad y frecuencia. Se acentuó el malestar general, perdiendo en total 20 kilos de peso.

Antecedentes. Sin importancia, sin sufrimientos digestivos. Proveniente de campaña, no hay bacilares en su ambiente.

Examen. Paciente pálido, muy adelgazado. Abdomen excavado, apreciándose reptaciones epigástricas y bazuqueo. No se palpan hígado

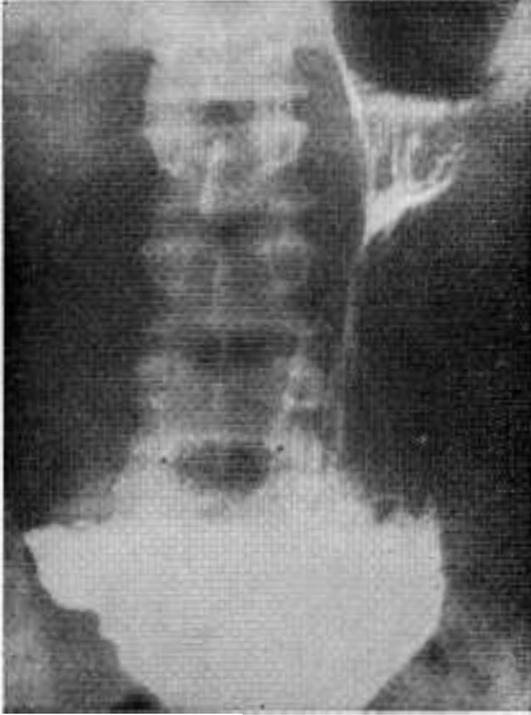


FIG. 1.—Gastroduodeno preoperatorio. Se aprecia la gran distensión gástrica y la ausencia de pasaje al duodeno.

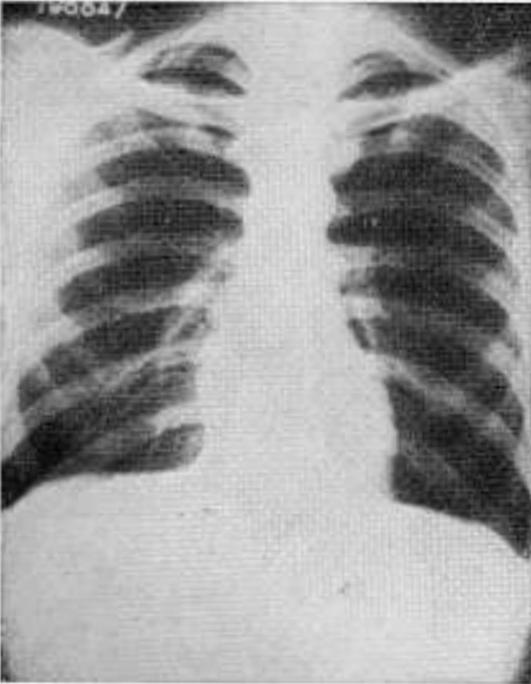


FIG. 2.—Radiografía de tórax preoperatoria. Es normal.

ni bazo ni tumoraciones. Sin circulación colateral ni ascitis. Resto del examen, normal.

En sala, el enfermo fue tratado con sueros intravenosos, transfusiones, lavados gástricos, teniendo al ingreso un residuo gástrico en ayunas de 2,500 litros. Fue estudiado:

Gastroduodeno (fig. 1): síndrome pilórico, con líquido en ayunas y distensión del fondo gástrico. No se obtuvo pasaje duodenal.

Radiografía de tórax (fig. 2): normal.

Laboratorio: moderada anemia y aumento de la urea en suero. Funcional hepático y examen de orina: normales.

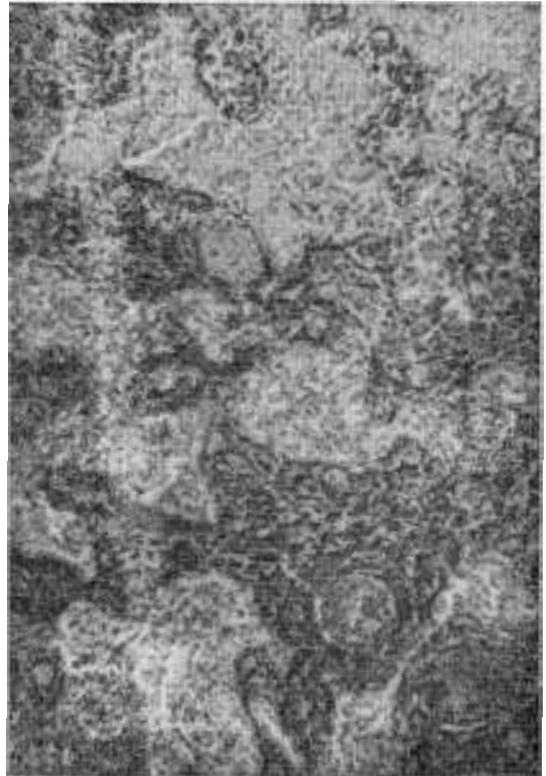


FIG. 3.—Aspecto histológico topográfico de la lesión. Se ven folículos tuberculosos en un ganglio que presenta congestión, edema y dilatación sinusal.

Evolución. Pese al tratamiento realizado, no cedió la obstrucción gástrica, por lo que fue operado el 26 de mayo de 1964.

Operación. La exploración mostró lesión tumoral de antro y canal pilórico, de 8 cm. de diámetro, móvil. Grandes adenopatías en pequeña curva, fijadas a pared posterior algunas de ellas. Adenopatías en cadenas subpilórica, gastroepiploicas, raíz de mesocolon y mesenterio. Gran congestión venosa supramesocólica. Se consideró que la extensión tumoral contraindicaba la exéresis, y se hizo una gastroenteroanastomosis precólica y biopsia de dos ganglios.



FIG. 4.— Se aprecia un folículo tuberculoso típico.

Postoperatorio. Una hematemesis importante obligó una reintervención a las 24 horas, en la que se encontró un estómago lleno de sangre sin poderse precisar el origen. La evolución postoperatoria luego de la reintervención fue satisfactoria.

Informe anatomopatológico. “El corte de los ganglios muestra edema, congestión y dilatación sinusal, con linfa coagulada. Hiperplasia linfoidea simple. Se aprecian centros de caseosis, rodeados de células gigantes y epitelioides, sin encontrarse bacilos de Koch” (figs. 3, 4 y 5).

Teniendo en cuenta este resultado, se estudió completamente desde el punto de vista tuberculoso:

Cutirreacción: positiva intensa.

Eritrosedimentación: 53 mm. en la primera hora.

En el líquido gástrico, no se encontraron bacilos de Koch.

Se fue de alta, recibiendo un tratamiento ambulatorio con la triple medicación antituberculosa.

Evolución alejada. Excelente. rápidamente recuperó los 20 kilos perdidos.

En setiembre de 1964 un nuevo gastroduodeno (fig. 6) mostró la existencia de una imagen lacunar antral, con mínimo pasaje al duodeno. La eritrosedimentación era de 30 mm. la primera hora.

En marzo de 1965, continuaba con el tratamiento antituberculoso. En el gastroduodeno (fig. 7) persistía la imagen lacunar antral.

En diciembre de 1965, el último control de gastroduodeno mostró un estómago normal, cuya zona antral se distendía ampliamente. Con la eritrosedimentación de 13 mm. en la primera hora, se suspendió todo tratamiento.

Se controló periódicamente hasta 1968, siendo su estado general excelente.

COMENTARIO

Este enfermo consultó por un importante síndrome pilórico, con poco tiempo de evolución. Con tratamiento médico, tuvo un mínimo retroceso, siendo entonces operado con diagnóstico de probable úlcus, aunque no se descartó una lesión tumoral. Durante la operación, el aspecto de las lesiones hizo pensar en un cáncer irresecable oncológicamente por la extensión de las lesiones. Sin embargo, de haber conocido en ese momento el aspecto macroscópico que presentan las lesiones,



FIG. 5.— A mayor aumento se reconocen la zona de caseosis rodeada por células epitelioides y gigantes.

nes de tuberculosis gástrica, probablemente se hubiese planteado el diagnóstico.

El informe anatomopatológico, mostrando los típicos folículos tuberculosos, permitió hacer el diagnóstico, aunque no se encontró el bacilo de Koch en la lesión.



FIG. 6.—Gastroduodeno a los 4 meses de operado. Hay un mínimo pasaje al duodeno, evacuándose el estómago por la gastroenteroanastomosis. Se ve gruesa imagen lacunar en el antro y en canal pilórico se ve rígido e infiltrado.

Autores modernos (1, 19, 28) dan gran valor diagnóstico a la prueba terapéutica. Sostienen que el reconocimiento histológico de folículos tuberculosos, en enfermos que mejoran francamente o curan con tratamiento específico en poco tiempo, permite hacer el diagnóstico de tuberculosis gástrica con exactitud, aun cuando no se vean los bacilos de Koch en los cortes estudiados.

En nuestro caso además, se puede demostrar la desaparición radiológica de la tumoración antral en el curso del tratamiento antituberculoso.



FIG. 7.—Gastroduodeno a los 10 meses de operado. Hay mayor pasaje duodenal, viéndose aún la imagen lacunar de antro y la infiltración y rigidez prepilórica.



FIG. 8.—Gastroduodeno a los 19 meses de operado, coincidiendo con la terminación del tratamiento médico. Se ve amplio pasaje duodenal; no se aprecia la lesión lacunar e infiltrante, y se ve la amplia movilidad y distensión del antro.

RESUMEN

Los autores presentan una observación de tuberculosis primitiva gástrica que fue diagnosticada por medio del estudio histológico de dos ganglios biopsados durante el acto quirúrgico, en un enfermo de 21 años, operado por síndrome pilórico que no cedió con tratamiento médico. El paciente, tratado con triple medicación, curó totalmente, siendo sus controles clínicos, radiológicos y de laboratorio normales.

Destacan asimismo, algunos detalles de la patología y la clínica de esta rara forma de tuberculosis.

RÉSUMÉ

Les auteurs présentent l'observation d'un cas de tuberculose primitive gastrique, dont le diagnostic a été établi au moyen de l'étude histologique de deux ganglions. Leur biopsie a été faite au cours de l'opération chirurgicale d'un malade de 21 ans, dû à un syndrome pylorique ayant résisté au traitement médical. Le patient, traité avec une triple médication guérit totalement et ses contrôles cliniques, radiologiques et de laboratoire sont devenus normaux.

L'accent est mis sur certains détails de la pathologie et de la clinique de cette forme de tuberculose si peu fréquente.

SUMMARY

The authors present the observation of a case of primitive gastric tuberculosis, diagnosed through the histological study of two ganglia by biopsy during surgery, in a 21-year-old patient, operated on by reason of a pyloric syndrome which had not improved through medical treatment. The patient, treated by triple medication, was totally cured, and his clinical, radiological and laboratory controls are normal.

The authors, furthermore, point out some details of the pathology and clinic of this rare form of tuberculosis.

BIBLIOGRAFIA

1. AUGUSTE, O., WAROT, L., FOVET, L. et LESCOUT, T. La tuberculose gastrique primitive des jeunes musulmans d'Afrique du Nord. *Arch. Mal. App. Dig.*, 49: 986-992, 1960.

2. BENTLEY, G. and WEBSTER, M. Gastrointestinal tuberculosis. *Brit. J. Surg.*, 54: 90-6, 1967.
3. BINDERT, I., RUBY, V. and SHUMAN, B. Tuberculosis of the Stomach with special reference to its incidence in children. *Gastroenterology*, 5: 474-490, 1945.
4. BRODERS, A. Tuberculosis of the Stomach, with report of a case of multiple tuberculosis ulcers. *Surg. Gyn. Obs.*, 25: 490-504, 1917.
5. BROWNE, D., Mc HARDY, G. and WILEN, C. Gastric mucosal changes of tuberculosis. *Am. J. Dig. Dis.*, 9: 407-411, 1942.
6. CENNANO, O. e VERCELLINO, A. Contributo anatomopatológico e statistico allo studio della tuberculose gastrointestinale. *Min. Med.*, 51: 2692-2699, 1960.
7. CLAGGETT, O. and WALTMAN, W. Tuberculosis of the Stomach. *Arch. Surg.*, 37: 504-520, 1938.
8. CHAFFIN, L. Tuberculosis of the Stomach. *Surgery*, 5: 186-190, 1939.
9. CHAZAN, B. and AITCHINSON, J. Gastric tuberculosis. *Brit. Med. J.*, 5208: 1288-1290, 1960.
10. EDIDIN, B., DES AUTELS, E. and BAKER, L. Tuberculosis of the Stomach. A report of two cases with some comments on therapy. *Gastroenterology*, 31: 429-438, 1956.
11. FIJALCOWSKA, T. und WOZNIAK, F. Gruzlika zoladka z prodaniem wiazneg o przypadku. *An. Univ. Maria Curie Sklodowska*, 15: 380-388, 1960.
12. GAFEL, A., PRUZANSKY, W. and ALTMANN, R. (Israel). The clinical picture and rare variants of Primary Gastrointestinal tuberculosis. *Gastroenterologia*, 99: 359-367, 1963.
13. GAFEL, A., PRUZANSKY, W., ALTMANN, R. and LORANT, T. Primary gastrointestinal tuberculosis. *Acta Tub. Scand.*, 42: 309-313, 1963.
14. GAINES, W., STEIMBACH, H. and LOWERHAMP, E. Tuberculosis of the Stomach. *Radiology*, 58: 808-819, 1952.
15. GOOD, R. Tuberculosis of the Stomach. An Analysis of cases recently reviewed. *Arch. Surg.*, 22: 414-426, 1931.
16. GOUPTA, O. Tuberculosis peptic ulcer. *J. Indian Med. Ass.*, 50: 70, 1968.
17. HARDT, L. and COHEN, S. Gastrointestinal complications in pulmonary tuberculosis. *Am. Rev. Tub.*, 43: 628-632, 1941.
18. HELBER, K. Diagnosis of Stomach tuberculosis. *Radiol. Clin. (Basel)*, 29: 47-55, 1960.
19. KETTUNNEN, K. (Finn.). Tuberculosis of the Stomach. *N. Y. J. Med.*, 57: 3863-3864, 1957.
20. KINI, M. and NARASIMHA, R. (India). Granulomatous ulcers resembling tuberculosis ulcers of the Stomach. *Brit. J. Surg.*, 26: 379-386, 1938.
21. LEGEAIS, P. Tuberculose gastrique a forme hypertrophique. *Mém. Acad. Chir.*, 71: 309-311, 1945.
22. MIKAELOFF, P. La tuberculose gastrique. A propos d'une forme primitive avec manifestations hémorragiques. *Lyon Chir.*, 63: 926-929, 1967.
23. PALMER, E. Tuberculosis of the Stomach, and Stomach in tuberculosis. *Am. Rev. Tub.*, 61: 116-130, 1950.
24. PARODI, L. et LE BOURTHIE, F. Un cas d'ulcère tuberculose pylorique perforé. *Marseille Chir.*, 14: 418-419, 1962.
25. PLANE, P. Tuberculose gastrique stenosants. *Mém. Acad. Chir.*, 87: 361-365, 1961.
26. PONS, P. *Enfermedades del tubo digestivo, hígado, vías biliares, páncreas, peritoneo y diafragma*. Salvat, Barcelona, 368-370, 1956.

27. REIT-PUIG, A. Tuberculosis gástrica. *Med. Clínica*, 4: 135-139, 1945.
28. SEROR, J. La tuberculose gastrique. Aspects anatomocliniques et therapeutiques. *Afr. Franç. Chir.*, 19: 1-8, 1961.
29. SEROR, J. et LACROIX, A. Hématémèse grave compliquée de perforation au cours de l'évolution aiguë d'une tuberculose gastrique. *Mém. Acad. Chir.*, 86: 269-274, 1960.
30. SULLIVAN, R., FRANCONA, N. and KIRSCHBAUM, S. Tuberculosis of the Stomach. A Clinical and Pathologic Study. *Ann. Surg.*, 112: 225-233, 1940.
31. TOLIO, A. e FISSORE, E. Considerazioni sopra di un caso di tuberculose ulcerosa dello stomaco. *Min. Chir.*, 16: 777-782, 1961.
32. TOOLE, H. and PROPATORIDIS, J. (Atenas). Contribution to the study of Gastric tuberculosis. *Rev. of Gastroenterology*, 17: 125-136, 1950.
33. VIAR-PONTE, J., IRAZAGORRY y FELJOO, L. Tuberculosis gástrica. Presentación de un caso. *Rev. Esp. Enf. Ap. Dig. Nutr.*, 19: 430-434, 1960.

DISCUSION

Dr. Suiffet: Considero que la comunicacion presentada es de interés y puede dar lugar a una serie de comentarios.

Como el comunicante lo ha dicho, en nuestro medio la experiencia es nula. Por tanto no hacemos comentarios en base a experiencia personal de esta enfermedad pero sí sobre situaciones similares.

Es muy difícil el diagnóstico operatorio de la tuberculosis gástrica es todavía más difícil distinguir de un neoplasma, particularmente cuando existan adenopatías. Es el caso que enfrentaron los comunicantes. Recordamos al respecto que hace varios años operamos una señora con diagnóstico clínico y operatorio de neoplasma de colon derecho. El examen ana-

tómico mostró que se trataba de tuberculosis de colon. Al cabo de cuatro años nos consultó por síndrome de obstrucción pilórica y una lesión estenosante en el antro. Fue operada con diagnóstico de tuberculosis gástrica. Sin embargo, en la intervención, resecamos la lesión porque no nos sentimos capacitados para el diagnóstico. El examen anatómico mostró que se trataba de un neoplasma. Otra situación que enfrenta el cirujano, es la de casos que tienen adenopatías tuberculosas en el abdomen y son operados por otra razón. Hemos operado varios casos por diversas causas y en el estudio se encontraron adenopatías abdominales que luego estudiadas mostraron que se trataba de tuberculosis ganglionar. También hemos operado casos con el diagnóstico de cáncer gástrico y que dado la extensión lesional se le practicó solamente gastroenterotomía. La evolución fue favorable con desaparición de la lesión gástrica, comprobada radiológicamente y en una nueva intervención siete años después de la primera. Tal vez sea un exceso de rigurosidad científica, pero puede hacerse algún reparo al diagnóstico definitivo del caso presentado, aunque es lógico pensar que tiene una tuberculosis gástrica.

Lo que ha expresado el Dr. Valls es exacto. Se refirió a otros procesos patológicos como el linfosarcoma. Operamos hace dos años una paciente con carcinoma rectal. La exploración mostró adenopatías múltiples y voluminosas en todos los territorios abdominales. Frente a esto se hizo sólo derivación y toma biopsica de varias adenopatías. El examen histológico mostró linfosarcoma, coexistiendo con adenocarcinoma rectal. Pero éste es otro problema.

Insistimos en la posibilidad de coexistencia de dos afecciones de distinta naturaleza. Desde luego que ello no le quita valor al caso presentado, que ha sido muy interesante y ha dado motivo a consideración.