



## Tuberculosis ganglionar mimetizando progresión de cáncer gástrico

»Javier Segovia<sup>1</sup>

»Iván Triana<sup>1</sup>

»Luis Pino<sup>1</sup>

»Erick Cantor<sup>1</sup>

»Aylen Ospina<sup>1</sup>

»Gabriel Herrera<sup>1</sup>

»Henry Vargas<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Fundación Santa Fe de Bogotá

**Introducción:** las enfermedades infecciosas pueden imitar un compromiso neoplásico o mimetizar una progresión metastásica de otra neoplasia. En la literatura mundial inclusive un 5.2 % de pacientes con sospecha de malignidad pulmonar resultan teniendo un diagnóstico de infección; la tuberculosis ha sido la de mayor prevalencia. A continuación, exponemos el caso clínico de un paciente con cáncer gástrico y con una tuberculosis ganglionar que a nivel clínico y radiológico estaba mimetizando una progresión ganglionar del cáncer gástrico.

**Caso Clínico:** paciente masculino de 69 años con cuatro meses de evolución consistente en sensación de reflujo asociado a distensión de hemiabdomen derecho con leve dolor, asocia hiporexia, pérdida de peso 10 kg en dos meses y astenia. Vive en zona rural del departamento de Putumayo, no fuma. Se realiza tomografía de

abdomen con engrosamiento mural irregular del antro gástrico de aspecto neoplásico, asociado a ganglios en ligamento gastrohepático de características secundarias. Se realiza biopsia de lesión gástrica con resultado de adenocarcinoma gástrico de patrón intestinal bien diferenciado, con perfil molecular: PDL-1 negativo, baja probabilidad de inestabilidad microsatelital, Her2 positivo, por su cultura el paciente rechaza cualquier tipo de cirugía o intervención como laparoscopia. Se considera enfermedad localmente avanzada y se inicia manejo con capecitabine, oxaliplatino y trastuzumab. Otros estudios de extensión.

Tomografía de tórax al diagnóstico:

1. Adenomegalias mediastinales paratraqueales derechas y conglomerado ganglionar subcarinal de características sospechosas.
2. Enfermedad de la vía aérea de mediano y pequeño calibre con múltiples nódulos

**Autor para correspondencia:** Javier Segovia

**Correo electrónico:** jmsegoviagomez@gmail.com

Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

centrolobulillares, algunos con morfología en árbol de gemación y presencia de bronquiectasias cilíndricas y varicosas en lóbulo medio y ambos lóbulos inferiores.

Luego de nueve meses de tratamiento el paciente se encontraba en ciclo trece de quimioterapia con capecitabine+trastuzumab, (el oxaliplatino se suspendió en ciclo ocho por toxicidad neuropatía G3). Refería mejoría clínica de dolor abdominal, de la astenia y la adinamia, además aumento de peso. Como sintomatología adicional refirió inicio de escalofríos luego de la toma del medicamento. La Figura 1 muestra las Imágenes de revaloración. Por parte de oncología se sospechó que el patrón ganglionar no era claro de progresión de enfermedad neoplásica, se consideró en junta multidisciplinaria realizar biopsia ganglionar. El paciente continuó seguimiento y se recibe reporte de biopsia de ganglio con hallazgo que confirma compromiso por *Mycobacterium* spp, valorado por infectología quienes iniciaron manejo antituberculoso.

### Figuras y Tablas:

**Figura 1.**

Imágenes de revaloración uno



PET: compromiso ganglionar maligno cervical, mediastinal, retrocrural, retroperitoneal y pélvico. Lesiones nodulares hipermetabólicas mesentéricas en relación con carcinomatosis.

En el contexto de enfermedad oncológica activa el paciente continúa con tratamiento oncológico y buena tolerancia a medicamentos antituberculosos. Se solicitaron nuevas imágenes de revaloración (Figura 2).

Actualmente, el paciente se encuentra en el mes 23 de seguimiento, con los hallazgos del pet se llevó a una laparoscopia sin evidencia de enfermedad peritoneal. Se realizó gastrectomía donde se confirma respuesta patológica completa actualmente en mantenimiento con trastuzumab.

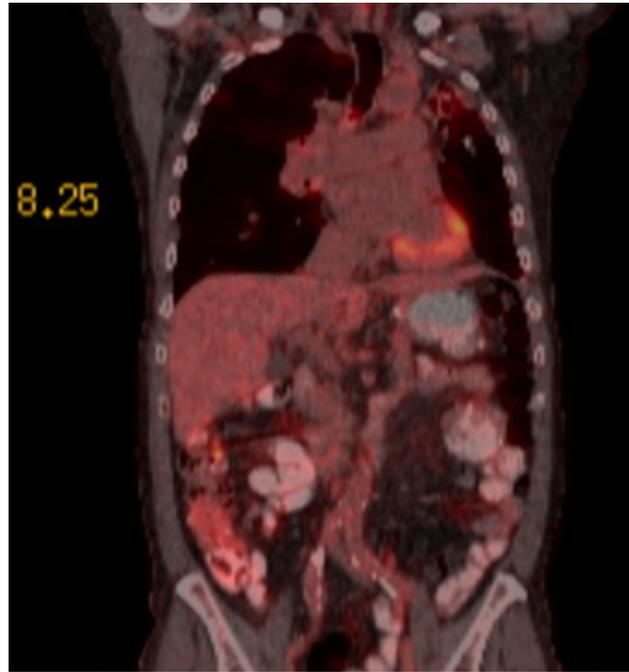
**Conclusión:** las enfermedades infecciosas pueden mimetizar un compromiso neoplásico en progresión, entre ellas la TBC debe ser de una alta sospecha clínica para el médico y hacer un adecuado diagnóstico cambia drásticamente el pronóstico del paciente.

### Palabras clave:

Tuberculosis; progresión; cáncer gástrico.

**Figura 2.**

Imágenes de segunda revaloración



PET: 1. No hay cambios hipermetabólicos que sugieran patología maligna,  
2. No se observa conglomerado ganglionar evidenciado en estudio previo.