

- of the literature. *Amyloid*. 2006;13:135–42, <http://dx.doi.org/10.1080/13506120600876773>.
- Mahmood S, Bridoux F, Venner CP, Sachchithanatham S, Gilbertson JA, Rowczenio D, et al. Natural history and outcomes in localised immunoglobulin light-chain amyloidosis: a long-term observational study. *Lancet Haematol*. 2015;2:e241–50, [http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3026\(15\)00068-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3026(15)00068-X).
 - Hazenberg AJ, Hazenberg BP, Dikkers FG. Long-term follow-up after surgery in localized laryngeal amyloidosis. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2016;273:2613–20, <http://dx.doi.org/10.1007/s00405-016-4061-y>.
 - Kourelis TV, Kyle RA, Dingli D, Buadi FK, Kumar SK, Gertz MA, et al. Presentation and outcomes of localized immunoglobulin light chain amyloidosis: the mayo clinic experience. *Mayo Clin Proc*. 2015;15:S51, <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.02.016>.
 - Manabe S, Boku Y, Takeda M, Usui F, Hirata I, Takahashi S. Endoscopic submucosal dissection as excisional biopsy for

anorectal malignant melanoma: a case report. *World J Clin Cases*. 2019;7:1652–9, <http://dx.doi.org/10.12998/wjcc.v7.i13.1652>.

Tao Yang^a, Jia-Wei Lu^a, Li-Hong Teng^a, Jing-Jing Feng^b, Jia-Guo Wu^a, Wei-Li Liu^{a,*}

^a Department of Gastroenterology, Sir Run Run Shaw Hospital, Zhejiang University School of Medicine, Hangzhou, China

^b Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou, China

* Corresponding author.

E-mail address: 3307006@zju.edu.cn (W.-L. Liu).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2019.09.004>
0210-5705/ © 2019 Published by Elsevier España, S.L.U.

Tuberculosis hepática simulando metástasis de cáncer colorrectal



Hepatic tuberculosis mimicking metastatic colorectal cancer

La tuberculosis es una entidad de origen infeccioso producida por el *Mycobacterium tuberculosis complex*¹, cuyo órgano diana son los pulmones. Afecta principalmente a poblaciones en vías de desarrollo, causando 2.000.000 de muertes al año^{1,2}. La tuberculosis extrapulmonar se produce a partir de un foco de origen pulmonar y afecta principalmente a individuos en estado de inmunosupresión, sobre todo en pacientes VIH^{1,3}. Los tejidos extrapulmonares más frecuentemente afectados son la pleura, los ganglios linfáticos y el sistema urinario¹. La rareza de la afectación hepática y lo inespecífico de la sintomatología dificulta el diagnóstico, que a menudo precisa de confirmación histológica^{1,2,4}. Como en nuestro caso, puede confundirse con tumores hepáticos primarios o metastásicos.

Presentamos el caso de un varón de 69 años de edad con antecedentes de hábito tabáquico y alcohólico, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemia y un adenocarcinoma de recto en 2013 que recibió neoadyuvancia con quimiorradioterapia, y posteriormente se intervino quirúrgicamente con un resultado anatomopatológico de T3N0M0, realizándose una adyuvancia con 6 ciclos de Xeloda®. Posteriormente, el paciente permanece con ausencia de enfermedad clínica y radiológica, y al cuarto año del seguimiento se objetiva una lesión hipodensa de baja atenuación en la TAC (fig. 1A) en el segmento VI hepático que dados los antecedentes oncológicos indica como primera posibilidad, metástasis hepática de origen colorrectal. Se amplía el estudio con una ecografía abdominal, donde se evidencian múltiples lesiones nodulares de hasta 2 cm de diámetro, y una RMN (fig. 1B) que pone de manifiesto lesiones bilobares hiperintensas en T1 Fat-Sat con contraste en fase arterial no calcificadas en los segmentos II, IVa, IVb, VIII, VI, todas ellas sugestivas de metástasis hepáticas, así como un CEA en el límite alto de la normalidad. Se expone el caso en el comité de tumores digestivos, y se decide

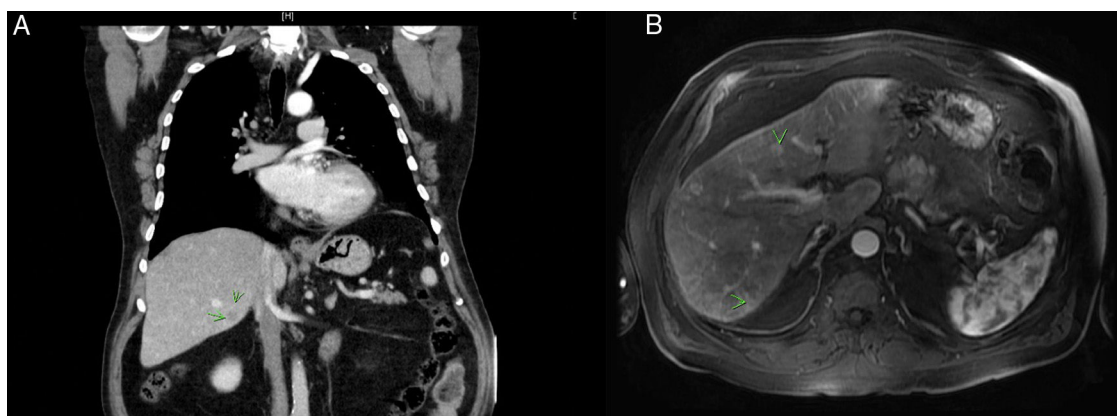


Figura 1 A) En la TAC se observa una lesión hipodensa en el lóbulo hepático derecho. B) Lesiones hiperintensas en T1 bilobares en la RMN.

iniciar tratamiento quimioterápico sistémico con 6 ciclos de FOLFIRI más cetuximab. Se repite una nueva TAC y RMN a los 4 meses que evidencia una respuesta parcial al tratamiento quimioterápico con disminución del tamaño de las LOE hepáticas a excepción de una en el segmento II y otra en el VI. Se decide cirugía hepática de rescate, objetivando 5 lesiones sugestivas de metástasis subcentrímetricas y de localización subcapsular en los segmentos IVa, IVb, V, VI y VIII, así como 2 lesiones intraparenquimatosas en los segmentos II y IVb, realizándose metastasectomías de las lesiones subcapsulares y aplicación de microondas en las lesiones intraparenquimatosas. El resultado histológico de todas las muestras puso de evidencia lesiones nodulares granulomatosas centradas por necrosis de aspecto caseoso rodeadas de histiocitos epitelioides, algunas células gigantes multinucleadas y periféricamente fibrosis con tinción de Ziehl-Neelsen sin detectar bacilos ácido-alcohol resistentes. No se objetivaron células neoplásicas en ninguna de las muestras. El paciente es valorado por el servicio de infecciosos e inicia tratamiento con isoniacida, rifampicina y pirazinamida durante 9 meses con buena tolerancia a los fármacos. Se le realiza una TAC y una RMN al finalizar el tratamiento con el resultado de la total resolución de las lesiones descritas.

La tuberculosis hepática es una manifestación infrecuente de la tuberculosis, representando un 1% de todos los casos de tuberculosis abdominal^{1,2}. Se puede poner de manifiesto como una tuberculosis diseminada con afectación sincrónica pulmonar, afectación hepática difusa sin afectación pulmonar o en forma de absceso o tuberculoma hepático solitario^{1,2}. La poca incidencia de tuberculosis primaria hepática está con relación a los niveles bajos de oxígeno en los hepatocitos, lo que no convierte este tejido en un ambiente favorable para el *Mycobacterium tuberculosis*⁴. La primera referencia en la literatura de la afectación hepática de la tuberculosis fue por Bristowe en 1858². Puede manifestarse clínicamente con síntomas inespecíficos como fiebre, dolor abdominal, pérdida de peso, hepatomegalia o incluso alteraciones del perfil hepático analítico^{1,2}, o como en nuestro paciente como hallazgo incidental en un estudio histológico en el que se esperaba encontrar metástasis de origen colorrectal. El diagnóstico es complejo siendo muy específico, pero poco frecuente evidenciar el bacilo de Koch en el material histológico². Radiológicamente puede confundirse con tumores hepáticos primarios o secundarios^{2,5}, dada la inespecificidad de las características de las pruebas de imagen como en nuestro caso. Una vez realizado el diagnóstico, el objetivo es iniciar el tratamiento antituberculoso de forma

precoz, consiguiendo resolución de las lesiones en 6-12 meses^{2,3}.

En conclusión, a pesar de que la tuberculosis sea hoy en día una enfermedad infrecuente en nuestro medio, y mucho más la afectación extrapulmonar, hay que tenerla presente en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones hepáticas primarias o secundarias en pacientes con antecedentes oncológicos.

Financiación

No hemos obtenido beca para la realización del estudio.

Bibliografía

1. Chaves W, Buitrago JF, Dueñas A, Bejarano JC. Acerca de la tuberculosis extrapulmonar. *Repert Med Cir.* 2017;26:90-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.reper.2017.04.004>.
2. Anduaga-Peña MF, Quiñones-Sampedro JE, Iglesias-Iglesias MJ, Servide-Staffolani MJ, González-Fernández LM, Esteban-Velasco MC, et al. Hepatic tuberculoma simulating metastasis of gastric neuroendocrine carcinoma. *Rev Colomb Cir.* 2018;33:307-10, <http://dx.doi.org/10.30944/20117582.76>.
3. Ohene SA, Bakker MI, Ojo J, Toonstra A, Awudi D, Klatser P. Extra-pulmonary tuberculosis: A retrospective study of patients in Accra, Ghana. *PLoS One.* 2019;V 14:e0209650, <http://dx.doi.org/10.7910/DVN/TA10II/ZSVFVG0>.
4. Shera IA, Shawl MR, Rajan P, Soni RC. Primary hepatic tuberculosis masquerading as cholangiocarcinoma: A clinical nugget. *Turk J Gastroenterol.* 2019;30:764-6, <http://dx.doi.org/10.5152/tjg.2018.18558>.
5. Ai JW, Li Y, Cheng Q, Cui P, Wu HL, Xu B, et al. Diagnosis of local hepatic tuberculosis through next-generation sequencing: Smarter, faster and better. *Clin Res Hepatol Gastroenterol.* 2018;42:178-81, <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinre.2018.04.007>.

Iván Carmelo Soto-Darias*, Alejandro Morales-Hernández, Ángel García-Romera, Alberto Bravo-Gutiérrez y Antonio Alarcó-Hernández

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de la Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ivansd89@hotmail.com

(I.C. Soto-Darias).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2019.08.010>
0210-5705/ © 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U.