

CASO CLÍNICO

Tuberculosis anorrectal. Reporte de un caso

Dr. José Manuel Fernández Rivero,* Dr. José Luis Rocha Ramírez,* Dr. Eduardo Villanueva Sáenz,* Dr. Ernesto Sierra Montenegro,* Dr. Moisés Rojas Illanes*

* Servicio de Cirugía de Colon y Recto. Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México, D.F.

Correspondencia: Dr. José Luis Rocha-Ramírez. Instituto Mexicano del Seguro Social. Av. Cuauhtémoc 330, Col. Doctores, Deleg. Cuauhtémoc, C.P. 06720, México, D.F. Tel. 5627-6900 Ext. 21511. Correo electrónico: md_josemanuel@hotmail.com

Recibido para publicación: 1 de diciembre de 2004.

Aprobado para publicación: 31 de enero de 2007.

RESUMEN Objetivo: reportar por primera vez en México un caso de tuberculosis anorrectal, así como la revisión de la literatura mundial. **Antecedentes:** en años recientes la tuberculosis ha tenido un incremento significativo, causado principalmente por la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. La tuberculosis anorrectal es una presentación muy rara, su diagnóstico requiere de un alto índice de sospecha, ya que puede confundirse con una entidad de origen infeccioso. **Informe de un caso:** femenino de 50 años de edad, con úlceras anales atípicas, tratada en principio como enfermedad de Crohn perianal, el tratamiento a base de mesalazina y prednisona no mejoró el cuadro. Se realizó radiografía de tórax. Las biopsias reportaron tuberculosis, iniciando tratamiento con triple esquema antitumoral, con lo que presentó gran mejoría al mes del tratamiento médico. **Comentario:** la biopsia es el principal método de diagnóstico, el tratamiento médico específico triple o cuádruple es el principal manejo y el quirúrgico se realiza en caso de abscesos y/o fistulas.

Palabras clave: tuberculosis, anorrectal, úlceras anales atípicas.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) ha reportado un incremento mundial en los últimos años, secundario a la epidemia de síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Fueron estimados más de 90 millones de casos nuevos en la década de 1990-1999.¹ La TB extraintestinal comprende aproximadamente 15% de todos los casos de TB; localizado en pleura (26%), nódulos linfáticos (17%), tracto genitourinario (15%), huesos y articulaciones (14%), miliar (8%), meninges (6%), peritoneo (4%) y otros (9%).^{2,3} La TB gastrointestinal comprende menos de 1% de todos los casos comprobados de TB,³ siendo la enfermedad anal reportada como extremadamente rara.⁴ Los bacilos tie-

SUMMARY Objective: To report for the first time in Mexico a case of anorectal tuberculosis as well as the revision of world-wide literature. **Background:** In recent years the tuberculosis has had a significant increase, caused mainly by the epidemic of acquired immunodeficiency syndrome. The anorectal tuberculosis is a very rare presentation, their diagnosis requires a high index of suspicion since it can be confused with an infectious disease. **Case report:** Female of 50 years old, with atypical anal ulcers, treated at the beginning like perianal Crohn disease, the treatment with mesalazina and prednisone do not improve the disease. Thorax x-ray was made. The biopsies reported tuberculosis, initiating treatment with triple antitumoral scheme, with good results at one month of medical treatment. **Comment:** The biopsy is the main diagnostic method specific, the medical triple or quadruple treatment is the main management and surgical treatment is reserved for anal abscess and fistula.

Key words: Tuberculosis, anorectal, atipics anal ulcers.

nen predilección por el ileon terminal y el ciego (68-90%) se considera la estasis fecal la causa principal de esta localización.⁵

Los granulomas tuberculosos son inicialmente formados en las placas de Peyer localizados en la mucosa. Estos granulomas son de tamaño variable y característicamente tienden a ser confluentes, en contraste con la enfermedad de Crohn (EC). Las úlceras tuberculosas son relativamente superficiales y usualmente no penetran más allá de la muscularis.⁶ Pueden ser únicas o múltiples, generalmente transversales en contraste con la EC, que son úlceras longitudinales o serpentiginosas.⁷

A nivel anorrectal, la inoculación primaria de la micobacteria puede resultar del trauma de la piel o de la

mucosa. Las lesiones pueden aparecer como una pápula roja pardusca que puede progresar a una placa ulcerada; esto se conoce como un chancre tuberculoso. La linfadenopatía regional es común.

Una fisura anal es una presentación inusual que cicatriza en forma lenta y la presencia del *Mycobacterium* debe ser confirmada por patología.⁸ Las úlceras son usualmente dolorosas, con bordes azulados irregulares; el diagnóstico puede ser establecido por la determinación de los bacilos ácido-resistentes en la biopsias, por cultivo positivo de guinea y por la presencia de granulomas caseosos en el examen histológico de las lesiones de la piel. Con diagnóstico confirmatorio, se inicia con drogas antituberculosas (isoniacida, rifampicina y etambutol), que resuelven la enfermedad anal en dos o tres semanas, aunque el tratamiento debe continuar por varios meses.⁸

REPORTE DE CASO

Femenino de 50 años de edad, enviada con diagnóstico de probable enfermedad de Crohn perianal de difícil control, siendo manejada inicialmente con mesalazina 6 g al día y 30 mg diarios de prednisona. Inicia dos meses antes con dolor anal intenso y hemorragia posterior a la defecación, acompañado de cólico abdominal difuso, intenso, de predominio en hemiabdomen derecho, que no cedía con los antiespasmódicos, seis evacuaciones diarias disminuidas de consistencia acompañadas de hematoquezia, así como pujo y tenesmo rectal. En la exploración proctológica, se observó la presencia de dos úlceras anales atípicas de bordes eritematosos, irregulares, engrosados, con escaso material de granulación y de fácil sangrado al contacto, aproximadamente de 10 cm de diámetro, localizadas en la mitad anterior del ano y periné (Figura 1). Tacto rectal con hipertonía esfintérica dolorosa. En la anoscopia se observó extensión de la ulceración en el conducto anal hasta 1 cm por arriba de la línea dentada de la que se tomó biopsia. Los laboratorios de rutina con patrones normales, HIV y panel viral negativos, así como la realización de PPD que no tuvo crecimiento alguno. La radiografía de tórax demostró dos cavitaciones pequeñas en región apical izquierda y una en región apical derecha.

En el estudio histopatológico de las biopsias se observaron granulomas caseosos y la tinción de Ziehl-Nielsen con abundantes bacilos en la mucosa (Figura 2).

La paciente inicia tratamiento con triple esquema de antifímicos, incluyendo isoniacida, rifampicina y etam-



Figura 1. Úlceras anales atípicas de bordes eritematosos, irregulares, engrosados.

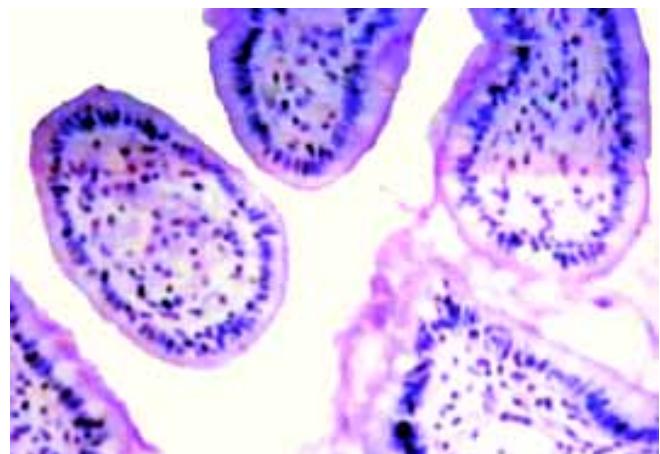


Figura 2. Tinción de Ziehl-Nielsen con abundantes bacilos tuberculosos en la mucosa.

butol. Un mes posterior al inicio del tratamiento, la paciente se refiere sin dolor abdominal y las lesiones a nivel anal se encuentran de menor tamaño, menos inflamatorias, con tejido de granulación y disminución del dolor posdefecación.

DISCUSIÓN

El mecanismo patogénico más comúnmente aceptado para las localizaciones gastrointestinales de TB es la deglución de secreciones respiratorias con un gran número de bacilos⁴ como en nuestro caso; otros mecanismos incluyen extensión por vía hematogena del foco primario en pulmón desde la juventud, con reactivación tardía; linfática a través de los ganglios infectados; en forma directa por contigüidad con otras áreas intestina-

les enfermas o en casos muy raros ingesta de leche de vacas infectadas con tuberculosis bovina.^{9,10}

La TB anal se presenta con predominio en hombres (4:1) y en la cuarta década de la vida, usualmente coexistiendo con TB pulmonar.¹¹ En nuestro caso, la TB pulmonar se diagnosticó por la radiografía de tórax, pero el PPD fue negativo. La causa de esto es un fenómeno llamado “anergia negativa” causado por el descenso de defensas tuberculosas específicas por la infección anal.¹²

Diferentes formas morfológicas de TB anal han sido descritas como: ulcerativo, verrucoso, lúpico y miliar,^{13,14} siendo la más común la de tipo ulcerativo como en el presente caso.¹¹

Los diagnósticos diferenciales incluyen enfermedades inflamatorias del intestino como Crohn y colitis ulcerativa crónica inespecífica, infecciones por herpes simple, sífilis, amibirosis y linfogranuloma venéreo. El tratamiento inicial debe llevar un régimen de tres o cuatro drogas. El tratamiento quirúrgico se reserva para los abscesos consistiendo en el drenaje de los mismos; en caso de fistulas anales complejas posterior a la cirugía, se espera el resultado histopatológico confirmatorio iniciándose en forma inmediata el tratamiento médico.

Para concluir debemos indicar que la presencia de lesiones perianales atípicas deben ser estudiadas ampliamente y mantener siempre una gran sospecha clínica para

diagnosticar o descartar TB y su manejo de inicio siempre es médico.

REFERENCIAS

1. Ravaglione MC, Zinder DE, Kochi A. Global epidemiology of tuberculosis: morbidity and mortality of a worldwide epidemic. *JAMA* 1995; 273: 220-6.
2. Metha JB, Dutt A, Harvill L, Mathews KM. Epidemiology of extrapulmonary tuberculosis: a comparative analysis with pre-AIDS era. *Chest* 1991; 99: 1134-8.
3. Sbarbaro JA. Tuberculosis in the 1990s. Epidemiology and therapeutic challenge. *Chest* 1995; 108: 58s-62s.
4. Harland RW, Varkey B. Anal tuberculosis: report of two cases and literature review. *Am J Gastroent* 1992; 87: 1488-91.
5. Villanueva Saenz E, Martinez Hernandez P, Álvarez-Tostado Fernández F, et al. Colonic tuberculosis. *Digest Dis & Sci* 2002; 47(9): 2045-8.
6. Tandon HD, Prakash A. Pathology of intestinal tuberculosis and its distinction from Crohn's disease. *GUT* 1972; 13: 260-9.
7. Anand BS. Distinguishing Crohn's disease from intestinal tuberculosis. *Nat Med J India* 1989; 2: 170-5.
8. Chaudhary A, Gupta M. Colorectal tuberculosis. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 738-41.
9. Betlloch I, Bañuls J, Sevilla A, et al. Perianal tuberculosis. *Int J Dermatol* 1994; 33: 270-1.
10. McGee SG, Williams FL, Potts J, et al. Gastrointestinal tuberculosis resurgence of an old pathogen. *Am Surg* 1989; 55: 16-20.
11. O'Donohoe MK, Waldron RP, O'Maley E. Milliary tuberculosis presenting as an acute perianal abscess: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 697-8.
12. Sehgal VN, Wagh SA. Cutaneous tuberculosis current concepts. *Int J Dermatol* 1990; 29: 237-52.
13. Whalen TV, Kovalcik PJ, Old WL Jr. Tuberculous anal ulcer. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 54-5.
14. Chung CC, Choi CL, et al. Anal and perianal tuberculosis: report of 3 cases in 10 years. *JR Coll Surg Edinb* 1997; 42: 189-90.