



## Fístula esofágica por tuberculosis en un paciente VIH positivo. Reporte de un caso y revisión bibliográfica

Jorge Galindo Sainz,\* Rafael Antón Tejada García\*\*

### RESUMEN

De las diversas presentaciones clínicas de la tuberculosis, el tipo esofágico es raro. La dificultad para su identificación y diagnóstico puede atribuirse a que la clínica mostrada suele confundirse con diversas enfermedades esofágicas frecuentes. Se reporta el caso clínico de un paciente masculino de 32 años de edad, VIH positivo de reciente diagnóstico, que inició su cuadro con pérdida ponderal de 20 kg en tres meses, fiebre, dolor de tipo ardoroso en el epigastrio, odinofagia y disfagia; el primero a sólidos y posteriormente a líquidos. La endoscopia demostró dos úlceras ovales en el esófago que se extendían 5 cm, de bordes irregulares, prácticamente contiguas y con un orificio; el de la inferior era más profundo, el esofagograma baritado confirmó el trayecto fistuloso. Las biopsias y la tinción fueron compatibles con tuberculosis esofágica. El paciente tuvo adecuada respuesta al tratamiento antituberculoso. A pesar de ser un padecimiento muy poco frecuente, la importancia de conocer este padecimiento es mostrar al clínico que debido a sus síntomas vagos es necesario realizar el diagnóstico diferencial con otros padecimientos.

**Palabras clave:** tuberculosis esofágica, VIH, fístula esofágica.

### ABSTRACT

The esophageal tuberculosis is quite rare presentation of this disease. The difficulty in its identification and diagnosis might be ascribed to the confusing symptoms presented by such disease that could mislead to common esophagus pathologies. This is a clinical case concerning an HIV positive 32 years old male patient, starting with 20kg ponderal loss in 3 months, fever, epigastrium burning pain, odinophagia and dysphagia, first being solid to become liquid state. Endoscope takes place showing two existing oval ulcers in esophagus that extend to 5cm, presenting irregular edges, approximately together having each one an orifice, being the inferior one's deeper, the baritaded esophagogram confirms fistulous way. Biopsies taken and the stain matched esophageal tuberculosis. The patients had a good reaction to antituberculous treatment. Nevertheless the uncommon aspect of such pathology, it is of great importance showing its clinic so in result of vague symptomatology it is necessary to realize differential diagnosis with other diseases.

**Key words:** esophageal tuberculosis, HIV, esophageal fistulae.

**E**n todo el mundo, la tuberculosis es la infección oportunista más frecuente en personas con VIH, incluidos quienes reciben tratamiento antirretroviral. Se ha convertido en una de las principales causas de muerte de estas personas en los países de ingresos bajos y medianos.<sup>1</sup> La estrecha relación

entre VIH y tuberculosis es tan grande que, a menudo, se hace referencia a ellos como co-epidemias o dobles epidemias.

De las diversas presentaciones clínicas de la tuberculosis, el tipo esofágico es una enfermedad rara, incluso en países con alta incidencia de este padecimiento,<sup>2</sup> como es el caso de México.

La causa más común de tuberculosis esofágica es la infección secundaria debido a la extensión directa de nódulos linfáticos, mediastino, pulmonar o espinal.<sup>3</sup> La afección primaria es la menos común porque la saliva, el epitelio escamoso y la peristalsis del esófago evitan la estasis y la invasión mucosa de microorganismos, formando una fuerte barrera de defensa contra *Mycobacterium tuberculosis*.<sup>4,5</sup>

El cuadro clínico más frecuente es de: disfagia, odinofagia, dolor retroesternal, febrícula o fiebre y pérdida de peso.<sup>2,5,6</sup>

\* Infectólogo.

\*\* Médico general.

Hospital General de Zona número 11, Región Veracruz Norte. Instituto Mexicano del Seguro Social. Clínica de VIH.

Correspondencia: Dr. Jorge Galindo Sainz. Obras Públicas 48-4, colonia Murillo Vidal. Xalapa, Veracruz, México. Correo electrónico: jgstria@yahoo.com

Recibido: enero, 2009. Aceptado: julio, 2009.

Este artículo debe citarse como: Galindo SJ, Tejada GRA. Fístula esofágica por tuberculosis en un paciente VIH positivo. Reporte de un caso y revisión bibliográfica. Med Int Mex 2009;25(5):395-8.

La versión completa de este artículo también está disponible en: [www.nietoeditores.com.mx](http://www.nietoeditores.com.mx)

La dificultad para su identificación y diagnóstico puede atribuirse a que su clínica suele confundirse con diversos padecimientos esofágicos frecuentes. En algunos casos, el diagnóstico diferencial de la tuberculosis esofágica es muy difícil y puede resultar en una esofagectomía innecesaria.<sup>7</sup> La necesidad de estudios especializados de laboratorio y gabinete dificulta aún más su confirmación diagnóstica.

Hasta el momento, no se han publicado informes de este padecimiento en México. En este reporte presentamos un caso diagnosticado en nuestro hospital.

### Caso clínico

Paciente masculino de 32 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus por rama materna en abuela y dos tías, madre hipertensa y padre sano. Refiere prácticas sexuales con tres parejas diferentes por año, aproximadamente, y uso irregular de preservativo. Su padecimiento actual se inició con pérdida ponderal de 20 kg en los tres meses previos a su ingreso, su peso regular es de 92 kg y el actual de 72 kg. Cursó con astenia y adinamia, trastornos del sueño e hiporexia con estado nauseoso. Dos semanas previas a su ingreso se agregó dolor de tipo ardoroso en el epigastrio y disfagia, el primero a sólidos y, posteriormente a líquidos. Aparición de placas blanquecinas dolorosas en el paladar blando, encías y lengua, que se desprenden al raspado. Con base en el cuadro clínico y los antecedentes, se realizó ELISA para VIH, que resultó positivo, así como la segunda muestra y prueba confirmatoria. Se tomó carga viral y cuenta de linfocitos CD4, que fue de 29,973 copias/mL  $\log^{10}$  4.47 y 44  $\text{cl}/\mu\text{L}$  respectivamente, se catalogó como categoría CDC C3. Se le realizaron radiografía de tórax y serie esófago-gastro-duodenal (figuras 1 y 2) que resultaron normales. Por laboratorio se detectó anemia con eritrocitos de  $3.33 \times 10^6/\mu\text{L}$ , hemoglobina de 9.1 g/dL y hematócrito de 28.2%, leucocitos de  $4.3 \times 10^3/\mu\text{L}$  y linfocitos de  $1.8 \times 10^3/\mu\text{L}$ , química sanguínea, electrolitos séricos, pruebas de funcionamiento hepático y perfil de lípidos dentro de parámetros normales. TORCH para toxoplasma, rubéola, citomegalovirus y herpes con IgG de memoria positivos, VDRL y panel de hepatitis viral B y C negativo. Se decidió iniciar tratamiento antirretroviral con la combinación atazanavir/ritonavir/lamivudina y zidovudina, así como fluconazol y trimetoprima con sulfametoxazol, este último a dosis profilácticas.



Figura 1. Radiografía de tórax de características normales.

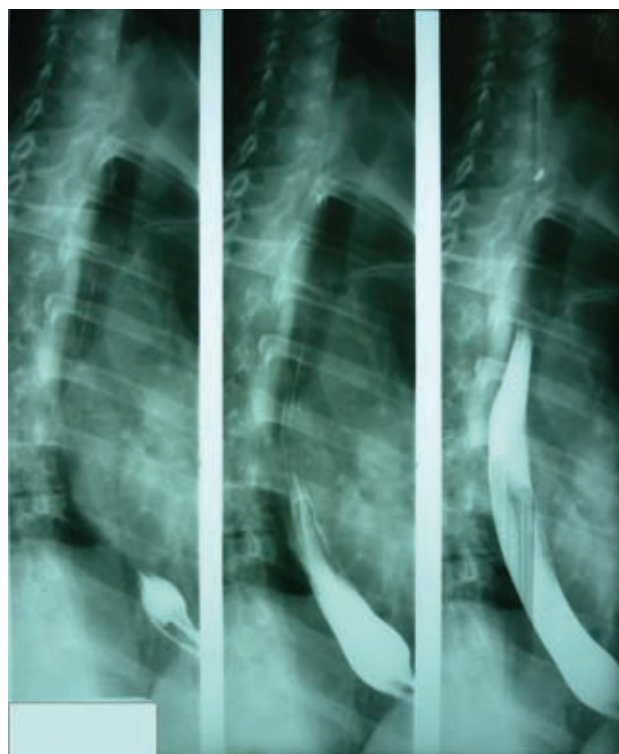
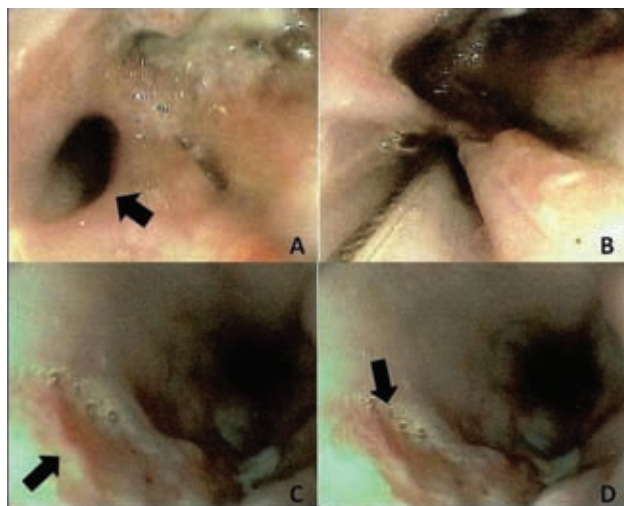


Figura 2. Esófagograma baritado.

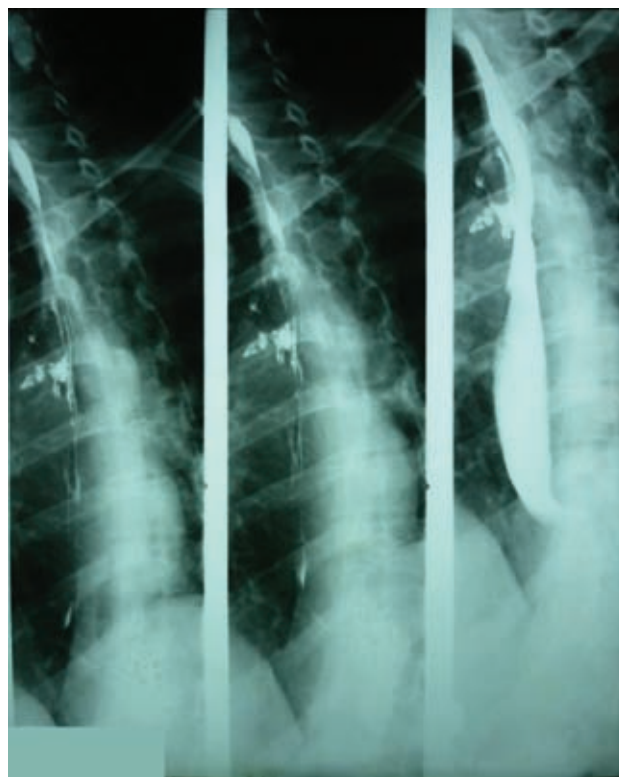
Un mes posterior al inicio del tratamiento ingresó nuevamente por síndrome febril de ocho días de evolución, saciedad temprana, disfagia a líquidos que evolucionó a intolerancia a la vía oral y anemia clínica y por laboratorio eritrocitos de  $2.95 \times 10^6/\mu\text{L}$ , hemoglobina 8.6 g/dL y hematócrito 25.8%. La endoscopia del esófago permitió apreciar, a 25 cm de la arcada dentaria, dos úlceras ovales que se extendían 5 cm (hasta 30 cm de la arcada dentaria), de bordes irregulares prácticamente contiguas y con un orificio, el de la inferior era más profundo (figura 3). Se colocó una sonda nasoyeyunal para alimentación, se tomaron biopsias y se enviaron a patología. El diagnóstico endoscópico fue de: úlceras esofágicas de etiología a determinar, probablemente fistulizadas, hernia hiatal.



**Figura 3. A y B.** Endoscopia que muestra una úlcera en el esófago (flecha), en B se observa la misma lesión con la sonda nasoyeyunal colocada. **C y D.** Endoscopia de control con úlcera esofágica en cicatrización (flecha).

Posterior a la endoscopia se realizó una nueva serie esófago-gastro-duodenal en la que se corroboró un trayecto fistuloso de aproximadamente 4 cm en el esófago (figura 4). El estudio de patología reportó esofagitis aguda y crónica ulcerada, con reacción granulomatosa y células gigantes de tipo Langhans, sugerentes de tuberculosis. La tinción de Ziehl-Neelsen fue positiva para bacilos ácido alcohol-resistentes.

Se decidió la suspensión de la terapia antirretroviral y el paciente se envió al servicio de TAES, en donde recibió tratamiento antifímico durante seis meses, con el posterior reinicio de los antivirales, ahora con la combinación efavirenz/lamivudina y zidovudina. A



**Figura 4.** Esófagograma con trayecto fistuloso de aproximadamente 4 cm en el tercio medio.

los cuatro meses se realizó endoscopia de control, que reportó úlcera en cicatrización y ausencia del trayecto fistuloso (figura 3). A los tres meses de tratamiento antirretroviral con carga viral de 94 copias/mL y cuenta de CD4 de 193 cl/ $\mu\text{L}$ .

## DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud estima que cada año aparecen más de ocho millones de nuevos casos de tuberculosis. El 95% de ellos ocurre en países en vías de desarrollo, donde el virus de la inmunodeficiencia humana es común.<sup>8</sup>

La tuberculosis esofágica es una enfermedad rara, con una incidencia estimada de 0.15% de las causas de muerte por tuberculosis.<sup>9</sup> La tuberculosis primaria sin tuberculosis extraesofágica es aún más rara.<sup>10</sup> El reporte de fístulas esofágicas de esta causa es mínimo en la bibliografía. En un estudio radiológico donde se estudiaron 648 casos de tuberculosis gastrointestinal, sólo 1 tenía fístula esofágica.<sup>11</sup>



Una de las principales causas que dificultan la identificación de la tuberculosis esofágica es la pobre clínica presente, que puede confundirse con diversas afecciones esofágicas mucho más frecuentes en la población general y por infecciones oportunistas en pacientes inmunocomprometidos. Otra dificultad de peso es poder aislar el bacilo tuberculoso, que muchas veces no es detectado en las muestras histológicas y tinciones.<sup>12</sup> Este caso puede asociarse, también, con el síndrome de reconstitución inmunológica, que consiste en una rápida restauración del sistema inmunológico gracias a la terapia antirretroviral, que trae consigo la identificación de enfermedades subclínicas;<sup>13</sup> sin embargo, en este paciente apareció tempranamente, en menos de un mes de estar recibiendo antirretrovirales; por esto se pone en duda su participación en el caso.

La principal manifestación de la fistula esofágica es la disfagia,<sup>6</sup> aunque también puede haber: odinofagia, pérdida de peso, fiebre o dolor retroesternal, como en el caso mencionado. La actitud terapéutica inicial en este paciente se dirigió a la esofagitis por *Candida*, debido a los hallazgos clínicos y cuentas bajas de CD4, así como a la presencia de este patógeno en la cavidad oral y la frecuencia de este padecimiento. La falta de respuesta al tratamiento médico obligó a establecer la certeza diagnóstica en virtud de la amplia gama de posibilidades; después se le hizo una endoscopia y tomó una biopsia.

En una revisión de 23 casos de fistula esofágica, las diferentes morfologías de las lesiones encontradas por estudio de trago baritado fueron: compresión extrínseca, divertículos, constricción, torsión esofágica, trayectos fistulosos y masas pseudotumorales.<sup>3</sup>

El diagnóstico basa, principalmente, en la esofagoscopia con toma de biopsia, el estudio histopatológico de ésta y la identificación de *Mycobacterium tuberculosis*.<sup>14</sup> La sensibilidad de la biopsia esofágica para la localización del bacilo es sólo de 22%.<sup>6</sup> La presentación clínica y los hallazgos de laboratorio pueden ser atípicos y convertirse en un reto diagnóstico.<sup>15</sup> El paciente mostró una respuesta favorable al tratamiento antifímico, lo que en forma indirecta confirma el diagnóstico.

## CONCLUSIÓN

A pesar de ser un padecimiento poco frecuente en países industrializados o en vías de serlo, en los que la inci-

dencia de tuberculosis aumenta de manera proporcional con la pandemia de SIDA, la importancia de conocer este tipo de afección es mostrar al clínico la existencia de ésta, que debido a sus síntomas vagos es necesario realizar el diagnóstico diferencial con una gran cantidad de padecimientos. Debido a la necesidad de métodos de laboratorio, gabinete y patología, dificulta y retarda su diagnóstico que, de no hacerlo oportunamente, puede terminar en esofagectomía innecesaria y, en el peor de los casos, la muerte.

## REFERENCIAS

1. Informe sobre la epidemia mundial de sida 2008. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) 2008. Disponible en: [http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008\\_Global\\_report.asp](http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp).
2. Rosario MT, Raso CL, Comer GM. Esophageal tuberculosis. Dig Dis Sci 1989;34:1281-4.
3. Nagi B, Lal A, Kochhar R, et al. Imaging of esophageal tuberculosis: a review of 23 cases. Acta Radiol 2003;44:329-33.
4. Seivewright N, Feehally J, Wicks AC. Primary tuberculosis of the esophagus. Am J Gastroenterol 1984;79:842.
5. Malathi S. Esophageal tuberculosis. Indian J Pediatr 2004;71:457-58.
6. Mokoena T, Shama DM, Ngakane H, Bryer JV. Oesophageal tuberculosis: a review of eleven cases. Postgrad Med J 1992;68:110-15.
7. Sinha SN, Tesar P, Seta W, et al. Primary esophageal tuberculosis. Br J Clin Pract 1988;42:391-4.
8. Dunlap N, Bass J, Fujiwara P, et al. Diagnostic Standards and Classification of Tuberculosis in Adults and Children. Am J Respir Crit Care Med 2000;161:1376-9.
9. Gupta SP, Arora A, Bhargava DK. An unusual presentation of oesophageal tuberculosis. Tubercle Lung Dis 1992;73:174-76.
10. Carr DT, Spain DM. Tuberculosis in a carcinoma of the oesophagus. Am Rev Tuberc 1942;46:346-9.
11. Nagi B, Lal A, Kochhar R, et al. Perforations and fistulae in gastrointestinal tuberculosis. Acta Radiol 2002;43:502-6.
12. Savage PE, Grundy A. Esophageal tuberculosis: an unusual cause of dysphagia. Br J Radiol 1984;57:1153-5.
13. Meintjes G, Lawn SD, Scano F, et al. Tuberculosis-associated immune reconstitution inflammatory syndrome: case definitions for use in resource-limited settings. Lancet Infect Dis 2008;8:516-23.
14. Gordan AH, Marshall JB. Esophageal tuberculosis: Definitive diagnosis by endoscopy. Am J Gastroenterol 1990;85:174.
15. Monig SP, Schmidt R, Wolters U, Krug B. Esophageal tuberculosis: A differential diagnostic challenge. Am J Gastroenterol 1995;90:15.