

Tuberculosis anal.

Manifestación extrapulmonar infrecuente de la tuberculosis

Dres. Patricia López Penza*, Daniel González González†, Luis Ruso‡

Resumen

La tuberculosis perianal es una forma de presentación extremadamente infrecuente de la enfermedad tuberculosa extrapulmonar, representando menos del 0,7% de todas las localizaciones.

Dada su baja prevalencia, su diagnóstico pocas veces es planteado, definiéndose el mismo mediante la biopsia y la confirmación anatomopatológica. Ello permite iniciar el tratamiento antituberculoso específico, logrando excelentes resultados y curación de la enfermedad.

Presentamos el caso clínico de un paciente portador de tuberculosis perianal concomitante con una tuberculosis pulmonar bilateral sin cavitación –sin sintomatología respiratoria–, que se presentó bajo la forma de lesión ulcerada perianal. El diagnóstico se realizó mediante biopsia y estudio histológico de la pieza. El tratamiento fue en base al protocolo de la Comisión Honoraria de Lucha contra la Tuberculosis, lográndose la curación luego de seis meses de iniciado el mismo.

Palabras clave: TUBERCULOSIS
ENFERMEDADES DE ANO

Key words: TUBERCULOSIS
ANUS DISEASES

Introducción

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa crónica, granulomatosa, transmisible, producida por el microorganismo *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch; es considerada actualmente una enfermedad reemergente, debido fundamentalmente al virus de inmunodeficiencia humana (VIH) con la consecuente inmunodepresión⁽¹⁻³⁾, y a los cambios migratorios de las poblaciones, que además ha generado resistencia a diversos fármacos antituberculosos.

Puede presentarse como enfermedad pulmonar, extrapulmonar o ambas.

La presentación extrapulmonar, descrita por primera vez por Laennec⁽⁴⁾ en 1804, es rara, representa aproximadamente el 11% de todos los casos^(5,6).

El objetivo del presente trabajo es comunicar un caso clínico de la infrecuente localización de la TBC: la región perianal.

Caso clínico

Hombre de 59 años, con antecedentes personales y familiares de TBC pulmonar.

Consultó por lesión ulcerada perianal de varios meses de evolución.

Sin alteraciones del tránsito intestinal, ni productos patológicos con las materias.

Niega incontinencia. No repercusión general.

Sin sintomatología respiratoria concomitante.

Al examen, paciente con estado general conservado, normocoloreado.

Examen pleuropulmonar: normal.

* Asistente de Clínica Quirúrgica "3" del Hospital Maciel, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

† Prof. Agdo. de Clínica Quirúrgica "3" del Hospital Maciel, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

‡ Profesor Titular de Clínica Quirúrgica "3" del Hospital Maciel, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

Correspondencia: Dra. Patricia López Penza. Hospital Maciel. 25 de Mayo 174. CP 11.100. Montevideo, Uruguay.

Correo electrónico: patricialopezpenza@hotmail.com

Recibido: 24/4/14

Aceptado: 6/10/14



Figura 1. Lesión ulcerada perianal.

A la inspección de la región anoperineal: lesión ulcerada perianal a predomino de hemicircunferencia derecha que no compromete la mucosa del canal anal y una segunda lesión ulcerada de 3 cm diámetro sobre radio de hora 3 (figura 1).

Tono esfinteriano normal. Ampolla rectal sin lesiones.

Se realizó biopsia quirúrgica de la lesión y el estudio anatomopatológico informó:

Proceso granulomatoso inflamatorio crónico conformado por granulomas con necrosis central, con histiocitos, linfocitos, plasmocitos y células gigantes multinucleadas de tipo Langhan y células gigantes de tipo cuerpo extraño.

Sin evidencia de malignidad.

En suma: proceso inflamatorio crónico granulomatoso de tipo tuberculoso.

De la paraclínica humoral se destaca test del VIH: negativo.

Radiografía de tórax: opacidades lineales, reticulares y nodulares que predominan en ambos vértices, con retracción y elevación de ambos hilos. Sin evidencia de cavitación.

Sin derrame pleural.

El tratamiento antituberculoso se realizó de acuerdo al protocolo de la Comisión Honoraria de Lucha contra la Tuberculosis, logrando la curación completa de la enfermedad (figura 2).

Discusión

La localización extrapulmonar de la TBC y precisamente la del tracto digestivo puede afectar desde el esófago al ano, siendo el íleon distal el sector más afectado.

La TBC periorificial es una variante muy poco frecuente que está presente en el 2% de los pacientes con TBC interna^(7,8).



Figura 2. Remisión completa luego del tratamiento antituberculoso.

La TBC perianal es una forma de presentación extremadamente infrecuente de la enfermedad extrapulmonar, representando menos del 0,7% de todas las localizaciones⁽⁹⁾.

Aparece como una o más lesiones dolorosas en la mucosa anal o piel periorificial en hombres de edad media o avanzada y generalmente se asocia con TBC pulmonar^(9,10), tal como ocurrió en el caso que presentamos, que era bilateral y sin cavitación pulmonar. Aunque puede presentarse como enfermedad incipiente, sin el antecedente de TBC previa o sin enfermedad pulmonar activa^(11,12).

Debe plantearse en individuos con mal estado general, mal nutridos, homosexuales en relación con HIV-SIDA, y en toda úlcera recurrente, dolorosa y con lecho sanioso, untuoso y de márgenes irregulares⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Presenta características similares a otras patologías frecuentes de la zona⁽¹⁶⁾, con un abanico de diagnósticos diferenciales, entre las cuales cabe mencionar la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa perianal, el hipoderma gangrenoso, la amebiasis, la sarcoidosis, el herpes simple, la sífilis, las micosis profundas y los cánceres ulcerados⁽¹³⁾.

Puede asociarse a TBC intestinal, ya sea como extensión de la lesión original o como consecuencia de su diseminación por vía linfática⁽¹⁷⁾.

La teoría más aceptada de la TBC perianal es la deglución (autoinoculación) de secreciones respiratorias con alto número de bacilos, sin descartar la diseminación hematogena o linfática, y finalmente y mucho menos frecuente la extensión directa desde áreas cercanas^(9,16,18,19).

Gupta señala que la transmisión sexual en grupos de riesgo ha sido postulada pero no confirmada⁽²⁰⁾.

Se puede presentar bajo diferentes formas clínicas: ulcerativa, verrugosa, lupoides, miliar, fisuraria^(13,21), así

9. **Harland RW, Varkey B.** Anal tuberculosis: report of two cases and literature review. *Am J Gastroenterol* 1992; 87(10):1488-91.
10. **Sultan S, Azria F, Bauer P, Abdelnour M, Atienza P.** Anoperineal tuberculosis: diagnostic and management considerations in seven cases. *Dis Colon Rectum* 2002; 45(3):407-10.
11. **Urrejola G, Villalón R, Rodríguez N.** Ulceración perianal: dos casos de una rara manifestación de tuberculosis extrapulmonar. *Rev Med Chile* 2010; 138(2):220-2.
12. **Akgun E, Tekin F, Ersin S, Osmanoglu H.** Isolated perianal tuberculosis. *Neth J Med* 2005; 63(3):115-7.
13. **Candela F, Serrano P, Arriero JM, Teruel A, Reyes D, Calpena R.** Perianal disease of tuberculous origin: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1999; 42(1):110-2.
14. **Cerrato Varela CN, Pineda KP.** Tuberculosis abdominal en paciente con VIH/SIDA. *Rev Méd Hondur* 2010; 78(1):21-4.
15. **Antonello VS, Hoff LS, Kaercher Jr D, Santos BR.** Anoperineal tuberculosis in an HIV patient. *Braz J Infect Dis* 2009; 13(3):246-7.
16. **Chung CC, Choi CL, Kwok SP, Leung KL, Lau WY, Li AK.** Anal and perianal tuberculosis: a report of three cases in 10 years. *J R Coll Surg Edinb* 1997; 42(3):189-90.
17. **Iwase A, Shiota S, Nakaya Y, Sakamoto K, Aoki S, Matsuoka R, Nagayama T.** [An autopsy case of severe tuberculosis associated with anal fistula and intestinal perforation]. *Kekkaku* 1997; 72(9):515-8.
18. **Betloch I, Bañuls J, Sevilla A, Morell A, Botella R, Roman P.** Perianal tuberculosis. *Int J Dermatol* 1994; 33(4):270-1.
19. **Sehgal VN, Wagh SA.** Cutaneous tuberculosis. Current concepts. *Int J Dermatol* 1990; 29(4):237-52.
20. **Gupta PJ.** Ano-perianal tuberculosis: solving a clinical dilemma. *Afr Health Sci* 2005; 5(4):345-7.
21. **Honig E, van der Meijden WI, Groeninx van Zoelen EC, De Waard-van der Spek FB.** Perianal ulceration: a rare manifestation of tuberculosis. *Br J Dermatol* 2000; 142(1):186-7.
22. **Sharma RC, Singh R, Bhatia VN.** Microbiology of cutaneous tuberculosis. *Tubercle* 1975; 56(4):324-8.
23. **Nachbar F, Classen V, Nachbar T, Meurer M, Schirren CG, Degitz K.** Orificial tuberculosis: detection by polymerase chain reaction. *Br J Dermatol* 1996; 135(1):106-9.