

Fisura anal tuberculosa primaria

Hugo Daniel Ruiz, Jorge Musso, Adrián Ortega, Lisandro Moreno,
Carlos M Obredor, Carlos Zorraquín

Servicio de Cirugía General y Sección Coloproctología. Hospital Nacional Dr Profesor Alejandro Posadas. El Palomar, Buenos Aires, Argentina.

Acta Gastroenterol Latinoam 2009;39:190-192

Resumen

La fisura anal tuberculosa primaria es infrecuente, por lo cual su diagnóstico es difícil. Se presenta una paciente de sexo femenino adulta con fisura anal tuberculosa (TBC) que consulta por sangrado y dolor perianal. La tuberculosis perianal es una rara manifestación de la enfermedad general. Debe realizarse la biopsia de rutina con el estudio histopatológico de la lesión. Ante la presencia de fisura anal crónica, dolorosa, sangrante y que no responde al tratamiento habitual, debe sospecharse una fisura de origen específico. El tratamiento de la fisura anal TBC con tres drogas antifímicas por tres a cuatro meses logra la curación total.

Palabras claves: fisura anal tuberculosa primaria, diagnóstico y tratamiento.

Primary anal tuberculous fissure

Summary

The anal tuberculous (TBC) fissure is infrequent. For this reason diagnosis is difficult. A case of a female adult patient with anal TBC fissure that consults for bleeding and perianal pain is presented. The perianal tuberculosis is a rare manifestation of the general disease. A routine biopsy must be performed, with the corresponding histopathologic study. A specific origin should be suspected when an anal chronic fissure, painful and bleeding, without response to the habitual treatment, is found. The primary TBC fissure can be cured with the administration of three drugs during 3 to 4 months.

Key words: Primary anal tuberculous fissure, diagnosis and treatment.

La tuberculosis (TBC) perianal es infrecuente en el mundo occidental.¹ De los casos de TBC solo

existe un 15% extrapulmonar y de ésta solo el 1% corresponde a la TBC gastrointestinal, siendo el ileon el sector más afectado. La incidencia en la región perianal es escasa.^{1,2}

Presentamos un caso de fisura anal TBC primaria como única manifestación de esta enfermedad, realizando además la correspondiente actualización bibliográfica.

Caso clínico

Se trata de una paciente de sexo femenino de 76 años edad con buen nivel socioeconómico, heterosexual sin actividad sexual, que consulta por presentar proctorragia e importante dolor anal que se exacerba durante las evacuaciones. Al examen físico presenta esfínter hipertónico y no se observa patología hemorroidal. Se realiza una rectosigmoideoscopia rígida (RSC) que muestra una fisura anal en hora 6 y se toma una biopsia de rutina. Se instaura durante 15 días tratamiento sintomático con baños de asiento, ungüento local con lidocaína y corticoides, y régimen higiénico-dietético. No se sospecha enfermedad específica durante la primera evaluación diagnóstica.

A los 21 días de tratamiento médico, la paciente concurre con mayor sintomatología. La biopsia informa un proceso granulomatoso inespecífico, por lo que se decide realizar una nueva biopsia, solicitándose además colon por enema, radiología pulmonar y tomografía computada abdominopelviana, con la sospecha de una enfermedad inflamatoria intestinal. Los estudios realizados no presentan hallazgos patológicos.

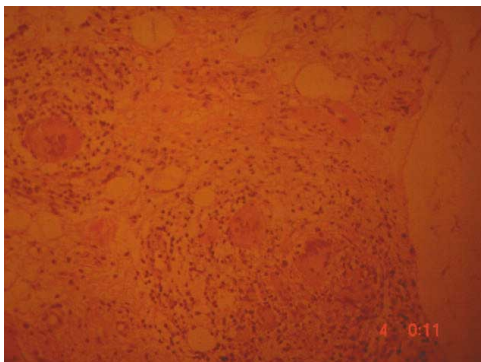
Se programa una nueva biopsia y un cultivo de la fisura anal (Figura 1). Se comprueba la presencia de bacilos Ziehl-Neelsen positivos. En la microscopía se observa la presencia de bacilos ácido alcohol resistente y granulomas con células epitelioides y células gigantes de Langerhans (Figura 2). Se realizó una fibrocolonoscopia con múltiples biopsias hasta ciego sin hallarse otro sitio de lesión.

Correspondencia: Hugo Daniel Ruiz
Santos Dumont 2719, Piso 8, Dto. D (CP 1426).
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
E-mail: hugoruiz@ciudad.com.ar - drhugoruiz@hotmail.com

Figura 1. Fisura anal en hora 6 con exudado purulento y lecho sanioso.



Figura 2. Histopatología: granulomas inflamatorios en la mucosa anal (hematoxilina y eosina x 100).



La paciente inicia tratamiento con rifampicina, etambutol e isoniacida, y a los 60 días de tratamiento se comprueba la desaparición total de los síntomas y de la lesión en el examen proctológico (Figura 3). Realiza tratamiento durante cuatro meses y controles por ginecología, gastroenterología y neumonología que no hallan indicios de la enfermedad en otro órgano. El último control a los dos años de iniciado el tratamiento no muestra signos de recidiva de la enfermedad y una fibrocolonoscopia de control hasta ciego es de características normales.

Figura 3. Control a los 2 meses después del tratamiento con tres drogas.



Discusión

La TBC gastrointestinal corresponde a menos del 1% de los casos de TBC, siendo el ileon el más afectado. La enfermedad anal es infrecuente.^{1,2,3} La teoría más aceptada para la fisiopatología de la TBC perianal es la deglución de secreciones respiratorias con alto número de bacilos, pero no se descarta la diseminación hematogena o linfática y la extensión directa desde áreas cercanas.^{2,4} Las lesiones primarias son extremadamente raras. En nuestro caso clínico la TBC fue considerada como primaria, ya que se descartó otro sitio de la enfermedad, no pudiendo excluirse la ingesta de leche sin pasteurizar por vía oral para explicar la llegada del bacilo.⁵ Gupta señala que la transmisión sexual en grupos de riesgo se ha postulado pero no ha sido confirmada.⁵ No es el caso del presente reporte. Nuestra paciente no presentó factores de riesgo relacionados con la actividad sexual, a diferencia de lo publicado que indica mayor incidencia de TBC pulmonar en varones menores de 40 años y un mayor porcentaje relacionados con la homosexualidad y la infección HIV-SIDA.² No hay reportes que evidencien mayor incidencia de TBC gastrointestinal.

Se describen cuatro formas clínicas de TBC anal: ulcerativa, verrugosa, lupoide y miliar. Algunos autores describen en un quinto grupo a las fisuras. La virulencia y el número de bacilos pueden relacionarse con el tipo de lesión. Incluimos a nuestra paciente en el quinto grupo.^{2,4}

El diagnóstico es difícil y su baja incidencia hace que no se piense en ella. Debe plantearse en individuos en mal estado general, mal nutridos, de bajo

nivel socioeconómico, homosexuales, en relación con el HIV-SIDA, y en toda úlcera recurrente, dolorosa y con lecho sanioso, untuoso y de márgenes irregulares.⁵

La enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa perianal, el hipoderma gangrenoso, la amebiasis, la sarcoidosis, el herpes simple, la sífilis, las micosis profundas y las neoplasias ulceradas son enfermedades a considerar en el diagnóstico diferencial.^{2,4}

En la década anterior se estimó una incidencia de 100 millones de casos de TBC a nivel mundial. El SIDA y el subdesarrollo son responsables del aumento del número de casos.^{5,6,10} En EE.UU. se calcula que entre el 20% y el 30% de todas las enfermedades oportunistas en SIDA corresponde a TBC.⁶ La incidencia de fístulas y fisuras en 1922 era del 16% y en 1969 del 1% en los países desarrollados, mientras que en los países emergentes o subdesarrollados dicha incidencia era de 17% en 1964 y de 15.6% en 1988, manteniéndose una incidencia posteriormente.^{1,2,8} Se cree que existe una detención de la declinación de la morbilidad por la migración desde áreas de alta incidencia de TBC hacia estos países y por la infección creciente por HIV.^{2,3} En Holanda y Europa occidental, durante las últimas cinco décadas, la incidencia ha disminuido hasta ser nula y los casos registrados corresponden a inmigrantes.^{4,7,8}

El tratamiento se hace con tres drogas durante 3 a 18 meses, dependiendo de que exista compromiso pulmonar o no. El tratamiento quirúrgico se reserva para complicaciones como la obstrucción, la perforación o el absceso.^{5,10} Algunos autores refieren la sepsis como otra complicación poco frecuente de la enfermedad y el diagnóstico en pacientes sanos no inmunodeprimidos como mucho más dificultoso.^{9,11} La biopsia con cultivo y estudio histopatológico de la lesión es obligatoria para hacer el diagnóstico y poder iniciar el tratamiento precozmente.

Referencias

1. Álvarez J, Gutiérrez V, del Riego R. Úlceras perianales de origen tuberculoso. Aportación de tres casos. *Rev Esp Enferm Digest* 1992;81:46-48.
2. Candela F, Serrano P, Arriero J, Teruel A, Reyes D, Calpena R. Perianal disease of tuberculous origin: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1999;42:110-112.
3. Harland R, Varkey B. Anal tuberculosis: report of two cases and literature review. *Am J Gastroenterol* 1992;87:1488-1491.
4. Honnig E, Van der Meijden W, Van Zoelen E, Groeninx E, De Waard-Van der Spek F. Perianal ulceration: a rare manifestation of tuberculosis. *Br J Dermatol* 2000;142:186-187.
5. Gupta PJ. Ano-perineal tuberculosis solving a clinical dilemma. *Afr Health Sci* 2005;5:345-347.
6. Dolin PJ, Raviglione M, Kochi A. Global tuberculosis incidence and mortality during 1990-2000. *Bull World Health Org* 1994;72:213-220.
7. Yates VM, Ormerod LP. Cutaneous tuberculosis in Blackburn district (U.K.): a 15 year prospective series, 1981-1995. *Br J Dermatol* 1997;136:483-489.
8. Shuka HS, Gupta SC, Singh G, Singh PA. Tubercular fistula in ano. *Br J Surg* 1988;75:38-39.
9. Kramer M, Suit Singh G, Seow-Choen F. Tuberculous anal sepsis. Report of clinical features in 20 cases. *Dis Colon Rectum* 2000;43:1589-1591.
10. Fernández Rivera J, Rocha Ramírez J, Villanueva Sáenz E, Sierra Montenegro E, Rojas Illanes M. Ano rectal tuberculosis. Case report. *Rev Gastroenterol Mex* 2007;72:40-42.
11. Khan R, Abid S, Jafri W, Abbas Z, Hameed K, Ahmad Z. Diagnostic dilemma of abdominal tuberculosis in non-HIV patients: an ongoing challenge for physicians. *World J Gastroenterol* 2006;12:6371-6375.