

TUBERCULOSIS PERIANAL, ENFERMEDAD DE DIAGNÓSTICO TARDÍO : REPORTE DE CASO

Marlon Cerrato-Díaz ^{1,a}, Luis Sánchez-Sierra ^{1,b}, Karla Vasquez-Ramos¹,
 Luis Oliva-Cartagena¹, Oscar Gamez-Flores¹

1. Médico General, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.
- a. Miembro de Asociación Hondureña de Medicina del Trabajo. ASHOMED. Miembro del Centro de Investigación y Desarrollo en Salud, Trabajo y Ambiente (CIDSTA)
- b. Miembro de Asociación Científica de Estudiantes de Medicina, ASOCEM-UNAH.

CIMEL 2017; 22(2) 69-72

RESUMEN

Introducción: La tuberculosis es una enfermedad infecciosa de transmisión aérea por el bacilo de Koch, presentando daño usualmente en pulmones y en menor medida en otros órganos; esta expresión extrapulmonar es del 15%, donde la tuberculosis gastrointestinal esta en menos del 1% y la afectación en región perianal es de 0,7-1%. Presentación de caso: Masculino de 45 años, quien acude por dolor anal y sangrado al defecar. Al examen físico se encuentra lesión ulcerada en región perianal derecha, a 1 cm del borde anal, de fondo pálido, bordes limpios eritematosos y sangrantes. Se realiza biopsia de la lesión identificándose cepas por *Mycobacterium tuberculosis*; posteriormente los estudios de esputo (baciloscopías) fueron negativos, descartando foco pulmonar, prescribiéndose tratamiento para tuberculosis primaria. Conclusión: Ya que el paciente no presenta sintomatología respiratoria, fue sometido a 2 regímenes de tratamiento previo a la obtención del diagnóstico. Se logró plasmar el avance de la medicina, que prometen mejorar el diagnóstico y tratamiento efectivo en la tuberculosis perianal.

Palabras clave: tuberculosis perianal, lesión perianal, enfermedades anales, *Mycobacterium tuberculosis*, tuberculosis extrapulmonar

PERIANAL TUBERCULOSIS: LATE DIAGNOSIS DISEASE : CASE REPORT

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis is an infectious disease of airborne transmission by Koch's bacillus, presenting damage usually in the lungs and to a lesser extent in other organs; this extrapulmonary expression is 15%, where gastrointestinal tuberculosis is in less than 1% and the involvement in the perianal region is 0.7-1%. Case presentation: A 45-year-old man, who comes for anal pain and bleeding when defecating. The physical examination shows an ulcerated lesion in the right perianal region, 1 cm from the anal border, with a pale background, clean erythematous and bleeding borders. Biopsy of the lesion is performed identifying strains by *Mycobacterium tuberculosis*; later sputum studies (smear microscopy) were negative, discarding pulmonary focus, being prescribed treatment for primary tuberculosis. Conclusion: Since the patient did not present respiratory symptoms, he was submitted to 2 treatment regimens prior to obtaining the diagnosis. It was possible to capture the progress of medicine, which promise to improve the diagnosis and effective treatment in perianal tuberculosis. Keywords: .

Keywords: Perianal tuberculosis, Perianal lesion, Anal diseases, *Mycobacterium tuberculosis*, Extrapulmonary tuberculosis

Citar como: CERRATO-DÍAZ, Marlon et al. TUBERCULOSIS PERIANAL, ENFERMEDAD DE DIAGNÓSTICO TARDÍO : REPORTE DE CASO. CIMEL 2017; 22(2) 69-72 .doi: <https://doi.org/10.23961/cimel.2017.222.956>.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad crónica, adquirida de forma infecciosa(1), transmitida por *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch(2). Según la OMS/OPS "Honduras es un país de escenario 3 (incidencia mayor a 50 por cada 100 mil habitantes), por las cifras de tuberculosis pulmonar o extrapulmonar reportadas, y es el octavo país en Latinoamérica y segundo en la región centroamericana, ya que reporta el 38% de todos los casos en la región"(3).

La TB afecta en mayor medida a los pulmones(4), la expresión clínica extrapulmonar de la tuberculosis es del 15% para casos confirmados(5,6). La TB gastrointestinal está en menos del 1%, en relación con los demás sitios extrapulmonares en los cuáles aparece esta patología(6). La afectación en región anal o perianal es extremadamente rara, es 0,7-1% de los casos de TB gastrointestinal(2).

El mecanismo de contagio más aceptado para las manifestaciones gastrointestinales de la (TB) es la deglución de secreciones respiratorias con bacilos(2,7) y la leche de bovino contaminada(8-10). Otro mecanismo puede ser la extensión de la (TB) pulmonar por vía hematogena, esta infección pulmonar puede ser antigua ya que el microorganismo puede reactivarse de forma tardía(6,7,9-11), o por contigüidad con otros órganos del intestino "conocida como tuberculosis de la mucosa intestinal"(5,11).

Presentación de caso

Paciente masculino de 45 años, mestizo, procedente de zona rural de Honduras, sin antecedentes personales ni familiares a destacar, quien consulta por sangrado rutilante en región perianal, de 1 mes de evolución, de cantidad variable, progresivo con predominio nocturno.

Inicialmente el sangrado fue 2 a 3 días por semana, luego todas las noches, hasta manifestarse a cualquier hora del día; acompañado de sensación de humedad y prurito anal. Sin dolor local, mal olor, tenesmo, ni salida de secreción purulenta. El paciente negó antecedentes personales ni familiares patológicos o de inmunosupresión.

Se destaca del examen físico a nivel perianal y con el paciente en posición ginecológica, lesión ulcerosa romboidal de 1 cm x 0.7cm, limitada a 1 cm del borde anal derecho de fondo pálido, bordes limpios, eritematosos y sangrantes a la digito presión, no presentó mal olor, signos inflamatorios, costras ni descamación. (Figura 1).



Figura 1. Lesión ulcerosa perianal.

Se realizó hemograma, química sanguínea, examen general de orina y de heces con resultado dentro de parámetros normales. El Ultrasonido (USG) pélvico-perianal (Figura 2) y la tomografía computarizada de pelvis y región ano-genital, reportaron sin alteraciones. Radiografía de tórax dentro de parámetros normales.

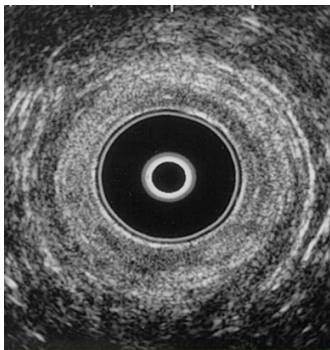


Figura 2. USG de región perianal

Se interconsultó con el servicio de Dermatología y Coloproctología. Inicialmente se estableció el diagnóstico de hemorroide externa grado 2; iniciando tratamiento con esteroides locales, vasoconstrictores 3 veces al día y baños de

asiento con agua y domeboro por 6 semanas, pero no hubo mejoría clínica.

Poco después se inició manejo para enfermedad ulcerosa gastrointestinal, con Metronidazol y vasoconstrictores tópicos por 7 días. Presentó leve mejoría en el sangrado y prurito local, pero la lesión ulcerosa persistió.

Posteriormente se decide realizar biopsia que informa proceso granulomatoso inflamatorio conformado por granulomas con necrosis central, con histiocitos, linfocitos, plasmocitos y células gigantes multinucleadas de tipo Langhan del tejido lesionado; en concordancia con la presencia de la cepa *Mycobacterium tuberculosis* y en la búsqueda de fuente primaria de infección, se solicitan baciloscopías de esputo donde fueron negativas. Paciente negó sintomatología pulmonar o la exposición a otras personas positivas por TB.

Después de recibir el resultado de la biopsia, se inició tratamiento antifímico para tuberculosis primaria, utilizando rifampicina, etambutol y piracinamida bajo el mismo esquema utilizado en la tuberculosis pulmonar.

A los 3 meses de tratamiento hubo desaparición de la úlcera y a los 6 meses resolución total de la úlcera sin secuelas ni reaparición.

DISCUSIÓN

Esta enfermedad suele manifestarse mayormente en hombres 4 a 1 en relación con las mujeres(6), regularmente hombres de edad media o avanzada (cuarta década de vida) y mayormente si presentan tuberculosis pulmonar(6) o con mala higiene personal(9), o en casos raros por ingesta de leche de vaca no pasteurizada(6,9,10). El sujeto en estudio sí cumple con el antecedente del sexo y la edad, según lo expuesto en la literatura, pero niega la ingesta de leche no pasteurizada o el padecimiento de enfermedades preexistentes.

Se cree que la causa de mayor afectación en estas localizaciones es por el lento tránsito de las heces fecales (5,6). Se ha demostrado la infrecuente aparición la de tuberculosis en la región perianal, dentro de los tipos de tuberculosis extrapulmonar(4,5,9).

En la literatura hondureña como evidencia de TB extrapulmonar de tracto gastrointestinal se reportó un caso de TB abdominal en el año 2010(12) y un caso de TB peritoneal en el año 2015(10).

Se descartó afección pulmonar con los estudios de laboratorio e imagen realizados. Se establece que varios son los mecanismos de diseminación e infección de tuberculosis perianal (diseminación por hematogena de focos de origen

pulmonar, deglución del bacilo, por diseminación directa a órganos continuos y por vía linfática) (2,4,6,8,9,11).

El signo más común de la TB perianal es la lesión ulcerativa, poco profunda, muy dolorosa(2), con bordes bien definidos y limpios. Puede presentarse con tinte azul o cubiertas de tejido pseudomembranoso(9), muy raramente con secreción mucopurulenta. Nuestro paciente presentó una lesión de tipo ulcerática, indolora, con sangrado rutilante en la región perianal: de cantidad variable, de 1 mes de evolución. A pesar que la literatura afirma que este tipo de lesiones son muy dolorosas.

Los sujetos con tuberculosis perianal pueden presentar lesiones dermatológicas en dicha área como una enfermedad que empieza a manifestarse, muchas veces sin antecedentes previos de una enfermedad pulmonar o estar enfermo con patologías pulmonares (2,12-14).

En este caso se buscó cual fue el mecanismo por el que adquirió esta enfermedad, se realizaron estudios de imagen y laboratorio pertinentes, descartando el primer mecanismo de infección. No se encontró foco pulmonar primario por medio de la radiografía, y las baciloscopías en esputo realizadas fueron 3 de forma seriadas, todas con resultados negativos por mycobacteria. El ultrasonido y tomografía pélvica y ano-genital no evidenciaron afectación de órganos vecinos ni de ganglios linfáticos regionales. Por los antecedentes previamente descritos se descartó el segundo mecanismo, dejando a la expectativa la forma de transmisión por sexo anal; sin embargo, el paciente negó este tipo de práctica sexual.

Aunque es una variante de la enfermedad pulmonar, se cumple el mismo plan de acción que en la tuberculosis, lo que conlleva a la administración de 3 o 4 antifímicos(2,9,14). El tratamiento inicial comprende isoniacida, rifampicina y etambutol, donde la interacción de estas tres drogas resulta un paso importante para la resolución de la lesión ulcerosa perianal (entre 2-3 semanas), donde su cumplimiento por 6 meses es obligatorio, aunque demuestre mejoría antes de este tiempo. Se opta por intervenciones quirúrgicas especialmente en pacientes que presentan lesiones perianales abscedadas (5,6). En este paciente se inició tratamiento con estos 3 antifímicos, refiriendo mejoría clínica a los 3 meses de tratamiento, la úlcera se resolvió y a los 6 meses. El paciente negó presencia de la lesión alguna al culminar el esquema de tratamiento. Un año después el paciente fue evaluado y no presento reincidencia de síntomas. El sujeto fue sometido a 2 regímenes de tratamiento previo a la obtención del diagnóstico definitivo, ya que esta manifestación de tuberculosis extra pulmonar es muy infrecuente y la sospecha clínica no

siempre está presente.

Limitaciones: No contamos con evidencia científica local del tema, lo que vuelve engorroso el informar si en nuestra población las manifestaciones clínicas de la tuberculosis perianal varían con respecto a otras poblaciones.

Acerca del Caso: Destacamos la importancia de la sospecha clínica de esta variante de la enfermedad tuberculosa pulmonar, para poder brindar un diagnóstico pronto y oportuno. Y así evitar exponer a los pacientes a esquemas de tratamiento errados.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Fuente de financiamiento: autofinanciado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aranda E, Luján A, Zago D, Ferradas F, Torres R. Abdomen agudo perforativo por tuberculosis intestinal. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2015; 45 (4):312-315.
2. López P, González D, Ruso L. Tuberculosis anal: manifestación extrapulmonar infrecuente de la tuberculosis. *Revista Médica del Uruguay*. 2014; 30(4), 266-269.
3. Frías M, Segundo R, Ibáñez A, García Y. Morbilidad por tuberculosis en el municipio San Miguel del Padrón Tuberculosis morbidity in the municipality of San Miguel del Padrón. *Revista de Ciencias Médicas*. La Habana. 2014; 20(1).
4. Raviglione M, O'Brien R. Enfermedades infecciosas. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. eds. *Harrison principios de medicina interna*. Vol. 1. 18a ed. México: McGraw-Hill; 2012. p.1006-1021.
5. Yaghoobi R, Khazanee A, Bagherani N, Tajalli M. Gastrointestinal tuberculosis with anal and perianal involvement misdiagnosed as Crohn's disease for 15 years. *Acta dermato-venereologica*. 2011; 91(3), 348-349.
6. Fernández J, Rocha J, Villanueva E, Sierra E, Rojas M. Tuberculosis anorrectal. Reporte de un caso. *Revista de Gastroenterología de México*. 2007; 72(1), 40-42.
7. Ruiz H, Musso J, Ortega A, Moreno L, Obredor C, Zorraquín C. Fisura anal tuberculosa primaria. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*. 2009; 39(3), 190-192.
8. Gómez C, Barrera A, Pérez Ó, Novoa D, Luna F. Tuberculosis peritoneal simulando carcinomatosis peritoneal en paciente en hemodiálisis-Reporte de caso. *Revista Colombiana de Gastroenterología*. 2016; 31(2).
9. Urrejola G, Villalón R, Rodríguez N. Ulceración perianal: dos casos de una rara manifestación de tuberculosis extrapulmonar. *Revista médica de Chile*. 2010; 138(2), 220-222.
10. Valenzuela-Castillo R, Godoy-Mejía C, Sánchez-Sierra L, Ramírez-Izcoa A. Tuberculosis peritoneal en adolescente con antecedente de consumo de leche no pasteurizada. *Rev Fac Cienc Méd*. 2015 ; 12 (2): 57-62.
11. Mathew S. Anal tuberculosis: report of a case and review of literature. *International Journal of Surgery*. 2008 ; 6(6), e36-e39.

12. Cerrato C, Pineda K. Tuberculosis abdominal en paciente con VIH/SIDA. Rev Méd Hondur. 2010; 78 (1): 21-24.
13. Fenniche S, Ben J, Marrak H, Khayat O, Zghal M, Ben A et al. Cutaneous tuberculosis: anatomoclinical features and clinical course (26 cases). In Annales de Dermatologie et de Venereology. 2003 ; 130(11): 1021-1024.
14. Lado F, Tuñez V, Golpe L, Ferreiro M, Cabarcos A. Tuberculosis extrapulmonar en nuestro medio: Formas de presentación. In Anales de Medicina Interna. 2000; 17(12):637-41.

Correspondencia:

*Marlon Gustavo Cerrato; Honduras, Tegucigalpa, Colonia Las Uvas bloque 39, lote 47.
mar.diaz.c@hotmail.com*

Recibido: 14/12/2016

aprobado: 06/05/2017