

Tuberculosis del ano

Informe de un caso

Por los Dres.:

LUIS RODRIGUEZ RIVERA,⁹ EDMUNDO ARIAS SEGREDO¹⁰ y JOSE CAPDEVILA SCULL¹¹

Rodríguez Rivera, L. y otros. *Tuberculosis del ano. Informe de un caso*. Rev Cub Med 16: 5, 1977.

Se presenta el caso de un paciente con tuberculosis del ano de forma hipertrófica, inicialmente confundida con una neoplasia y curado posteriormente con tratamiento médico. Se consideran los criterios de diagnóstico en la tuberculosis.

INTRODUCCION

La invasión tuberculosa del recto y ano no era frecuente aún en los días en que la tuberculosis no tenía un tratamiento específico y era una afección muy común. Hoy día los informes en la literatura médica son aún más raros.

Puede presentarse en forma de una ulceración dolorosa, o en forma de un tumor.¹ Esta última es la forma menos frecuente.

El objetivo de la presente comunicación es informar acerca de un caso de tuberculoma del ano, y llamar la atención acerca de la posibilidad de su confusión con una neoplasia y las consecuencias que de ello se derivarían.

Las incidencias de este caso ilustran lo importante que es el cumplimiento de las normas de diagnóstico y tratamiento, y al mismo tiempo, cómo no se debe ser rígido en determinados criterios para el diagnóstico de la tuberculosis.

Informe del caso

O.B.L., de 63 años de edad, de la raza blanca, casado.

Se trata de un ingeniero mecánico, nacido de parto normal en el seno de una familia relativamente acomodada. Se casó a los 25 años, de cuyo matrimonio nacieron 5 hijos saludables.

Es un hombre de carácter estable, con gran capacidad de trabajo.

Su padre falleció de uremia. Su madre vive; un hermano de ella padeció de tuberculosis pulmonar, pero el paciente no tuvo convivencia con él. Una sobrina padeció de tuberculosis.

El paciente fuma una cajetilla de cigarros diariamente desde hace años. El se considera un hombre saludable, en los últimos años ha tenido un régimen de trabajo intenso.

⁹ Profesor y jefe del departamento de medicina del hospital militar docente "Dr. Carlos J. Finlay".

¹⁰ Profesor y jefe del servicio de proctología del hospital militar docente "Dr. Carlos J. Finlay".

¹¹ Residente del servicio de proctología del hospital militar docente "Dr. Carlos J. Finlay".

¹¹ Especialista de I grado en gastroenterología. Instituto de Gastroenterología.

Hace alrededor de 5 años viene padeciendo de diarreas ocasionales, de presentación semanal aproximadamente, abundantes, sin pujos ni tenesmos, líquidas o grumosas, a veces con flemas; entre las crisis las deposiciones eran normales. El paciente no consultó ningún médico, a pesar de una pérdida de peso paulatina que llegó a más de 40 libras en total en estos últimos años.

Hace 8 meses presenta sangramiento escaso mezclado con las heces.

Tres meses antes de consultar al médico comenzó a presentar un aumento de volumen en la región del ano, con dolor y molestias al defecar, así como además

Al hacerse muy intenso el dolor en la región anal, decide acudir a la consulta de medicina interna de este hospital, el día 2 de febrero de 1974.

El examen mostró un paciente longilíneo, con aspecto de estar crónicamente enfermo; mucosas de caracteres normales.

Peso: 117 libras; temperatura: 36,5 C; TA: 140-80.

El examen físico sin otras alteraciones, con la excepción de un tumor en el ano del tamaño de un limón, redondeado, firme, infiltrativo.

Se realizó un examen fluoroscópico de tórax el día del examen, como parte del mismo, y se encontraron unas lesiones infiltrativas difusas del parénquima pulmonar izquierdo, hacia las porciones superiores.

Una vez terminado este examen, se reinterrogó al paciente en relación con los síntomas respiratorios, los cuales fueron negados de forma enfática.

Se realizó un examen urgente de tórax el mismo día de la consulta, el cual fue informado: "marcado reforzamiento en trama de ambos hemitórax con algunas imágenes areolares en ambas bases. ¿Lesiones de aspecto fibroproductivo en campos superiores del hemitórax izquierdo con pequeñas imágenes de aspecto cavitado.

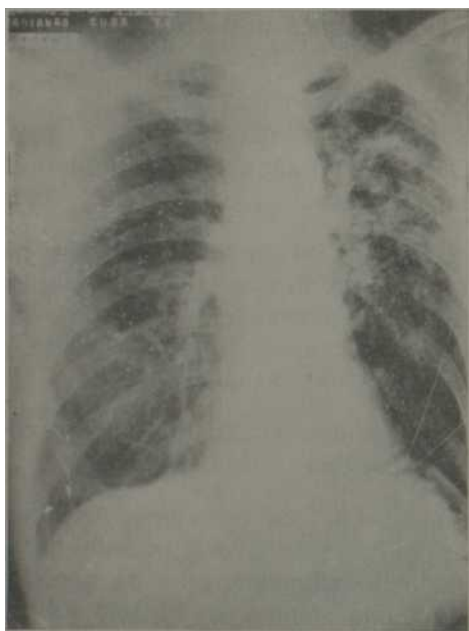


Figura 1.



Figura 2.

Sugiere origen tuberculoso" (figura 1). Al día siguiente el paciente fue remitido a la consulta de proctología, donde fue ordenado su ingreso urgente, debido a que el aspecto del tumor anal sugería como primer diagnóstico un proceso neoplásico. Se hizo Rx de colon por enema: mostró discreta estenosis del recto con contornos irregulares. No se observaron otras alteraciones (figura 2).

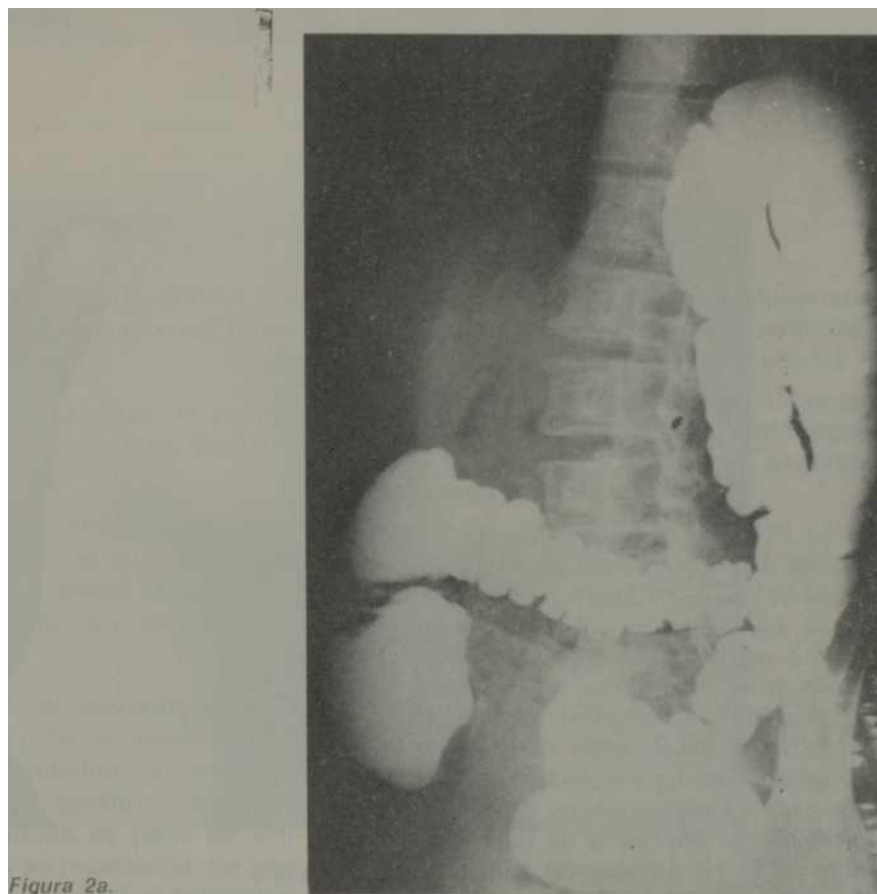
Los exámenes de laboratorio (hemograma, orina, glicemia, urea, serología, proteínas totales) fueron normales. Examen parasitológico de heces fecales: negativo. La eritrosedimentación fue de 82 mm; Mantoux: negativo; bromosulfonftaleína: normal. La electroforesis de proteínas mostró moderada disminución de las albúminas, aumento moderado de alfa 2 y gamma. Tres esputos para buscar BAAR, fueron

negativos, pero hay que destacar que el paciente no tenía tos ni expectoración.

Con la impresión diagnóstica de neoplasia de recto y tuberculosis pulmonar, se decidió intervenir quirúrgicamente al paciente y realizar una abdominoperineal, puesto que el paciente tenía ya dificultades marcadas para defecar. Sin embargo, se consideró necesario previamente realizar:

- biopsia de la lesión rectal
- tomografía pulmonar
- tratamiento con estreptomina, 1 g diario; e isoniacida, 450 mg diarios, con el propósito de controlar la lesión pulmonar en el preoperatorio.

Estas tres indicaciones se cumplieron de manera casi simultánea.



El informe de la tomografía (realizado en un servicio especializado en neumología) decía como sigue: "extensa infiltración en campo superior y medio del pulmón izquierdo, muy visible en todos los cortes. A partir del corte a 8 cm del plano posterior se aprecian nodulos irregulares infraclaviculares y parahiliares. Impresiona como lesiones metastásicas" (figura 3).

Cuando este informe llegó, consideramos necesario discutir el caso; tanto más, cuanto que el paciente, 3 días después de comenzado el tratamiento con drogas tuberculostáticas comenzó a referir notable disminución del dolor rectal, así como que, a su juicio, el tumor disminuía de tamaño. Se decidió fotografiar la lesión (figuras 4 y 5).

Siete días después de comenzado el tratamiento, se comprobó disminución de tamaño del tumor, y se recibió el informe de la biopsia, la que confirmó la



Figura 3.

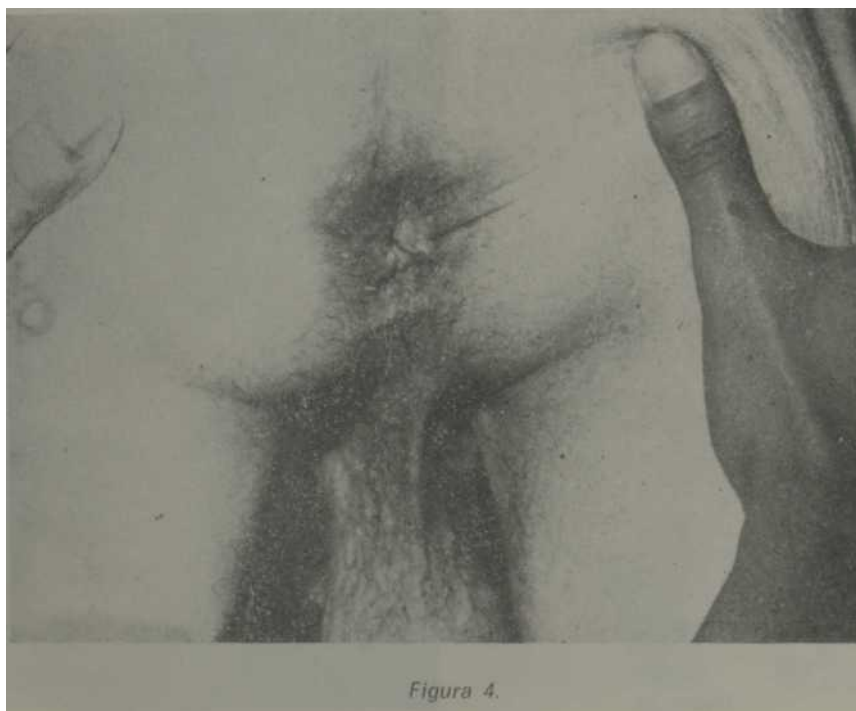


Figura 4.

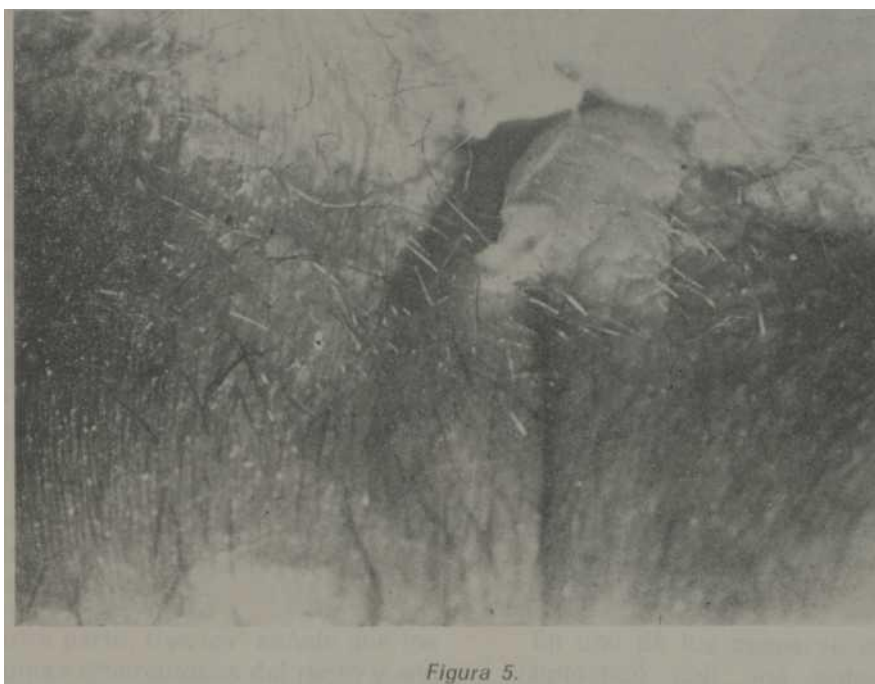


Figura 5.

presencia de un tejido inflamatorio crónico, con numerosos granulomas tuberculoides (figuras 6 y 7).

Con estas demostraciones, el paciente fue trasladado al servicio de medicina interna.

Se mantuvo el tratamiento y se indicó un tránsito intestinal, el cual sólo mostró aceleración del tránsito (a la hora el contraste se hallaba en colon transversal).

Se le dio el alta al paciente el 15 de marzo; en esta fecha el tumor rectal era apenas comprobable, el paciente había aumentado el apetito, y se había producido un aumento de peso de 5 libras. Las diarreas se mantenían. Se añadieron 10 g diarios de PAS al tratamiento anterior.

El diagnóstico al alta fue: tuberculosis anorrectal. Tuberculosis pulmonar. Tuberculosis intestinal (sospechada).

Un mes más tarde concurrió al consultorio; habían desaparecido totalmente todas las molestias al defecar, así como el tumor rectal.

Para el mes de mayo de 1974 el paciente mantenía tratamiento con las drogas tuberculostáticas, pesaba 139 libras, lo cual significaba un aumento de 22 libras de peso en menos de tres meses; las diarreas se mantenían, pero habían disminuido en frecuencia y volumen. El paciente sigue tratamiento ambulatorio durante 18 meses, y a su terminación se le da el alta; se reincorpora a su trabajo en el cual se mantiene asintomático hasta el mes de octubre de 1976, fecha en que se remite este trabajo para su publicación.

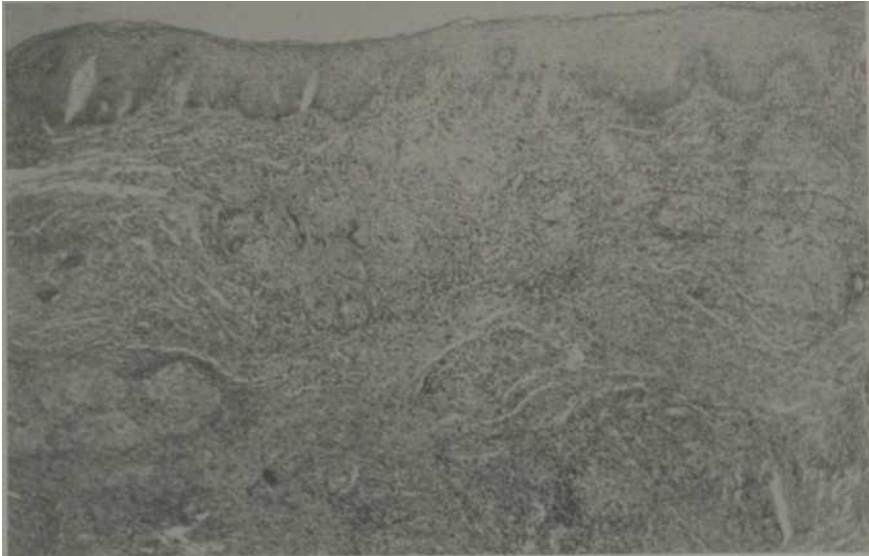


Figura 6.

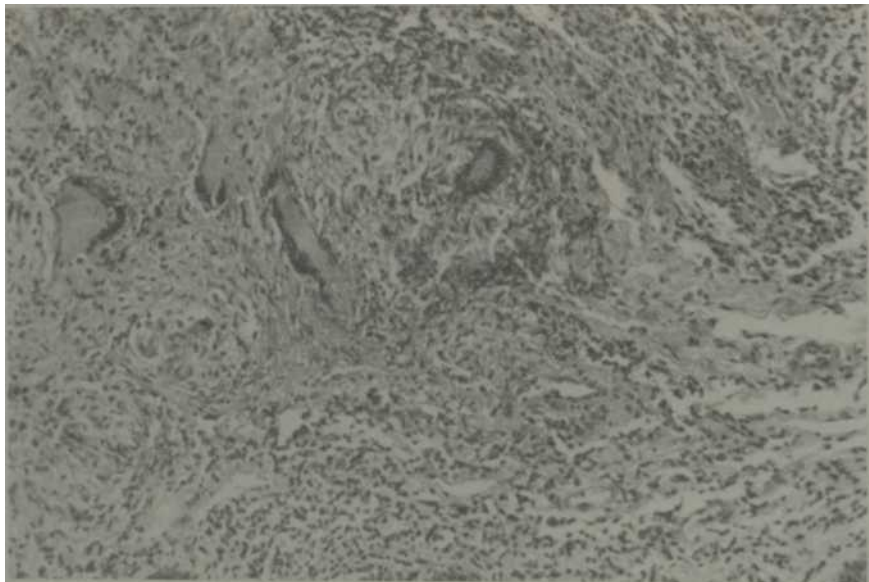


Figura 7.

DISCUSION

En nuestro caso se puede decir que el paciente no fue objeto de una intervención innecesaria, riesgosa, y que en el mejor de los casos le hubiera dejado un ano ilíaco definitivo —con todas las implicaciones conocidas de orden fisiológico y psicológico— debido a que se procedió a realizar una biopsia de la lesión, a pesar de su aspecto neoplásico.

Pudiera argumentarse que en este caso no se aisló el bacilo tuberculoso, y que por tanto no puede afirmarse el diagnóstico; nosotros consideramos que con el resultado histológico y la respuesta terapéutica espectacular a las drogas tuberculostáticas, sí se puede asegurar el diagnóstico en nuestro paciente. No somos partidarios del diagnóstico terapéutico, pero en este caso la indicación de las drogas estaba plenamente justificada.

Por otra parte, *Hawley*¹ señala que los granulomas tuberculosos del recto y ano generalmente no tienen caseosis y los bacilos de Koch son muy difíciles de hallar. El mismo autor informa que los coprocultivos son siempre negativos.

Como se sabe, las formas hipertróficas de esta localización tuberculosa resultan de virulencia atenuada, buena resistencia del sujeto y pocos bacilos. Además, el paciente presentaba una tuberculosis pulmonar activa, pero cuyo carácter —fundamentalmente productivo y fibroso— hacía que no se acompañara de tos ni expectoración, lo que hacía imposible el diagnóstico bacteriológico.

Dificultades similares y aun peores pueden encontrarse para aislar el bacilo tuberculoso en casos de tuberculosis diseminada.² Por tanto, aunque estamos de acuerdo en que el diagnóstico de la tuberculosis es bacteriológico, existen casos en que es necesaria la valoración conjunta de los datos clínicos, radiológicos, histológicos y de otros exámenes, y que puede diagnosticarse la enfermedad en tales casos,

aun cuando no se encuentre el germen.

Aunque algunos autores sugieren que las formas hipertróficas de TB rectal son primarias, en contraste con las ulceradas, creemos que en nuestro caso su carácter secundario admite pocas discusiones.

En nuestro paciente la diseminación probablemente no fue por vía hematógena, sino canalicular, la cual es la vía de diseminación habitual en tuberculosis intestinal: así lo sugieren la ausencia de lesiones en otros órganos como hígado, bazo, ganglios y sistema nervioso, que son las de afectación más frecuente en tuberculosis diseminada de patogenia hematógena o linfática.²

Hawley informa 3 casos de tuberculosis rectal, 2 de ellos en personas mayores de 60 años.

En uno de los casos se confundió el diagnóstico con una enfermedad de Crohn, le administraron enemas de esferoides, y el paciente se estenósó. Le hicieron una intervención abdominoperineal, y posteriormente comprobaron que se trataba de una tuberculosis.

El diagnóstico diferencial debe hacerse, como se señaló, con la neoplasia, con la enfermedad de Crohn y con el linfogranuloma venéreo.

CONCLUSIONES

1. Se llama la atención acerca de pensar en tuberculoma rectal en casos en que se sospecha cáncer del recto y sean o hayan sido tuberculosos pulmonares.
2. En caso de dudas, debe hacerse siempre una biopsia antes de proceder a una intervención mutilante y riesgosa.
3. No siempre es posible hacer el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis.

SUMMARY

Rodríguez Rivera, L. et al. *Anal tuberculosis. Report of a case.* Rev Cub Med 16, 5, 1977.

A patient with hypertrophic anal tuberculosis which was initially misdiagnosed as a neo-plasm is presented. The lesion healed with a medical treatment. Diagnostic criteria in tuberculosis are considered.

RESUME

Rodríguez Rivera, L. et al. *Tuberculose de l'anus. Rapport d'un cas.* Rev Cub Med 16: 5, 1977.

Les auteurs présentent le cas d'un patient avec tuberculose de l'anus de forme hypertrophique, initialement confondue avec une néoplasie et guérie postérieurement au moyen d'un traitement médical. On considère les critères de diagnostic de la tuberculose.

BIBLIOGRAFIA

1. *Hawley, Pfi.* Hypertrophic tuberculosis of the rectum. Proc R. Soc Med 60: 45, Sept., 1967.
2. *Rodríguez Rivera, L.* Tuberculosis diseminada. Estudio de 17 casos y revisión de la literatura. Rev Cub Med 8: 513-557, nov.-dic., 1969.

INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA