

# Ulceración perianal: Dos casos de una rara manifestación de tuberculosis extrapulmonar

GONZALO URREJOLA S.<sup>1</sup>, RICARDO VILLALÓN C.<sup>1</sup>,  
NATALIE RODRÍGUEZ N.<sup>2</sup>

## Perianal tuberculosis. Report of two cases

*Perianal tuberculosis is an uncommon variant of extrapulmonary tuberculosis and mimics other common perianal conditions. We report two patients with perianal tuberculosis. A 82-year-old male presenting with purulent perianal discharge and weight loss. A pelvic magnetic resonance imaging showed a low trans sphincteric anorectal fistula with abscess formation. A fistulectomy was performed and the pathological study showed a granulomatous-tuberculous chronic inflammation. Mycobacteria were recovered from gastric contents. A 48-year-old male with the same symptoms. An ulcerated lesion in the anal region was biopsied, disclosing a granulomatous inflammatory process with Ziehl-Nielsen stainable organisms.*

(Rev Med Chile 2010; 138: 220-222).

**Key words:** Cutaneous fistula; Perianal glands; tuberculosis; gastrointestinal.

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía.  
<sup>2</sup>Servicio de Anatomía  
Patológica.  
Hospital Barros Luco Trudeau,  
Santiago de Chile.

Recibido el 2 de septiembre  
2009, aceptado 14 de diciembre  
de 2009.

Correspondencia a:  
Gonzalo Urrejola Schmied  
Teléfono: 569-98790646  
Dirección postal: Darío Urzúa  
2086, departamento 1304.  
Providencia, Santiago.  
E-mail: urregon@mac.com

La tuberculosis (TBC) se puede presentar como enfermedad pulmonar, extrapulmonar o ambas. Aunque la morbilidad y mortalidad por TBC van en disminución, se ha descrito un aumento de los casos de TBC, principalmente debido a la incidencia creciente del síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA)<sup>1</sup>. Este aumento se ha dado tanto en la variante pulmonar como en la extrapulmonar de la enfermedad<sup>2</sup>. La TBC perianal es una forma de presentación extremadamente rara de la enfermedad extrapulmonar<sup>3</sup>, que posee características semejantes a otras patologías frecuentes de la zona<sup>4</sup>. Existe un amplio abanico de diagnósticos diferenciales, que muchas veces lleva a un diagnóstico tardío. El diagnóstico definitivo habitualmente se realiza por biopsia, luego de un prolongado cuadro de ulceración, o de pobre respuesta a terapia antibiótica empírica<sup>5</sup>.

La TBC perianal se puede asociar a la tuberculosis intestinal, ya sea como extensión de la lesión original, o como diseminación por vía linfática<sup>6</sup>. La enfermedad perianal puede manifestarse de forma ulcerativa, verrugosa, lupoides o miliar. El tipo más común es la presentación ulcerativa. El tipo verrugoso frecuentemente se extiende desde el

margen anal hacia el conducto anal, con un patrón de crecimiento similar al de los condilomas. Sin embargo, se puede presentar como un nódulo hemorroidal, absceso perianal o fístula ano-rectal<sup>3,4</sup>.

Clínicamente, la forma ulcerativa se presenta como úlceras poco profundas, dolorosas, de bordes bien definidos, biselados con tinte azul, cubiertas de material pseudomembranoso y que presentan descarga mucopurulenta<sup>7</sup>. Las úlceras pueden ser la manifestación inicial de la enfermedad tuberculosa. Si no se tratan, las úlceras por TBC perianal no se mejoran espontáneamente<sup>8</sup> y pueden llevar a la muerte por diseminación miliar de los bacilos<sup>9</sup>.

Dada la amplia gama de diagnósticos diferenciales de ulceración perianal, de lo infrecuente que es esta patología y de la importancia clínica de su diagnóstico precoz es que presentamos dos casos de ulceración perianal de causa tuberculosa, en pacientes sin diagnóstico previo de TBC.

### Casos Clínicos

**Caso 1:** Paciente de sexo masculino, 82 años de edad, con antecedentes mórbidos de hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca congestiva.

Consultó por un cuadro clínico de dos años de evolución consistente en descarga purulenta perianal, intermitente e intercurrente cada 3 meses.

Al examen físico se presentó como un paciente enflaquecido, con un orificio puntiforme perianal a 10 centímetros del margen anal. Al tacto rectal se palpó un trayecto fibroso lineal desde la línea pectínea en dirección al orificio de descarga. La anoscopía sólo mostró hemorroides internas congestivas como hallazgo patológico. Dada la sospecha de fístula anorrectal compleja se solicitó estudio con resonancia magnética pélvica, que mostró una fístula anorrectal transesfinteriana baja, abscedada.

El paciente fue sometido a una fistulectomía con setón cortante elástico. Su evolución postoperatoria fue tórpida, con persistencia de descarga purulenta y falta de cicatrización (Figura 1). La biopsia de la pieza operatoria informó un proceso inflamatorio crónico granulomatoso-tuberculoso de tipo caseificante, compatible con tuberculosis anorrectal fistulizada.

Se completó el estudio con una radiografía de tórax, que no presentó hallazgos patológicos significativos. La baciloscopia de expectoración fue negativa, en cambio la de contenido gástrico positiva para *Mycobacterium*. Se formuló el diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar, con enfermedad perianal e intestinal.

**Caso 2:** Paciente de sexo masculino y 48 años de edad, sin antecedentes mórbidos relevantes. Consultó por cuadro de 3 años de evolución, caracterizado por descarga purulenta anal, asociada a proctalgia defecatoria y sangrado anal ocasional. Además presentaba una marcada baja de peso.

En el examen físico destacó un paciente enflaquecido, con adenopatías inguinales patológicas bilaterales. El examen proctológico evidenció una lesión ulcerada de aspecto neoplásico que comprometía casi la totalidad de ambos cuadrantes posteriores de aproximadamente 5-6 cm de diámetro mayor, llegando a proximal hasta la línea pectínea. Se programó para biopsia bajo anestesia, pero una semana antes de este procedimiento presentó un absceso perianal de 6 cm de diámetro que comprometía cuadrante anterior derecho y requirió drenaje quirúrgico de urgencia (Figura 2). Se tomó una biopsia de la lesión ulcerada el mismo procedimiento y su informe fue consistente con un proceso inflamatorio crónico granulomatoso

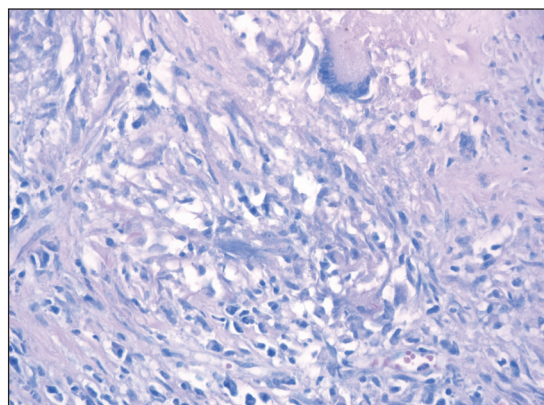
de tipo tuberculoideo con necrosis caseosa. La tinción de Ziehl-Nielsen fue positiva para bacilo ácido resistente (Figura 3).



**Figura 1.** Ulceración perianal sobre cicatriz de fistulectomía.



**Figura 2.** Ulceración perianal y absceso perianal concomitante.



**Figura 3.** Tinción de Ziehl-Nielsen positiva para bacilo ácido resistente, aumento 40x.

La radiografía de tórax evidenció enfermedad microgranular difusa bilateral. La baciloscopia de expectoración fue positiva. En base a estos hallazgos se formuló el diagnóstico de tuberculosis perianal con enfermedad pulmonar subyacente.

Ambos pacientes fueron derivados a infección para su notificación e inicio de terapia antituberculosa con cuatro drogas, con lo que mejoraron tanto los síntomas sistémicos como los locales perianales.

### Discusión

La incidencia de la tuberculosis gastrointestinal en la población inmunocompetente ha disminuido dramáticamente en las últimas décadas. Se sospecha que lo que más ha influido en esta disminución es el desarrollo de nuevas terapias antituberculosas y el consumo de leche pasteurizada. Sin embargo, en pacientes inmunocomprometidos la variante gastrointestinal ha sufrido un aumento relativo<sup>10</sup>.

La tuberculosis periorificial es una variante muy poco frecuente, que está presente en 2% de los pacientes con tuberculosis interna<sup>11,12</sup>. Habitualmente aparece como una o más lesiones dolorosas en la mucosa oral, genital, anal o piel periorificial de hombres de edad media o avanzada y generalmente ocurre en individuos con tuberculosis pulmonar o con mala higiene personal.

El contagio es producido la mayoría de las veces por autoinoculación de bacilos de los focos pulmonar, intestinal o genitourinario, siendo mucho menos frecuente el compromiso por diseminación linfática, hematogena o por extensión directa desde otros órganos<sup>13,14</sup>.

Debemos tener presente que los casos de tuberculosis perianal se pueden presentar como una enfermedad incipiente, sin el antecedente de tuberculosis previa o sin enfermedad pulmonar activa. Esta enfermedad debe ser considerada dentro del diagnóstico diferencial de la úlcera perianal, junto con la colitis ulcerosa, herpes simple, sífilis, sarcoidosis, amebiasis, hipoderma gangrenoso, micosis profunda y neoplasias ulcerativas, entre otras. El diagnóstico diferencial de la tuberculosis intestinal y perianal con la enfermedad de Crohn es especialmente difícil, ya que ambas patologías tienen ciertas características similares, que incluyen lesiones colónicas parceladas, extensión ileocólica y granulomas al examen histológico<sup>15</sup>.

El tratamiento de la tuberculosis perianal es el

régimen convencional de terapia antituberculosa, que incluye tres o cuatro agentes combinados. La intervención quirúrgica debería reservarse para pacientes con obstrucción o absceso<sup>5</sup>.

### Referencias

1. Raviglione M, Snidar D, Kochi A. Global epidemiology of tuberculosis. Morbidity and mortality of a worldwide epidemic. *JAMA* 1995; 273: 220-6.
2. Bresky G, Silva N, Madariaga J. Esofagitis tuberculosa en un paciente HIV positivo. *Rev Med Chile* 2007; 135: 1323-6.
3. Harland R, Varkey B. Anal tuberculosis: report of two cases and literature review. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 1488-91.
4. Chung C, Choi C, Kwok S, Leung K, Lau W, Li A. Anal and perianal tuberculosis: a report of three cases in 10 years. *J R Coll Surg Edinb.* 1997; 42: 189-90.
5. 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: 110-2.
6. Iwase A, Shiota S, Nakaya Y, Sakamoto K, Aoki S, Matsuoka R, et al. An autopsy case of severe tuberculosis associated with anal fistula and intestinal perforation. *Kekkaku.* 1997; 72: 515-8.
7. Sehgal V, Wagh S. Cutaneous tuberculosis. Current concepts. *Int J Dermatol* 1990; 29: 237-52.
8. Sharma R, Singh R, Bhatia V. Microbiology of cutaneous tuberculosis. *Tubercle* 1975; 56: 324-8.
9. Nachbar F, Classen V, Nachbar T, Murer M, Schirren C, Dgitz K. Orificial tuberculosis: detection by polymerase chain reaction. *Br J Dermatol* 1996; 135: 106-9.
10. Velásquez J, Szigethi M, Panace R, Morales R, Márquez S, Pefaur J, et al. Micobacteriosis hepato-esplénica, forma inusual de probable tuberculosis extrapulmonar. Caso clínico y revisión bibliográfica. *Rev Chil Infect* 2007; 24: 59-62.
11. Miteva L, Bardarov E. Perianal tuberculosis: a rare case of skin ulceration? *Acta Derm Venereol* 2002; 82: 481-2.
12. Álvarez J, Gutiérrez V, Del Riego J, García I, Arizcun A, Vaquero C. Úlceras perianales de origen tuberculoso. Aportación de tres nuevos casos. *Rev Esp Enferm Dig* 1992; 81: 46-8.
13. Betlloch I, Banuls J, Sevilla A, Morell A, Botella R, Roman P. Perianal tuberculosis. *Int J Dermatol* 1994; 33: 270-1.
14. Sehgal V, Wagh S. Cutaneous tuberculosis. Current concepts. *Int J Dermatol* 1990; 29: 237-52.
15. Akgun E, Tekin F, Ersin S, Osmanoglu H. Isolated perianal tuberculosis. *Neth J Med* 2005; 63: 115-7.