

Fístula anal de etiología tuberculosa. A propósito de un caso y breve revisión bibliográfica

Dres Carlos Mario Boccia,¹ Franco Giuliano,² Omar Aidar,¹ Graciela Casado,¹
Jorge Arrigone,¹ Jorge Castagnino,¹ Domingo Palmero¹

¹ División Neumotisiología.

² División Cirugía.

Hospital Francisco Muñiz. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

La fístula anal de etiología tuberculosa es una afección rara. Presentamos un caso en una paciente HIV (-), revisamos datos epidemiológicos y discutimos la fisiopatología, manifestaciones clínicas, nuevos desarrollos diagnósticos y brevemente su tratamiento.

Palabras claves. Fístula anal, tuberculosis, fístula tuberculosa.

Tubercular fistula in-ano. Report of a case and brief review

Summary

Tubercular fistula in-ano is a rare condition. In addition to presenting a case in a HIV (-) patient, in this paper we review epidemiologic data, pathophysiology, clinical manifestations and new developments in diagnosis and their treatment is discussed briefly.

Key words. Anal fistula, tuberculosis, fistula-in-ano.

Caso clínico

Una paciente de 18 años oriunda de Bolivia ingresa con diagnóstico de tuberculosis (TB) pulmonar avanzada. Presentaba tos, pérdida de peso no cuantificada, sudoración vespertina de 2 meses de evolución y dolor en región anal. En los últimos días, además, refería dolor abdominal, cefalea, fiebre y expectoración hemoptoica, por lo cual consultó a la guardia.

Al examen físico presentaba buen estado general, signos vitales normales, rales crepitantes bilaterales y lesión en sacabocado en línea media poste-

rior del ano con secreción seropurulenta. El resto del examen físico era normal.

Los análisis de laboratorio mostraron VSG: 70 mm y Hb 9,6 g%. El resto de los mismos fue normal. La baciloscopia y el cultivo de esputo fueron positivos para *Mycobacterium tuberculosis*; el antibiograma mostró sensibilidad a los fármacos de primera línea. El hisopado del orificio externo de la fístula reveló BAAR (++) (8 BAAR x campo).

En la radiografía de tórax (Rx Tx) (Figura 1) se observaban cavidades bilaterales y opacidades mal definidas heterogéneas y periféricas predominantemente en campo medio derecho. La tomografía (TAC) de tórax mostraba cavidades bilaterales y ár-

Figura 1. Rx Tx (fte): opacidad heterogénea paracardíaca derecha, cavidades en campos medios y superiores de ambos hemitórax.



Correspondencia. Dr Carlos Mario Boccia
Correo electrónico: carlosboccia@intramed.net

bol en brote biapicales y consolidación con broncograma aéreo en lóbulo superior izquierdo (Figura 2).

La ecografía abdominal, renal y ginecológica no mostró alteraciones.

TAC de abdomen: pequeñas colecciones líquidas con contenido aéreo perirrectales (Figura 3).

Interconsulta con proctología: orificio fistuloso externo en sacabocado en posterolateral izquierdo a 3 cm del margen anal con secreción serosa turbia (Figura 4). Tacto rectal: induración en canal anal en posterolateral izquierdo con dolor a la compresión en dicha región. Rectosigmoideoscopia: se progresa hasta 25 cm del margen anal: mucosa eritematosa, edematizada en línea media posterior. Resto sin lesiones mucosas. Se canula con estilete el orificio externo observándose fístula submucosa con orificio interno en línea media posterior a 1 cm del margen

Figura 2. TAC de Tórax s/c (corte a nivel de lóbulos superiores). Cavidades bilaterales de localización periférica; signo de árbol en brote, bilateral y predominio posterior. Nódulos densos subcentimétricos.

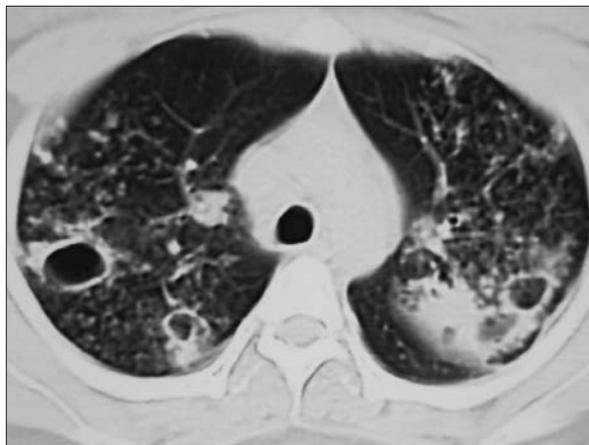


Figura 3. TAC de pelvis: pequeñas colecciones líquidas con contenido aéreo perirrectales (perirrectitis).

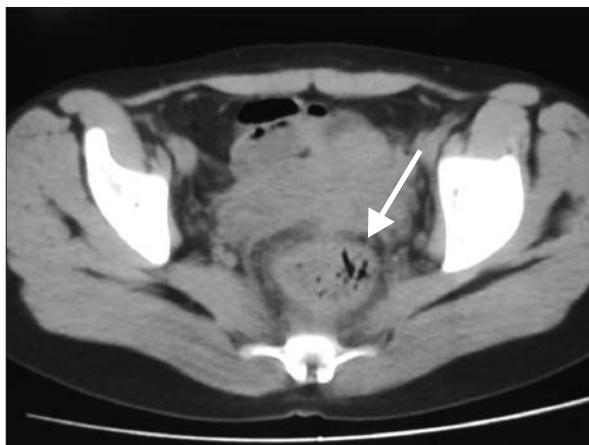


Figura 4. Orificio fistuloso externo en sacabocado en posterolateral izquierdo a 3 cm del margen anal.



anal. Se decide tomar una conducta conservadora y reevaluación luego de 2 meses de tratamiento.

La evolución clínica, radiológica y bacteriológica fue favorable, con desaparición del dolor al mes de tratamiento, pero la lesión persistió sin cerrar (orificios externo e interno permeables) con secreción intermitente, a veces sanguinolenta, otras veces serosa, por lo cual luego de 90 días de tratamiento con mantenimiento de la fase de ataque y BAAR del hisopado de la fístula negativo, se realizó el destechamiento de la misma logrando la curación, con cierre definitivo a los 30 días del mismo.

Discusión

La TB extrapulmonar representa aproximadamente el 20% de los casos de TB considerada globalmente, con una proporción menor en los pacientes HIV(-) y mayor en los HIV (+); en la ciudad de Buenos Aires en el primer semestre del año 2013 la TB extrapulmonar representó el 16,5%, llegando al 24% si se considera la afectación pulmonar simultánea;¹ puede comprometer literalmente cualquier parte del organismo, aunque hay formas más comunes que otras. La TB gastrointestinal representa menos de 1% de todas las localizaciones de la TB^{2, 3, 4} siendo la región ileocecal la parte más afectada (85%)⁵ seguida por el yeyuno y el colon; el compromiso de otros sitios del tracto digestivo es raro, en particular el anorrectal; predomina en hombres en una relación 4:1^{2, 6} y es una forma rara,⁵ muy rara⁶ o extremadamente rara^{2, 3, 7} de TB. La fuente de datos epidemiológicos es la literatura especializada en año más que la fisiológica. Con la declinación global de la incidencia de la TB, la forma anal también ha disminuido su incidencia desde el 16% en 1921 a menos del 1% de las TB abdominales en 1966⁸ aunque centros de países subdesarrollados reportaron durante esa misma década del 60, un 17% y en la década del 80 un 16%.⁶ La disminución drástica de la TB del tracto gastroin-

testinal (que incluye las fístulas anales tuberculosas) se explica no sólo por los tratamientos antifímicos eficaces sino también por la pasteurización de la leche y la mejora en las condiciones de vida. Shukla y col han señalado que durante un período de 13 años (1975-1988) en la literatura de habla inglesa sólo hubo *case reports*;⁶ a partir de esa fecha nosotros hemos encontramos muy pocos estudios. Aquellos autores desde la India –un país de alta prevalencia de TB- describieron 122 pacientes operados por fístulas anales en un período de 5 años, de los cuales 19 (15,6%) tenían etiología tuberculosa. Por otro lado, Sainio⁹ en Finlandia encontró entre 458 fístulas anales de pacientes hospitalizados en 9 años en varios hospitales, sólo una de etiología tuberculosa (0,2%). El autor excluyó las fístulas rectoperineales y las rectovaginales, e incluyó sólo a los abscesos y fístulas con conexión con el ano; publicó su estudio en 1984. En Irlanda en 5 años (1982-1987) sólo se reportaron 2 casos.¹⁰

Recientemente Sultan encontró sólo 7 casos de fístulas tuberculosas entre 2.230 fístulas y abscesos anales operados en 18 años en París.¹¹ Todos con TB previa, todos HIV (-), todos habían sido operados previamente

de la fístula y el diagnóstico etiológico sólo se estableció ante la recurrencia. La mayoría fueron inmigrantes provenientes de países de alta prevalencia.

En nuestro país se carece de esos datos epidemiológicos, a pesar de lo cual se considera una afección muy rara.

En cuanto a la fisiopatología, han sido postulados varios mecanismos para su desarrollo; probablemente la más frecuente forma de contagio sea la deglución de material infectante, se trate de alimentos contaminados (leche) o de secreciones respiratorias (esputo) con gran cantidad de bacilos. Ese inóculo sería la principal causa de diseminación hacia el tubo digestivo. Desde la luz del mismo puede alojarse en una cripta de Morgagni del ano y producir una criptitis desde la cual desarrolla luego el trayecto fistuloso. Más rara es la diseminación hematogena; otra forma es la diseminación linfática que en forma retrógrada afecta al abdomen desde el recto; no conocemos la relevancia de lesiones anales preexistentes, pero es de suponer que el contagio será más significativo cuando el material infectante se exponga a un tejido enfermo o traumatizado que a un tejido indemne.¹³

Tabla 1. Datos epidemiológicos de las fístulas anales de etiología tuberculosa.

Autores	N° Fístulas	N° Fístulas tuberculosas	% Fístulas tuberculosas	Período	Años	País de origen del estudio
Sultán ¹¹	2.230	7	0,3%	1982-1999	18	Francia
Sainio ⁹	458	1	0,2%	1969-1988	10	Finlandia
Shukla ⁶	122	19	16,0%	1983-1988	5	India
Alyoune ¹²	1.523	13	0,85%	1980-1991	12	Marruecos
Ahlberg ⁵	-	2	-	1975-1980	5	Suecia
O'Donohoe ¹⁰	-	2	-	1982-1987	5	Irlanda

Tabla 2. Características clínicas de las fístulas anales tuberculosas.

Autores	Fístula simple	Fístula múltiple	Recurrencia	Fístula BAAR (+)
Sultán ¹¹	3/6 - 1 absceso	3/6	6/6	4/6
Sainio ⁹	0/1	1/1	0/1	0/1
Shukla ⁶	13/19	6/19	12/19	6/10
Ahlberg ⁵	1 úlcera canal	1/2	0/2	2/2

Tabla 3. Relación entre la fístula anal tuberculosa y otras localizaciones tuberculosas, género y condición respecto del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Autores	TB pulmonar	TB digestiva	Hombre/mujer	HIV (+)
Sultán ¹¹	7/7	0/7	7/0	0/7
Sainio ⁹	1/1	-	-	-
Shukla ⁶	3/19	0/19	18/1	-
Alyoune ¹²	5/13	-	10/3	-

Las fístulas anales de etiología tuberculosa no tienen una localización ni rasgos morfológicos ni clínicos característicos. Se presentan como cualquier fístula inespecífica con dolor, secreción purulenta intermitente, descargas fecaloides o no. Clásicamente se han descrito 4 formas de TB anal y perianal (ulcerosa, verrucosa, lupoides y miliar)^{7, 14, 15} pero refiriéndonos exclusivamente a las fístulas anales, otros autores sostienen que no tienen una apariencia característica.⁶ Es posible que aquellas formas correspondan fundamentalmente a TB cutáneas, y por lo tanto, la fístula en su apertura a piel no sólo se abriría como un orificio (el orificio fistuloso externo) sino comprometería a esta última adquiriendo alguno de esos aspectos; es decir, sería una fístula anal con afectación cutánea (fístula tuberculosa + TB cutánea). Tal vez fuera más útil aplicar la clasificación clásica cuando se compromete el canal anal, y describir las lesiones cutáneas como tales. Gabriel (citado por Ahlberg) describió 3 formas de fístulas tuberculosas:⁵ 1) fístula superficial extendiéndose desde una cripta anal, 2) fístula profunda con el origen de la infección por encima del elevador y sin apertura interna en el canal, y 3) tuberculoide.

La terminología empleada en los *cases reports* de la literatura como: "fístula anal, fístula perianal, fístula anorrectal, úlcera anal tuberculosa,¹⁷ TB perianal,¹⁸ TB anal,^{3, 5} enfermedad perianal de origen tuberculoso,² TB miliar evidenciándose como absceso perianal agudo,¹⁰ fístula anal de origen tuberculoso", puede dificultar el encuadre común.

A pesar de no tener características propias, la fístula anal de origen tuberculoso se puede sospechar cuando se asocia a linfadenopatía inguinal, múltiples bocas fistulosas, y ante la recurrencia luego del tratamiento quirúrgico;^{6, 8, 16} respecto de esto último hay que señalar que los 7 casos de Sultán registrados en 18 años, habían sido operados con anterioridad, no habiéndose conocido previamente la etiología; de los 19 pacientes de Shukla, en 12 de ellos la fístula fue recurrente; por estas razones, en países de media o alta prevalencia de TB, ante casos de fístula anal múltiple y/o recurrencia, la remoción quirúrgica de la fístula y la biopsia del tejido es recomendada.⁶

La TB pulmonar concomitante es otro dato de gran relevancia a la hora de evaluar una fístula anal, como sucedió con nuestro caso. Whalen cita un trabajo de la era preantibiótica donde se describen 75 casos de fístulas anales, de las cuales el 100% tenía tuberculosis pulmonar activa.¹⁷ Otros autores señalan que en un porcentaje de casos el diagnóstico fue hecho a partir de la fístula y no de la TB pulmonar.^{12, 16, 17} Debe recordarse también que la TB gastrointestinal puede presentarse sin afectación pulmonar como sucede por ingesta de leche contaminada por *Mycobacterium bovis*.

También tiene importancia saber si está asociada a hemorroidectomía, post-parto, fisura anal (causas muy frecuentes de fístulas inespecíficas) o síntomas constitucionales como pérdida de peso o fiebre (frecuentes en la TB).

Para realizar el diagnóstico de fístula anal tuberculosa es necesario un alto grado de sospecha, alentada por un conjunto de datos epidemiológicos y clínicos: una fístula recurrente o múltiples orificios en paciente proveniente de países de alta prevalencia de TB, tuberculosis pulmonar o abdominal activa o pasada, PPD (+), orientan y requieren una conducta diagnóstica definitiva.

La TB pulmonar grave también debe alertarnos sobre la necesidad de considerar la diseminación extrapulmonar incluyendo las formas infrecuentes, aumentando la perspicacia de la anamnesis tanto como considerar otros exámenes.

La demostración en el tejido fistuloso o la secreción del *Mycobacterium tuberculosis* mediante el examen directo o el cultivo confirma el diagnóstico, pero como sucede en las TB extrapulmonares, los exámenes bacteriológicos tienen un bajo rédito. En nuestro caso la presencia de TB pulmonar activa y la bacteriología positiva de la lesión sellaron el diagnóstico, pero con más frecuencia éste se realiza por la histopatología: granulomas caseosos o células gigantes de Langhans con infiltración de células epitelioides (se acepta en general, que el hallazgo de las lesiones histológicas características de TB, es un criterio indirecto de confirmación etiológica).

En definitiva, cuando la caseosis o los bacilos se evidencian, se confirma el diagnóstico; cuando no lo hacen surge una gran dificultad porque el principal diagnóstico diferencial histopatológico también es una enfermedad granulomatosa –la enfermedad de Crohn-¹⁸⁻²⁰ y si bien el caseum es patognomónico de la TB, puede no estar presente.

La enfermedad de Crohn tiene una gran similitud en la presentación clínica y a veces histopatológica; ambas entidades afectan la región ileocecal y en las 2 pueden palparse masas abdominales. El dolor abdominal –usualmente de tipo cólico- es común en ambas condiciones; pero cuando la fístula ocurre en la enfermedad de Crohn lo hace como manifestación secundaria a fisura anal o úlcera cavitada. Vómitos, fiebre y trastornos menstruales son frecuentes en la TB y menos comunes en la enfermedad de Crohn. La diarrea es común en el Crohn y rara en la TB (menos del 10%);¹⁹ esto último ha sido considerado la principal diferencia clínica entre ambas.²⁰ La ascitis puede presentarse en la TB.

Concluimos que los signos clínicos raramente son útiles.

La bacteriología es confirmatoria pero tiene escasa sensibilidad y si el paciente está recibiendo tratamiento antibacilar, la sensibilidad de la baciloscopía o el cultivo disminuye aún más. El examen del tejido se impone, pero hemos dicho que el diagnóstico histopatológico puede ser muy dificultoso tratándose de 2 enfermedades granulomatosas ya que la caseosis es patognomónica de TB pero puede no estar presente. Hoy existen métodos más eficaces y rápidos para diferenciar ambas entidades, aunque todavía de escasa disponibilidad en nuestra práctica asistencial; la bio-

logía molecular, la cual tiene una de sus aplicaciones en el diagnóstico de TB extrapulmonares.

En el interesante artículo de Shan y col se identificó en los 4 casos de fístulas anales con granulomas en el examen histológico y cultivos para Koch negativos, las secuencias de ADN del *Mycobacterium tuberculosis* por el método de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR por su sigla en inglés).²¹ Las muestras fueron de tejido (3) y de secreción purulenta (1).

Otros diagnósticos diferenciales más raros son lesiones venéreas, amebiasis, neoplasias (particularmente cáncer de colon variedad coloide), lesiones por cuerpos extraños y granuloma piogénico.

Un problema especial es que las lesiones anorrectales tuberculosas conforman el espectro clínico de la llamada TB abdominal o gastrointestinal,²⁰ junto a la TB gastroduodenal, la enfermedad ulcerativa del intestino delgado, la enfermedad ileocecal hipertrófica, la peritonitis tuberculosa, la TB esofágica, las adenopatías mesentéricas tuberculosas y la hepatitis tuberculosa; el desafío entonces es determinar cuándo aceptar que la fístula anal tuberculosa se presenta como única afección y cuándo está asociada a otro compromiso del tracto gastrointestinal, ya que un pequeño pero indeterminado número de pacientes con fístulas podrían tener otras localizaciones. A esto se suma la dificultad natural que ofrece el diagnóstico de la TB abdominal,²² Joseph Walsh expresó en 1909 que “es imposible diagnosticar una TB abdominal con algún grado de certeza”¹⁹ y en 1978 Pritam lamentó la vigencia de esa expresión cuando, luego de analizar retrospectivamente 182 casos, observó que sólo se hizo el diagnóstico correcto inicial en el 50% de los mismos.²³ En 1993 Marshall publicó un extenso *review* donde concluye que debido a la dificultad diagnóstica de la TB gastrointestinal y peritoneal, frecuentemente la enfermedad no es considerada hasta el momento en que el paciente es operado, y que de no tenerse un alto grado de perspicacia, los errores y demoras diagnósticas de estas afecciones son frecuentes, aumentando la morbimortalidad. Respecto de nuestro caso, teniendo en cuenta la frecuencia de la localización de la TB intestinal, una ecografía que descartó tanto el engrosamiento de la región ileocecal (85% de las TB digestivas)⁵ como la presencia de ascitis o adenomegalias mesentéricas, una RSC que evaluó el grado de extensión local, y ante la ausencia de otra sintomatología orientadora y la buena evolución, fueron considerados suficientes esfuerzos diagnósticos, y se asumió la inexistencia de compromiso de otras localizaciones tuberculosas.

El tratamiento se basa en la administración de fármacos anti-TB. El tiempo y el esquema no difieren del tratamiento estándar original de la TB pulmonar. Pero si no hay mejoría luego de 3 meses, compartimos la opinión con Goligher (citado por Ahlberg)⁵ e indicamos el tratamiento quirúrgico convencional utilizado para tratar las fístulas inespecíficas de origen criptoglandular. Se realiza el destechamiento

cuando la fístula es simple, y si es compleja o recidivada, o cuando los esfínteres tienen participación importante, se puede optar por la colocación de un sedal a modo de drenaje para lograr la epitelización del trayecto destechado minimizando la posibilidad de incontinencia. Otra opción más utilizada en fístulas altas supra o extraesfinterianas es la confección de un colgajo de avance endorrectal.

Cuando se presenten colecciones y abscesos está indicado el drenaje para aliviar la sintomatología más rápidamente.

Conclusión

La fístula anal TB es muy poco frecuente. Hay que sospecharla en presencia de dolor, secreción, fístula recurrente o múltiples orificios en paciente proveniente de países de alta prevalencia de TB pulmonar y/o abdominal activa o pasada.

Bibliografía

1. Red para la Atención de la Tuberculosis de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Of. Coord. Htal Muñiz. 2013.
2. Candela F, et al. Perianal Disease of Tuberculous Origin. Report of a case and Review of the Literature. *Dis Colon Rectum* 1999; (42) 110-112.
3. Harland R, et al. Anal Tuberculosis: A Report of Two Cases and Literature Review. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 1488-1491.
4. Marshall JB, Tuberculosis of the Gastrointestinal Tract and Peritoneum. *Am J Gastroenterol* 1993; 88: 989-999.
5. Ahlberg J, Bergstrand O, Holmstrom B, et al. Anal Tuberculosis. A report of two cases. *Acta Chi Scand* 1980 suppl 500: 45-47.
6. Shukla HS, et al. Tubercular fistula in ano. *Br J Surg* 1988; 75: 38-39.
7. Akgun E, et al. Isolated perianal tuberculosis. *Neth J Med* 2005; 63 (3): 115-117.
8. Manganaro J, et al. Intestinal Tuberculosis with Fistula in Ano. *Int Surg* 1966; 46 (6): 578-581.
9. Sainio P. Fistula in ano in a defined population. Incidence and Epidemiological Aspects. *Ann Chir Gynaecol* 1984; (73) 219-224.
10. O'Donohoe MK, et al. Miliary Tuberculosis Presenting as an Acute Perianal Abscess. Report of a Case. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 697-698.
11. Sultan S, et al. Anoperineal Tuberculosis. Diagnostic and Management Considerations in Seven Cases. *Dis Colon Rectum* 2002; 45(3): 407-410.
12. Alyoune M, et al. Fistules Anales Tuberculeuses. A propos de treize cas (Abstract). *Ann de Gastroenterologie et D'Hepatoologie*. 1994; 30(1): 9-11.
13. Boccia CM, Gutierrez M, Benedetti D, et al. Tuberculosis por inoculación. *Rev Am Med Resp* 2012; 4:161-165.
14. Alankar K, et al. Verrucous Tuberculosis of the Anal Canal: Report of a Case. *Dis Colon Rectum* 1974; 17 (2): 254-257.
15. Nepomuceno, et al. Tuberculosis of the Anal Canal: Report of a Case. *Dis Colon Rectum*. 1971; 14 (4): 313-316.
16. Korman T, et al. Fistula-in-ano: don't forget tuberculosis. *MJA* 1996; (166) 387-388.

17. Whalen T, et al. Tuberculous Anal Ulcer. *Dis Colon Rectum*. 1980; 23: 54-55.
18. Betlloch I, et al. Perianal Tuberculosis. *Int J Dermatol* 1994; 33: 270-271.
19. Shukla HS and Hughes LE. Abdominal tuberculosis in the 1970s : a continuing problem. *Br J Surg* 1978; 65: 403-405.
20. Anonymus. Abdominal tuberculosis in Britain. *BMJ* 1977; 1557.
21. Shan Y, et al. Nested Polymerase Chain Reaction in the Diagnosis of Negative Ziehl-Neelsen Stained Mycobacterium Tuberculosis Fistula-in-Ano. Report of Four Cases. *Dis Colon Rectum* 2002; 45 (12): 1685-1688.
22. Lambrianides A, et al. Abdominal tuberculosis. *Br J Surg* 1980; 67: 887-889.
23. Pritam D y Shukla HS. Clinical diagnosis of abdominal tuberculosis. *Br J Surg* 1976; 63: 941-946.