

REPORTE DE CASOS CLINICOS

Tuberculosis de esófago: Reporte de un caso

Luis Malca C.*, Juan Torreblanca N.*, Carmen Asato H.** Luis Velasco M.***

RESUMEN

La tuberculosis es una patología endémica en nuestro país. El compromiso digestivo varía entre 0.4% a 5% y el esofágico es muy raro (0.15%). Por lo general la tuberculosis esofágica es secundaria a otros órganos.

Presentamos el caso de una paciente con diagnóstico de tuberculosis de esófago quien presentó disfagia y odinofagia y que el estudio endoscópico permitió demostrar la existencia una úlcera esofágica.

El estudio anatomopatológico fue compatible con tuberculosis de esófago.

PALABRAS CLAVES: Tuberculosis, úlcera esofágica.

SUMMARY

Tuberculosis is an endemic pathology in our country and affects between 0.4% and 5% of the digestive system but rarely affects the esophageal system (0.15%). Generally, esophageal tuberculosis is secondary to other organs.

A case of a patient diagnosed with esophageal tuberculosis is presented. This patient had dysphagia and odynophagia, and the endoscopic examination disclosed the existence of an esophageal ulcer.

The anatomical pathological examination was compatible with esophageal Tuberculosis.

KEY WORDS: Tuberculosis, esophageal ulcer.

* Médico del servicio de Gastroenterología del HNGAI

** Médico jefe del servicio de Anatomía Patológica del HNGAI

*** Médico jefe del servicio de Gastroenterología del HNGAI

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis es una enfermedad sistémica causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, con el evada incidencia y prevalencia en los países en vías de desarrollo, entre ellos el nuestro, que ataca preferentemente a la población de bajo nivel socioeconómico y cultural. Contribuyen a ello las migraciones, el evadobrecimiento demográfico, hacinamiento y carencias de servicios básicos y de salubridad (1,2,3,4,5,6).

La prevalencia es baja en los países desarrollados pero se evidencia un incremento de casos en la población proveniente de países pobres y en los pacientes con patógenos predisponentes como enfermos con SIDA, drogadictos, inmunodeprimidos, etc. (5,6,7,8)

Tiene 2 formas de presentación: pulmonar y extrapulmonar.

El compromiso extrapulmonar fluctúa entre 8 a 12% y la afección del aparato digestivo entre 04 y 5% (2,9)

La tuberculosis digestiva afecta al tracto digestivo desde la boca hasta el ano, hígado, páncreas, peritoneo, ganglios mesentéricos (5,6)

La tuberculosis digestiva en nuestro medio es generalmente secundaria a la existencia de un foco pulmonar, con casos raros de compromiso primario, estos últimos se presentan sobre todo en zonas rurales ganaderas donde se ingiere el alche recién extraído sin hervir (4,7)

PRESENTACIÓN

Paciente de sexo femenino, de 48 años de edad, profesora procedente de San Juan de Lunigancha, que acude referida por médico internista por presentar desde 15 días antes, disfagia a sólidos y odinofagia. El examen físico mostró una paciente en aparente buen estado general, pícnica, sin signos de palidez. El examen de tórax fue normal. El abdomen también fue normal. El resto del examen dentro de límites normales.

Se realizaron los siguientes exámenes auxiliares: Hemoglobina: 12,8 g/dl. Leucocitos: 5000/mm³ VSG: 20 mm/h. Radiografía de tórax normal. Radiografía de esófago anteroposterior informada como normal.

En la endoscopia se evidenció a 25 cm de la arcada dentaria una lesión ulcerada profunda de aproximadamente 25 mm con bordes elevados. (Foto 1).

Se tomaron biopsias de dicha lesión predándose mucosa ulcerada y a nivel del almina propias ericonocoinfiltrado linfocítico y lesión granulomatosa necrotizante con presencia de células gigantes tipo Langhans.

Se inició tratamiento específico con Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol.



FOTO 1.- Tuberculosis de Esófago.

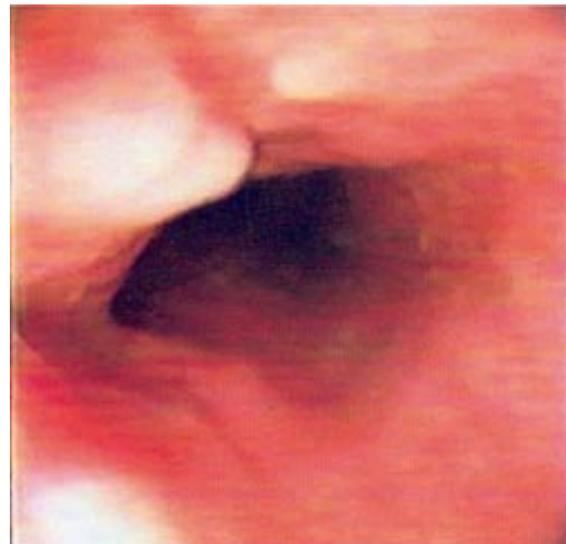


FOTO 2.- Tuberculosis de Esófago Control a los 4 meses.

Se le evóacabouncontrol endoscópico al oscuatromeses de iniciad del tratamiento objetivándose franca mejoría (Foto 2)

DISCUSIÓN

La Tuberculosis de esófago es muy rara. (10,11,12). En un estudio de 16489 autopsias de cadáveres tuberculosos se encontraron 25 casos de tuberculosis de esófago (0,15%) (11).

En otro estudio de 18049 autopsias de pacientes que fallecieron de tuberculosis, se evidenció compromiso esofágico en 0,14% (12).

La combinación de SIDA epidémico con el resurgimiento de casos reportados de TBC sistémica ha

incrementado la incidencia de TBC esofágica en los países desarrollados (11). La TBC esofágica primaria es menos frecuente (13,14) y generalmente es secundaria a TBC mediastínica y pulmonar (10,15)

En un estudio comparativo de 15 series con un total de 1512 pacientes con tuberculosis digestiva se halló 7 casos de tuberculosis de esófago (0.46%) (10)

En nuestro país, Chahud en 202 casos (2) y 123 casos (7), Iwaki en 140 casos (3) y Sotelo en 28 casos (4) de tuberculosis del aparato digestivo no reportaron ningún caso de tuberculosis esofágica. Yriberry en 58 casos de tuberculosis digestiva reportó un caso de tuberculosis de esófago (1.7%) (8). Chávez reportó un caso de tuberculosis de esófago en el Hospital Loayza (10)

El esófago puede estar comprometido por los siguientes mecanismos: (11,16)

- a) Inculación por el esputo de glútilico
- b) Extensión directa de una faringe tuberculosa
- c) Diseminación directa de otras estructuras adyacentes como linfáticos
- d) Diseminación hematogena de la infección de un sitio distante
- e) Diseminación linfática al esófago. El drenaje linfático del esófago es hacia el ganglio linfático peritracal y es peribronquial. Es así como frecuentemente se sitúa la tuberculosis. El compromiso del esófago puede ocurrir por el flujo linfático retrógrado de los ganglios

ASPECTOS CLÍNICOS

Los síntomas de la tuberculosis de esófago dependen del grado y tipo de compromiso (17)

- En la forma ulcerativa predominante a la disfagia del dolor constante y aumenta con la deglución
- En el tipo hiperplásico predominante a la disfagia a la cual puede ser progresiva
- Hemorragia digestiva alta en las úlceras esofágicas tuberculosas y en las fistulas arteriales esofágicas

PATOLOGÍA

El sitio más comprometido es el tercio medio sobre la bifurcación traqueal.

Hay 3 tipos patológicos (17)

- 1) **ULCERATIVO**.- Las úlceras pueden ser simples o múltiples y de cualquier tamaño. Las úlceras generalmente son superficiales con bordes irregulares con una base gris purulenta. Por lo general comprometen la mucosa y submucosa. Ocasionalmente pueden penetrar el tejido muscular en las estructuras periesofágicas y aúnen en la tráquea formando una fistula.
- 2) **HIPERPLÁSICO**.- Se produce una respuesta fibrótica comprometiendo toda la pared esofágica y a veces el tejido mediastinal formando como consecuencia una estrechez. Proximal al estrechamiento se observan pequeñas úlceras contenidas tuberculosas.

- 3) **GRANULAR**.- Es la más rara. Consiste de numerosos gránulos pequeños de color grisáceo que pueden ser verrucosos y engrosados y que en ocasiones pueden ulcerarse.

BIBLIOGRAFÍA

1. ESTREMA DOYRO, O., LLAZA, E. Tuberculosis intestinal: Aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos. *Rev Gastroenterol Per* 1984; 4: 104-112
2. CHAHUD, A., ZEGARRA, A., CAPCHA, R. Y col. Tuberculosis digestiva. *Rev Gastroenterol Per* 1986; 6: 13-26
3. IWAKI, R. BUSSALLEU, A. Tuberculosis gastrointestinal y peritoneal. *Rev Gastroenterol Per* 1994; 14:99-113
4. SOTELO, B., VILLALTA, G., CALLER, A. Y col. Tuberculosis abdominal. Estudio retrospectivo de 28 casos en el Hospital Arzobispo Loayza. *Rev Gastroenterol Per* 1985; 5:74-80
5. HINOJOSA, W., SNCHEZ, L., ESPINOZA, R. y col. Tuberculosis gástrica. *Rev Gastroenterol Per* 1985; 5:128-133
6. CELESTINO, A. Tuberculosis gastrointestinal. *Rev Gastroenterol Per* 1997; 17 supl (1): S67-S74
7. CHAHUD, A. Tuberculosis digestiva. *Rev Gastroenterol Per* 1991; 11:71-88
8. YRIBERRY, S., CERVERA, Z., SORIANO, C. y col. Tuberculosis digestiva en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM): Un estudio retrospectivo de 5 años (1993-1998). *Rev Gastroenterol Per* 1998; 18:238-249
9. VALDIVIA, M. Tuberculosis digestiva. *Rev Gastroenterol Per* 1996; supl (1) S40-S43
10. CHAVEZ, M. LOZANO, A., MORENO, C. y col. Tuberculosis esofágica, gástrica y duodenal. Reporte de 2 casos. *Rev Gastroenterol Per* 1998; 18:63-67
11. LOCKARD, LB Esophageal tuberculosis; a critical review. *Laryngoscope* 1913; 23:561
12. HINOJOSA, E., MEZA, C., CORRAL, A. y col. Tuberculosis primaria del esófago. *Rev Med Hosp Gen Mex* 1982; 45:178-180
13. SEIVEWRIGHT N. FEEHALLY J., WICKS A.C.B. Primary tuberculosis of the esophagus. *Am J Gastroenterol* 1984;79:842
14. ENG, J., SABANATHAN, S. Tuberculosis of the esophagus. *Digest Dis Sci* 1991; 36:536
15. MONIG, S., SCHMIDT, R., WOLTERS V., KRUE B. Esophageal tuberculosis: A differential diagnostic challenge. *Am J Gastroenterol* 1995; 90:153-154
16. MOORE T. Esophageal obstruction due to mediastinal granuloma. *J thorac Surg* 1959; 37:127.
17. KRAMER, P Infections of the esophagus. En Bockus, H. *Gastroenterology* Third edition vol. 1 : W.B. Saunders Company LTD., 1974: 329-338.