

Tuberculosis esofágica en paciente inmunocompetente

A. Gómez Cedenilla^a, C. Garrido Durán^a, A. Sansó Sureda^a, J.J. Torres^b y E. Canalejo Castrillejo^c

^aServicio de Medicina Interna-Digestivo. Fundación Hospital Manacor. Palma de Mallorca. ^bServicio de Anatomía Patológica. Fundación Hospital Manacor. Palma de Mallorca. ^cServicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Manacor. Palma de Mallorca. España.

RESUMEN

Un varón de 68 años con disfagia y adelgazamiento en los 3 meses precedentes mostró en el tránsito esofágico una estenosis extensa, sospechosa de neoplasia, que resultó ser una lesión inflamatoria granulomatosa, en cuyo cultivo se detectó *Mycobacterium tuberculosis*. La radiología de tórax demostró tuberculosis pulmonar.

Debe tenerse en cuenta la tuberculosis esofágica en pacientes con disfagia y tuberculosis pulmonar.

ESOPHAGEAL TUBERCULOSIS IN AN IMMUNOCOMPETENT PATIENT

We present the case of a 68-year-old man who presented dysphagia and weight loss over the previous three months. Esophageal transit showed extreme stenosis suspicious for neoplasia but which was revealed to be a granulomatous inflammatory lesion. Culture of the lesion revealed *Mycobacterium tuberculosis*. Chest x-ray showed pulmonary tuberculosis.

Esophageal tuberculosis should be considered in patients with dysphagia and pulmonary tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis esofágica es relativamente infrecuente, con una presentación del 0,14% en las autopsias de pacientes fallecidos por tuberculosis¹. La mayoría de los casos descritos en la bibliografía son secundarios a tuberculosis localizada en otros órganos, sobre todo pulmonar². Presentamos el caso de un paciente con tuberculosis pulmonar y esofágica cuya primera manifestación de la enfermedad derivó de la afectación esofágica, con presentación seudotumoral en la endoscopia. La histología fue determinante para el diagnóstico.

Correspondencia: Dra. A. Gómez Cedenilla.
Servicio de Endoscopia Digestiva. Hospital Fundación Manacor.
Ctra. Manacor-Alcudia, s/n. 07530 Manacor. Palma de Mallorca. España.

Recibido el 31-3-2003; aceptado para su publicación el 15-7-2003



Fig. 1. Esófagograma baritado en que se objetiva estenosis irregular con extensa lesión mucosa en el tercio distal esofágico.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Paciente varón de 68 años sin antecedentes familiares de interés y con antecedentes personales de tabaquismo y enolismo moderados, neumonía en la juventud y fiebre exantemática 10 años antes, que ingresó en nuestro centro por disfagia progresiva de 3 meses de evolución asociada a dolor retroesternal y epigástrico posprandial, con pérdida de 7 kg de peso sin anorexia. No refería fiebre, tos, expectoración, disnea ni otros síntomas reseñables. Aportaba tránsito esofagogastrroduodenal baritado solicitado ambulatoriamente que mostraba una extensa lesión mucosa estenosante en el tercio distal del esófago indicativa de neoplasia (fig. 1). En la exploración física se objetivaba buen estado general, con presión arterial de 110/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 80 lat/min y temperatura de 36 °C. La auscultación cardiopulmonar y la exploración abdominal eran normales. No se palpaban adenopatías significativas.

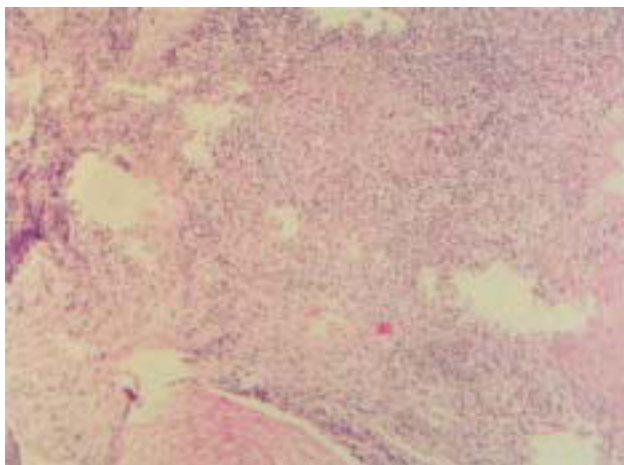


Fig. 2. Granuloma necrosante 10 x (hematoxilina-eosina).

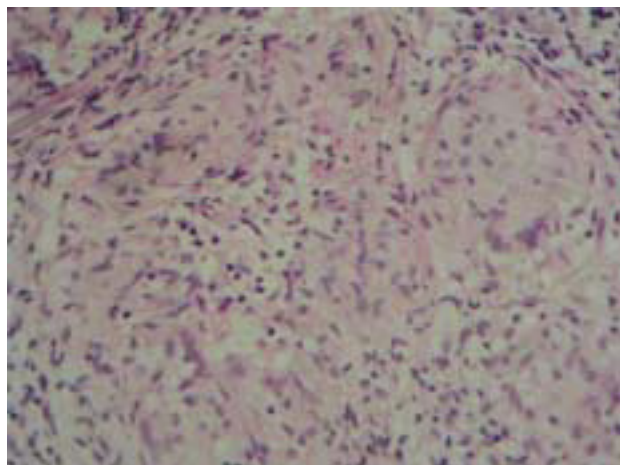


Fig. 3. Granuloma necrosante 40 x (hematoxilina-eosina).

Las pruebas de laboratorio mostraban hemograma, bioquímica y coagulación normales, con Mantoux y serología para el virus de la inmunodeficiencia humana negativos.

Se realizó una esofagogastroscoopia que objetivó, en el tercio distal del esófago, mucosa ulcerada en toda la circunferencia esofágica, con fibrina y mamelones rígidos, y hemorragia abundante al biopsiar; la impresión era de neoplasia esofágica. El informe anatomopatológico fue de esofagitis granulomatosa necrosante (figs. 2 y 3). En el cultivo de la biopsia esofágica y de jugo gástrico se aisló *Mycobacterium tuberculosis*.

En la radiografía de tórax se observaba un patrón intersticial reticulonodular bilateral y en la tomografía axial computarizada torácica se evidenciaba la existencia de múltiples nódulos en los lóbulos superiores y alguna lesión cavitada aislada de pequeño tamaño (fig. 4).

Se inició tratamiento antituberculoso con isoniácida, rifampicina y pirazinamida, con mejoría clínica progresiva, y se mantuvo durante 9 meses. A los 6 meses de iniciar el tratamiento se realizó una endoscopia de control que mostró la práctica resolución de las lesiones con biopsias y cultivo negativos.

Transcurridos 18 meses desde el ingreso el paciente consultó de nuevo por disfagia. Tanto en el tránsito baritado como en el estudio endoscópico se confirmó la existencia de una estenosis distal de aspecto benigno; en las biopsias no se observaban granulomas y el cultivo era negativo. Se realizaron 2 dilataciones con dilatador de Savary, la primera hasta el número 12 y la segunda hasta el 14 con 30 días de diferencia, con lo que se logró la resolución de la estenosis cicatrizal. Actualmente el paciente se encuentra asintomático.

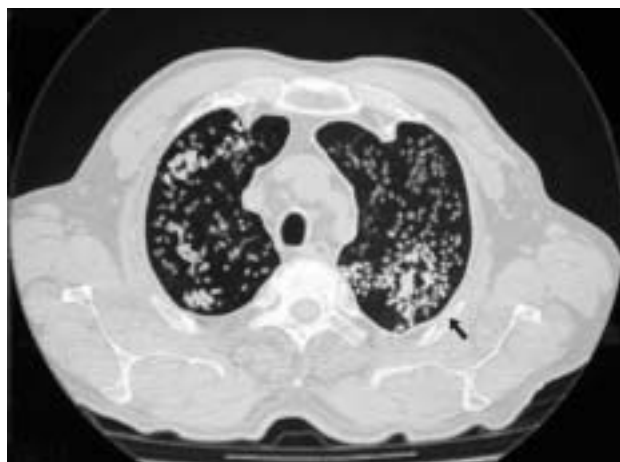


Fig. 4. TAC torácico: Corte axial a la altura de ambos lóbulos superiores que muestra múltiples nódulos centrilobulares y peribronquiales bilaterales.

DISCUSIÓN

A lo largo del pasado siglo se observó un declive progresivo de la incidencia de tuberculosis en países industrializados, pero en los últimos años se ha visto incrementada de nuevo como enfermedad asociada al sida.

La afectación gastrointestinal en la tuberculosis es rara, y es la sexta localización extrapulmonar más frecuente de la enfermedad. La afectación esofágica se ha comprobado en el 0,14% de las necropsias de pacientes fallecidos por tuberculosis¹. La mayoría de los casos de esofagitis tuberculosa son secundarios a la afectación de otros órganos, sobre todo mediastino y pulmón³, pero también ocurre por extensión local a partir de enfermedad laríngea o faríngea, a través de la formación de fístulas broncoesofágicas, en pacientes con enfermedad de Pott y por diseminación hematógena en la tuberculosis miliar⁴. En ausencia de enfermedad en otros órganos, la esofagitis tuberculosa se considera primaria, y hasta la fecha son muy pocos los casos descritos que cumplen dicho criterio⁵.

La presentación clínica más frecuente de la esofagitis tuberculosa es la disfagia, que en la mayoría de los casos se debe a la afectación intrínseca del esófago por la enfermedad, sobre todo del tercio medio a nivel de la carina, pero también a compresión extrínseca por adenopatías mediastínicas y, en fases más avanzadas, a fibrosis mediastínica⁶. Otros síntomas descritos son odinofagia, dolor epigástrico, fiebre y pérdida de peso con o sin anorexia. Se han observado complicaciones como fístulas traqueo-esofágicas, broncoesofágicas y del espacio pleural, fístula aortoesofágica y hemorragia por úlceras tuberculosas⁷. La lesión endoscópica se presenta en forma de úlceras lineales con fondo fibrinoso y bordes sobreelevados entre áreas de mucosa normal, o puede adoptar un forma pseudotumoral con presencia de mamelones mucosos friables que protruyen en la luz, lo que explica que estos casos sean fácilmente informados como neoplasia por el endoscopista^{2,8}.

El diagnóstico definitivo vendrá determinado por la presencia de granulomas en la biopsia esofágica, y funda-

mentalmente por el crecimiento de *M. tuberculosis* en el cultivo. Es imprescindible realizar biopsia, citología y aspirado de jugo gástrico para obtener un diagnóstico anatómico y microbiológico².

Se ha comprobado la efectividad del tratamiento de la esofagitis tuberculosa con fármacos antimicobacterianos, con los que los síntomas desaparecen al mes o a los 2 meses del inicio y que deben mantenerse al menos hasta 9 meses^{5,8} para asegurar la curación completa. Se recomienda la asociación con corticoides para prevenir la estenosis cicatrizal, que puede aparecer tras la resolución del proceso⁹, como sucedió en el caso que presentamos.

La esofagitis tuberculosa debe sospecharse en pacientes con tuberculosis pulmonar o sistémica que desarrollan disfagia u odinofagia, en pacientes inmunodeprimidos con disfagia y presencia de úlceras lineales o mamelones eritematosos en la endoscopia, y en pacientes inmunocompetentes con clínica esofágica y antecedentes de exposición a la enfermedad¹⁰.

Nuestro caso es el de un paciente inmunocompetente en el que no se encontró exposición de riesgo y que presentaba tuberculosis pulmonar y esofágica. Esta última fue la que determinó la consulta al especialista por la clínica de disfagia que desarrolló de forma secundaria a la presentación seudotumoral de la enfermedad. La imagen endoscópica fue indicativa de neoplasia, y fue el resultado de la biopsia, que evidenció esofagitis granulomatosa necrosante, lo que reorientó el diagnóstico a enfermedad tuberculosa, por lo que se realizó una segunda toma de muestras y de jugo gástrico para cultivo, que fue positivo para *M. tuberculosis*. Nuestro propósito es resaltar la importancia del diagnóstico diferencial entre ambas entidades,

la neoplasia y la tuberculosis esofágica, ante una imagen endoscópica muy similar, y de considerar la posibilidad de la segunda sobre todo en pacientes inmunodeprimidos o inmunocompetentes expuestos. En todo caso, será la histología la prueba diagnóstica definitiva con independencia del aspecto endoscópico de la lesión. En nuestro caso, el hallazgo de granulomas necrosantes en la biopsia fue lo que permitió replantear el diagnóstico y, en consecuencia, la actitud terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lockard LB. Esophageal tuberculosis: a critical review. *Laryngoscope* 1913;23:561-84.
2. Jain FACC, Jain S, Jain M, Yaduvauski A. Esophageal tuberculosis: is it so rare? Report of 12 cases and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 2002;97:287-91.
3. Rosario MT, Raso CL, Gomer GM. Esophageal tuberculosis. *Digest Dis Sci* 1989;34:1281-4.
4. Pelemans W, Hellemans J. Tuberculosis of the esophagus. *Diseases of the esophagus* 1974;553-555.
5. Seivewright N, Frehally J, Wicks ACB. Primary tuberculosis of the esophagus. *Am J Gastroenterol* 1984;79:842-3.
6. Ramakanthan R, Shah R. Dysphagia due to mediastinal fibrosis in advanced pulmonary tuberculosis. *AJR Am J Roentgenol* 1990;154:61-3.
7. Newman RM, Fleshner PR, Lajam FE, Kim U. Esophageal tuberculosis. A rare presentation with hematemeses. *Am J Gastroenterol* 1991;86:751-5.
8. Laajam MA. Primary tuberculosis of esophagus: pseudotumoral presentation. *Am J Gastroenterol* 1984;79:839-41.
9. Karras P, Srinath M, Smith R, Smith M. Esophageal tuberculosis. *Digest Dis Sci* 1999;44:725-7.
10. Sigurdarson S, Field F, Schlesinger L. Esophageal tuberculosis: a rare but not to be forgotten entity. *Am J Med* 2001;110:415-6.