



Figura 1. Inflamación pélvica involucrando recto, vagina y vejiga.

Se practicó desconexión recto-vaginal a nivel de la cloaca y resección recto-sigmaidea y del asa intestinal implicada. Anastomosis ileo-cecal, colostomía terminal izquierda y cierre a nivel de Douglas de la cloaca mediante epiploplastia.

Se comprobó el cierre vaginal y la ausencia de sintomatología a nivel rectal. Se consiguió la resolución de las ITUS y la cicatrización de la úlcera. La anemia también evolucionó espontáneamente de forma satisfactoria. Al alta, la paciente continua siendo independiente para las ABVD y sin deterioro cognitivo.

La prevalencia de la proctitis postrádica oscila entre el 5 y 10% para todos los estadios y la gravedad puede variar de leve a grave o potencialmente mortal. Es difícil determinar la evolución natural de la proctitis actínica, pero las complicaciones graves tienen mayor probabilidad de estar asociadas con estenosis, hemorragias y FRV.

En este caso estacan la coexistencia de 2 afecciones que alteran de forma importante la calidad de vida de la mujer que las padece, y que condicionan complicaciones importantes, fundamentalmente infecciosas¹.

Por un lado, incontinencia anal, después de la administración de radioterapia tras la histerectomía². Dicho tratamiento ocasionó una proctitis actínica, con reducción de la capacitancia rectal y distensibilidad, unido a afectación neurológica y esfinteriana. Todo esto contribuyó al desarrollo de una incontinencia fecal, asumida como «normal» y paliada mediante la utilización de pañales.

A esta alteración, se sumó una comunicación recto-vaginal, que incrementó de forma ostensible el «grado» de incontinencia, con manchado permanente, irritación perineal y provocación de una úlcera sacra, por acúmulo constante de heces en toda la zona.

La presencia de heces en la vagina condicionó las infecciones urinarias, episodios de sepsis y anemia crónica. El sangrado

descrito con anterioridad es atribuible a la reacción inflamatoria que provocaba la comunicación recto-vaginal y la proctitis existentes, y unido a la infección persistente, pueden explicar la anemia crónica objetivada.

Un simple tacto rectal evidenció una cloaca recto-vaginal, con paso permanente de heces líquidas a vagina y manchado constante.

Aunque tanto para la incontinencia fecal como para las FRV existen multitud de posibilidades terapéuticas, la decisión debe adoptarse de forma individualizada³⁻⁶.

Dada la edad de la paciente y las características locorregionales, se optó por realizar una colostomía terminal que excluyese el paso de las heces.

Durante la intervención se observó la inclusión de un asa de intestino delgado en todo el proceso inflamatorio, lo que explica la naturaleza líquida de las heces. Se practicó resección en bloque del asa de delgado, junto a recto y sigma, aislando de su comunicación vaginal.

Consideramos que, a pesar de la elevada prevalencia de la incontinencia anal en las personas de edad avanzada, debe prestársele la adecuada atención, valorarla íntegramente y ofrecerle la opción terapéutica más adecuada, muchas veces quirúrgica, que evite la desagradable situación que ocasiona, en cuanto a la calidad de vida¹ y las complicaciones sépticas, sobre todo si se sobreañade una FRV, aspecto a tener en cuenta en toda mujer sometida a radioterapia pélvica².

Bibliografía

- Markland AD, Greer WJ, Vogt A, Redden DT, Goode PS, Burgio KL, et al. Factors impacting quality of life in women fecal incontinence. Dis Colon Rectum. 2010;53:1148-54.
- Putta S, Andreyev HJ. Fecal incontinence: a late side-effect of pelvic radiotherapy. Clin Oncol (R Coll Radiol). 2005;17:469-77.
- Champagne BJ, McGee MF. Rectovaginal fistula. Surg Clin North Am. 2010;90:69-82.
- Rivadeneira DE, Ruffo B, Amrani S, Saliaris C. Rectovaginal fistulas: current surgical management. Clin Colon Rectal Surg. 2007;20:96-101.
- Cerdán J. Alternativas terapéuticas en la incontinencia anal. Rev Gastroenterol. 1999;1:444-61.
- Tan JJY, Chan M, Tjandra JJ. Evolving therapy for fecal incontinence. Dis Colon Rectum. 2007;50:1950-67.

Marta Vigara García ^{a,*}, Carlos Cerdán Santacruz ^b,
Pedro Gil Gregorio ^a y Javier Cerdán Miguel ^b

^a Servicio de Geriatría, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Servicio de Cirugía 2, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martavigara01@hotmail.com (M. Vigara García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.10.008>

Utilidad del QuantiFERON®-TB en la detección de tuberculosis en el anciano. A propósito de un caso

The utility of QuantiFERON®-TB in the detection of tuberculosis in the elderly. A case report

Sr. Editor:

La tuberculosis se ha convertido en un importante problema de salud pública, con una incidencia y prevalencia que ha ido incrementándose en los últimos años. La población anciana sigue

constituyendo un reservorio importante de la enfermedad, y las manifestaciones frecuentemente atípicas de la enfermedad, junto con la dificultad en su detección o diagnóstico y el mayor riesgo de presentar toxicidad farmacológica son algunos de los problemas que aparecen ligados a la infección en el paciente de edad avanzada¹.

Presentamos el caso de una mujer de 84 años con antecedentes de HTA, hiperlipidemia y depresión reactiva, con reciente caída con traumatismo lumbar y acuñamiento L1, que ingresa en la unidad de agudos de geriatría partiendo de una excelente situación basal por un cuadro constitucional, deterioro funcional y cognitivo, y dolor

en la cadera derecha. Se realizó TAC toracoabdominal en el que se objetivó un patrón pulmonar micronodular miliar difuso diseminado con adenopatías calcificadas y signos de espondilodiscitis T12-L1 con absceso de psoas. Se interpretó como probable tuberculosis diseminada y se realizaron 2 pruebas de Mantoux espaciados en 15 días siendo negativos, así como baciloscopía de esputos inducidos y en orina siendo también negativos. Dada la negatividad de las pruebas diagnósticas se realizó la prueba QuantiFERON®-TB a espera de los resultados de los cultivos (positivos), siendo altamente positiva (29,3 UI/ml). En este contexto de alta sospecha clínica y radiológica se inició tratamiento antituberculostático con buena tolerancia y mejoría progresiva tanto del cuadro constitucional y las imágenes radiológicas, como del deterioro cognitivo, funcional y del dolor.

Este caso descrito sirve para ilustrar la utilidad de las nuevas técnicas diagnósticas en los pacientes ancianos, habitualmente condicionados por su complejidad clínica. En más de la mitad de los casos de tuberculosis miliar, la prueba de la tuberculina es negativa y la sensibilidad de la baciloscopía en esputo no excede el 50%, retrasándose el diagnóstico y tratamiento en espera del resultado del cultivo¹. Durante los últimos 100 años, la prueba de la tuberculina (TBC) (Mantoux) ha constituido el método más utilizado en la práctica clínica para determinar la infección tuberculosa. Esta prueba mide la respuesta inmune celular retardada cutánea tras la administración de PPD (derivado proteico purificado de antígenos compartidos por varias micobacterias). Dicha prueba presenta ciertas limitaciones en el anciano ya que su negatividad no excluye la posibilidad de infección tuberculosa dada la disminución de la inmunidad celular retardada de base que presenta este grupo poblacional, siendo frecuente el efecto *booster* (segunda prueba de tuberculina positiva a los 7 días).

En los últimos años se han aprobado nuevos métodos diagnósticos basados en la cuantificación *in vitro* de la respuesta inmune celular denominados *Interferon-Gamma Release Assays* (IGRA). Estos métodos detectan la liberación de interferón-γ en respuesta a los antígenos micobacterianos tuberculosos. En la actualidad existen 3 métodos IGRA comercializados: QuantiFERON®-TB Gold In-Tube (el más utilizado actualmente), QuantiFERON®-TB-Gold Tests y T-SPOT TBs^{1–9}. Dichos métodos han demostrado mayor especificidad con respecto a la TBC en el diagnóstico de infección tuberculosa latente o activa y una mayor sensibilidad diagnóstica en poblaciones de baja incidencia de tuberculosis^{1–3}. Sin embargo, aunque los IGRA muestran una mayor capacidad predictiva que la TBC en el desarrollo de tuberculosis activa, esta capacidad sigue siendo baja (8–15% en 24 meses)^{3,4}.

Los estudios realizados sobre la utilidad de estos métodos en la detección de la infección en el anciano son escasos. Kobashi et al.⁵ en un estudio realizado sobre 30 ancianos con tuberculosis activa, objetivaron una mayor sensibilidad del QuantiFERON®-TB (77%) con respecto a la TBC (27%), siendo esta diferencia mayor que la de los jóvenes (QuantiFERON®-TB 87% versus TBC 70%).

La utilización de los IGRA ha sido aprobada en diferentes países y guías de consenso para el diagnóstico de la infección

tuberculosa latente, complementario o en sustitución a la TBC. La mayor parte de las guías, proponen un algoritmo para su utilización en combinación con la TBC cuando esta es negativa, o en aquellos vacunados de tuberculosis^{6,8,9}. Por otra parte, indican que los IGRA no deben reemplazar el estándar de diagnóstico de la tuberculosis activa (TBC, pruebas radiológicas, baciloscopía, cultivo, PCR) por su baja especificidad. Sin embargo, basándonos en una evidencia limitada^{6–8} en ciertas situaciones clínicas como la tuberculosis (extrapulmonar y pulmonar) con baciloscopía negativa y pacientes inmunocomprometidos en los que la TBC es frecuentemente negativa, los IGRA podrían contribuir con información adicional como parte del estudio diagnóstico en la tuberculosis activa en espera de otros resultados. En nuestro caso, facilitó las decisiones terapéuticas en un contexto de incertidumbre diagnóstica.

Bibliografía

- González-Martín J, García-García M, Anibarro L, Vidal R, Esteban J, Blanquer R, et al. Documento de consenso sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. Arch Bronconeumol. 2010;46: 255–74.
- Sandhu G, Battaglia F, Ely BK, Athanasakis D, Montoya R, Valencia T, et al. Discriminating active from latent tuberculosis in patients presenting to community clinics. PLoS One. 2012;7:e38080.
- Diel R, Goletti D, Ferrara G, Bothamley G, Cirillo D, Kampmann B, et al. Interferon-γ release assays for the diagnosis of latent *Mycobacterium tuberculosis* infection: a systematic review and meta-analysis. Eur Respir J. 2011;37: 88–99.
- Wallis RS, Pai M, Menzies D, Doherty TM, Walzl G, Perkins MD, et al. Biomarkers and diagnostics for tuberculosis: progress, needs, and translation into practice. Lancet. 2010;375:1920–37.
- Kobashi Y, Mouri K, Yagi S, Obase Y, Miyashita N, Okimoto N, et al. Clinical utility of the QuantiFERON TB-2G test for elderly patients with active tuberculosis. Chest. 2008;133:1196–202.
- Denkinger CM, Dheda K, Pai M. Guidelines on interferon-γ release assays for tuberculosis infection: concordance, discordance or confusion? Clin Microbiol Infect. 2011;17:806–14.
- García-Gasalla M, Fernández-Baca V, Mir-Viladrich I, Cifuentes-Luna C, Campins-Roselló A, Payeras-Cifre A, et al. Valor de QuantiFERON-TBGold Test in Tube en el diagnóstico de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. Enferm Infect Microbiol Clin. 2010;28:685–9.
- European Center for Disease Prevention and Control. Use of interferon-gamma release assays in support of TB diagnosis. Stockholm. 2011 [consultado 18 Mar 2011]. Disponible en: http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_GULIGRA.pdf
- World Health Organization. Strategic and Technical Advisory Group (STAG-TB). 2010. Report of the 10th Meeting [consultado 18 Mar 2011]. Disponible en: http://www.who.int/tb/advisory_bodies/stag_tb_report_2010.pdf

Francisco Úriz Otano ^{a,*}
y Nicolás Martínez Velilla ^b

^a Unidad de Ortopediatría, Servicio de Geriatría, Hospital San Juan de Dios, Pamplona, Navarra, España

^b Unidad de Agudos, Servicio de Geriatría, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pachiuriz@orange.es (F. Úriz Otano).