

# VASCULITIS COLÓNICA Y TUBERCULOSIS INTESTINAL ASOCIADOS A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

Fernando Palacios S.\*, Alejandro Yabar B.\*\*\*, Iván Montano\*\*, Simón Yriberri\*\*\*

## RESUMEN

Las manifestaciones gastroenterológicas del Lupus Eritematoso Sistémico (LES) se presentan en el 50% de los pacientes. Suelen ser consecuencia de la enfermedad misma o de su tratamiento. Se presenta el caso de una mujer joven con LES, con vasculitis colónica y tuberculosis intestinal, y la ocurrencia poco frecuente de hemorragia digestiva baja.

**Palabras clave:** vasculitis colónica, tuberculosis intestinal, lupus eritematoso.

## SUMMARY

The gastrointestinal disorders of Systemic Lupus Erythematosus (SLE) occur in the 50% of the patients. They are consequence of the illness or its treatment. We describe a case of a young woman with SLE, colonic vasculitis and intestinal tuberculosis, and the rare occurrence of lower gastrointestinal hemorrhage.

**Key words:** Colonic vasculitis, tuberculosis intestinal, eritematous lupus

## INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune que puede comprometer distintos órganos y sistemas. Las manifestaciones gastrointestinales en el lupus eritematoso sistémico se presentan en el 40-50%, siendo raramente las manifestaciones iniciales de la enfermedad (3,4,5). Puede afectarse cualquier segmento del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano, además el hígado, páncreas y vías biliares (1,5).

Dos mecanismos patogénicos principales están implicados en la afectación gastrointestinal en el LES. El primero está en relación con la enfermedad misma y mecanismos autoinmunes, que llevan a vasculopatía de distinto grado. El segundo está en relación con el tratamiento habitual del LES, es decir corticoides y otras drogas inmunosupresoras. (1,4)

La vasculitis en el aparato digestivo puede producir desde cuadros que amenazan la vida, como la pancreatitis aguda o la isquemia mesentérica, hasta simples trastornos de la motilidad. Estas manifestaciones dependen del calibre de los vasos afectados, por eso es que la vasculitis se clasifica en función a esta característica. La vasculitis del LES afecta típicamente vasos pequeños y medianos. El compromiso de los vasos pequeños, tales como las arteriolas intramurales, puede llevar a isquemia en parches, focos de infarto, zonas de ulceración y riesgo de

perforación. En ocasiones los vasos afectados pueden dilatarse a manera de aneurismas, llevando a hemorragia intramural y eventualmente a la luz intestinal. La afectación de los vasos de mediano calibre, como las arterias viscerales, puede producir pancreatitis o colecistitis, entre otros. (1,3)

Las complicaciones que resultan del tratamiento del lupus, se deben al estado de inmunodepresión, especialmente celular, exacerbado por corticoides y otras drogas. Esto lleva a un riesgo incrementado de infecciones gastrointestinales por virus y hongos. También está incrementado el riesgo de otras infecciones tales como la tuberculosis, la infección por yersinia, etc. (1,4,5)

Nosotros presentamos el caso de una paciente con complicaciones derivadas tanto de la enfermedad misma, como de su tratamiento, con ocurrencia poco frecuente de hemorragia digestiva baja.

## REPORTE DEL CASO

Se presenta el caso de una mujer de 22 años, natural y procedente de Piura, quien padece de lupus eritematoso sistémico, en tratamiento con corticoides. Tiene el antecedente de insuficiencia renal crónica terminal, por lo que se dializa tres veces a la semana; pancreatitis aguda en dos oportunidades en el último año; hepatitis B y C recientemente adquiridas y; neumonía con derrame pleural izquierdo en dos ocasiones en el presente año. Esta paciente es admitida por presentar fiebre, odinofagia y tos productiva, y al examen físico, crepitantes en base izquierda, por lo que se considera la posibilidad de una nueva neumonía, iniciándose tratamiento antibiótico con cefuroxima. Previamente se realizó una fibrobroncoscopia, tomándose muestras para cultivos, los cuales fueron negativos para gérmenes comunes.

Durante su hospitalización, la paciente presenta hematoquezia en poca cantidad, por lo que se le efectúa una colonoscopia, observándose edema de los 60cm distales del colon y una lesión ulcerada en ángulo hepático, de aproximadamente 12 mm de diámetro, de bordes elevados, centro cubierto por fibrina blanquecina, limpia, friable. No se puede avanzar más el colonoscopio por espasticidad de colon ascendente. Se tomo biopsia de la úlcera, observándose necrosis fibrinoide de la pared de vasos de pequeño calibre. (figura 3)

En vista del resultado de la biopsia endoscópica y además considerando los resultados de otros exámenes auxiliares (tabla 1), algunos de los cuales estaban en relación con actividad del LES, se decide iniciar tratamiento con pulsos de metilprednisolona, con una respuesta inicial favorable.

\* Médico Residente. Departamento del Aparato Digestivo. HNERM.  
\*\* Médico Patólogo Asistente. Departamento de Anatomía patológica. HNERM.  
\*\*\* Médico Asistente. Departamento del Aparato Digestivo. HNERM.

TABLA 1

|                          |
|--------------------------|
| Leucocitos: 2100         |
| Linfocitos: 150          |
| Hemoglobina: 9.5         |
| Plaquetas: 120000        |
| VSG: 56 mm/h Glucosa: 91 |
| Urea: 30                 |
| Creatinina: 2.2          |
| Albumina: 2.3            |

Posteriormente la paciente presenta una nueva hematoquezia, esta vez masiva, con descompensación hemodinámica, y caída del hematocrito de 29% a 14%, por lo que fue operada, efectuándose una colectomía derecha, ampliada a transverso, con ileo-transverso anastomosis laterolateral. La pieza quirúrgica fue enviada a Anatomía Patológica, describiéndose mucosa edematosa del colon, con presencia de lesiones ulceradas irregulares (figura 1). Microscópicamente se ven lesiones granulomatosas, con células gigantes multinucleadas de Langhans (figura 2) y tejido inflamatorio con fibrosis y necrosis fibrinoide la pared de los vasos de pequeño calibre (figura 3).

Coincidiendo con el resultado de Patología se recibe el informe de cultivo de secreción bronquial para BK a los 20 días, el cual fue positivo. En vista de la imposibilidad de administración oral de medicamentos, se inició tratamiento de la tuberculosis con un esquema alternativo parenteral. Sin embargo la evolución posterior fue mala, presentando dehiscencia de anastomosis, peritonitis, shock séptico y finalmente fallece.

## DISCUSIÓN

El presente caso clínico, nos muestra una paciente con lupus eritematoso sistémico, con algunas manifestaciones gastrointestinales, relacionadas tanto con su enfermedad, como con el tratamiento de la misma. El LES es una enfermedad autoinmune, que a través del depósito de complejos inmunes en la pared de los vasos, desarrolla vasculitis, generalmente de vasos pequeños y medianos, siendo este el mecanismo patogénico que explicaría parte de las alteraciones observadas en esta paciente (1,3,4,5). Recordemos que la vasculitis puede producir isquemia. La vasculitis de vasos de mediano calibre podría explicar los cuadros de pancreatitis aguda que presentó esta paciente, así como el mayor riesgo de isquemia mesentérica (10). La vasculitis de vasos pequeños podría explicar, a través de la secuencia de isquemia, infarto, necrosis y esfacelación, algunas ulceraciones observadas en el colon de esta paciente (1,8,9).

Como ya se mencionó, hay otro grupo de manifestaciones gastrointestinales, asociadas con el tratamiento utilizado en el lupus. El empleo de corticoides y otras drogas inmunodepresoras, disminuyen aún más las defensas del organismo, lo que predispone al desarrollo de infecciones, como la tuberculosis, observada en nuestra paciente (1).

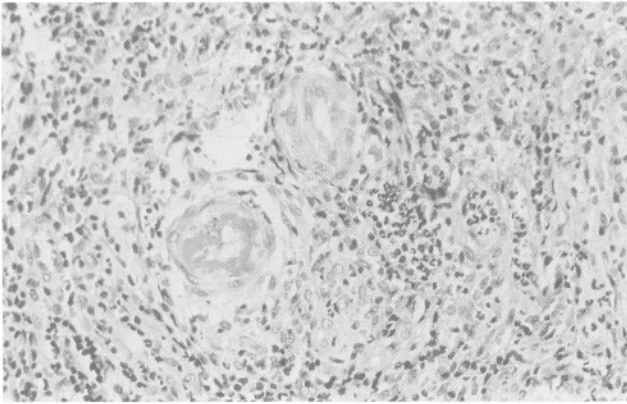
La tuberculosis es una patología frecuente en nuestro medio, y aunque la incidencia de la forma pulmonar, parece estar disminuyendo, la forma extrapulmonar está mas

bien en incremento. Los síntomas más frecuentes reportados en la tuberculosis digestiva son la baja de peso, diarrea crónica, dolor abdominal y fiebre (más del 70% de caos). Los signos más comunes son dolor abdominal, ascitis y caquexia, presentes en más del 50%. Es importante recalcar que nuestra paciente no tenía muchas de estas manifestaciones, debido probablemente al tratamiento con corticoides que recibía de forma habitual. Morfológicamente la tuberculosis digestiva puede ser peritoneal, intestinal o enteroperitoneal. El compromiso intestinal puede ser ulcerativo, hipertrófico o ulcerohipertrófico. En nuestra paciente se vió un compromiso ulcerativo, fundamentalmente del colon derecho, que es el que, acorde con la literatura, se afecta más frecuentemente, junto con el íleon terminal. (6,11)

La hemorragia digestiva baja que presentó la paciente en dos oportunidades, en una de ellas con hematoquezia masiva que la descompensó hemodinámicamente, podría explicarse por la vasculitis de pequeños vasos intramurales colónicos, con dilatación aneurismática de los mismos, y sangrado intramural y hacia la luz; y por la tuberculosis digestiva, con úlceras que erodan vasos intramurales. Sin embargo hay trabajos que señalan al sangrado digestivo, como una manifestación infrecuente de tuberculosis digestiva, como el efectuado por Yriberry S., et al, quienes en 58 casos de tuberculosis digestiva, no encontraron ningún caso de hemorragia digestiva baja (11). Por otro lado el sangrado que se describe en las vasculitis colónicas, suele ser de pequeña cantidad, por lo que es posible que en esta paciente hayan interactuado ambos factores.

## BIBLIOGRAFÍA

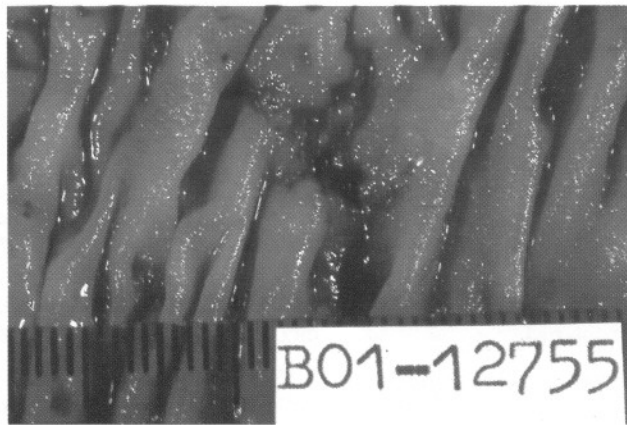
1. Marie Bailey MD, William Chapin MD, Harvey Licht MD, James Reynolds MD. The Effects of vasculitis on the gastrointestinal tract and liver. *En: Gastroenterology Clinics of North América. Gastrointestinal Disorders and systemic disease. Saunders Company. 1998; Vol 27, N°4.*
2. Mahboob Alikhan MD, O.W. Cummings MD, Douglas Rex MD. Subtotal colectomy in a patient with collagenous colitis associated with colonic carcinoma and Systemic Lupus Erythematosus. *American Journal of Gastroenterology. 1997; Vol 92, N°7.*
3. Michael Wallace MD, Michael Apstein MD. Gastrointestinal Manifestations of vasculitis. *En: UpToDate, march 7, 2001.*
4. Peter Schur MD. Gastrointestinal Manifestations of systemic lupus Erythematosus. *En: UpToDate, abril 10, 2001.*
5. Sultan SM, Loannou Y, Isenberg DA. A review of gastrointestinal manifestations of systemic lupus erythematosus. *Rheumatology. 1999; 38: 917.*
6. Louis Wong MD, Norman Marcon MD. Tuberculous enteritis. *En: UpToDate, october 6, 2000.*
7. Prus D, Eliakin R. Rectal ulcers: a rare gastrointestinal manifestation of systemic lupus erythematosus. *J. Clin Gastroent. 1999; 29 (2): 200-2.*
8. Reissman P, Weiss EG, Teoh TA, Lucas FV, Wexner SD. Gangrenous ischemic colitis of the rectum: a rare complication of systemic lupus erythematosus. *Am J Gastroent. 1994; 89 (12): 2234-6.*
9. Papa MZ, Shiloni E, McDonald MD. Total colonic necrosis: a catastrophic complication of SLE. *Dis Colon Rectum. 1986; 29 (9): 576-8.*
10. Zizic TM, Shulman LE, Stevens MB. Colonic perforations in SLE. *Medicine. 1975; 54 (5): 411-26.*
11. Simón Yriberry, Zenón Cervera, César Soriano, Oscar Frisancho, Alberto Machado, Eduardo Zumaeta. Tuberculosis Digestiva en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins: Un estudio retrospectivo de 5 años. *Rev Gastroent Peru. 1998; 18: 238-49.*



**FIGURA 1:** Se observa úlcera de bordes irregulares, con el eje mayor transversal al colon, fondo de úlcera con sangrado.



**FIGURA 2:** Fondo de úlcera con una lesión granulomatosa y células gigantes multinucleadas de Langhans.



**FIGURA 3:** Se observa tejido inflamatorio con fibrosis y una arteria con necrosis fibrinoide de la pared.