

TUBERCULOSIS ABDOMINAL EN PACIENTE CON VIH/SIDA

Abdominal Tuberculosis In A Patient With HIV/AIDS

Carlos Noé Cerrato Varela,¹ Karen Patricia Pineda²

¹Departamento de Medicina Interna, Sala C de Hombres, Hospital Escuela

²Postgrado de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Hospital Escuela

RESUMEN. Introducción. La tuberculosis abdominal cursa con un cuadro inespecífico, con difícil diagnóstico diferencial respecto a otras entidades de similar semiología. **Caso clínico.** Presentamos el caso de un varón que ingresa por dolor abdominal, pérdida progresiva y notoria de peso corporal y fiebre de un mes de evolución, al examen físico se encuentra masa abdominal de la cual se obtiene material denso-purulento que al Ziehl Neelsen demostró la presencia de bacilo alcohol ácido resistente. La prueba de VIH fue positiva. **Conclusión.** El caso ilustra una forma de presentación de la tuberculosis abdominal en paciente inmunosupreso. **Rev Med Hondur 2009;78(1):21-24.**

Palabras clave: tuberculosis, abdominal, inmunosupreso.

Las formas extrapulmonares de la tuberculosis (TB) se describieron por primera vez en 1804 en los escritos de Laennec.¹ El primer caso documentado data de 1843 y se trató de un caso de TB abdominal.¹ A principios del siglo XX, la tuberculosis era la primera causa de estenosis y obstrucción intestinal. Las mejoras higiénico-dietéticas y el tratamiento específico de la enfermedad redujeron la incidencia de tuberculosis en general, sin embargo la epidemia del VIH/SIDA favorece el incremento de formas extrapulmonares y severas de la tuberculosis.² Existen además otras condiciones epidemiológicas que favorecen la aparición de la enfermedad como la migración actual, urbanización y el deterioro de condiciones socioeconómicas.

Conocida como la "gran simuladora", la tuberculosis mimetiza una gran cantidad de padecimientos, y en su variante peritoneal puede comportarse clínicamente como cualquier otra enfermedad abdominal, ejemplo de ello la enfermedad de Chron, u otras enfermedades inflamatorias intestinales, cáncer, etc. De hecho, si no se sospecha, puede pasarse por alto o diferirse indefinidamente, lo cual repercute de forma significativa en las tasas de morbimortalidad por dicha afección. A continuación presentamos un caso de un paciente joven que ingresó para estudio por masa dolorosa de fosa ilíaca derecha y fiebre.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 34 años, soltero, alfabeto, católico, procedente del Municipio de Maraita, agricultor, quien ingresó en julio de 2009 a la sala Medicina C de Hombres, del Hospital Escuela. Su síntoma principal era dolor abdominal de un mes de evolución, localizado en cuadrante inferior derecho, de moderada a severa intensidad, intermitente, difuso, sin irradiación, sin atenuantes y exacerbantes acompañado de cambios alternos en la defecación (diarrea y estreñimiento).

También refirió fiebre no cuantificada, intermitente, con escalofríos, sin diaforesis, sin predominio de horario, síntoma que se

atenuaba con acetaminofén. De igual evolución presentaba pérdida involuntaria de peso, aproximadamente 5 a 10 kg, así como síntomas constitucionales tales como astenia, adinamia, hiperoxia, debilidad y malestar general. Hacía una semana que presentaba diarrea sanguinolenta, de 2 a 3 episodios al día, sin moco. Negó hematemesis, melena, tos, disnea, o síntomas urinarios.

En sus antecedentes personales se encontró alcoholismo (ingería 8 a 10 cervezas cada fin de semana). Negó hipertensión arterial, diabetes Mellitus, tabaquismo y consumo de otras drogas. Dentro de sus antecedentes epidemiológicos de importancia refirió haber tenido 3 parejas sexuales, actualmente sin vida sexual activa hacia 2 meses. Su Combe fue negativo. Negó transfusiones sanguíneas, antecedentes traumáticos, hospitalarios y quirúrgicos o inmuoalérgicos.

El examen físico reveló a paciente masculino en la cuarta década, lucido, orientado y consiente, con fascies de enfermedad crónica, en mal estado general, biotipo asténico, cooperador. Sus signos vitales: P/A: 100/70, FC: 96/min FR: 17/min P: 96/min T: 37° C, peso 53 Kg. De cabeza y ojos normales, pero sus conjuntivas estaban pálidas. El fondo de ojo no mostró alteraciones. Oídos, nariz y boca eran normales. No había anomalías en la evaluación cardiopulmonar. El examen abdominal reveló un abdomen plano sin circulación colateral, en donde se palpo masa en cuadrante inferior derecho de aprox. 7x 5 cm de diámetro, no dolorosa, no movable, de bordes irregulares, consistencia dura, sin auscultarse soplos, no se desplazaba con los movimientos o cambios de posición, temperatura igual al resto corporal. Se auscultaron doce ruidos intestinales por minuto, no se encontró rebote. No se detectó visceromegalias ni linfadenopatías. Los genitales sin anomalías. El tacto rectal mostró un esfínter de buen tono, heces café con estrillas sanguinolentas, no melena, no masas, próstata de tamaño y consistencia normal. Las extremidades eran normales y el examen neurológico fue normal.

Se efectuaron los siguientes exámenes: Hemograma con anemia por hemoglobina de 10.7 g/dL, hematocrito de 33.1 Vol%, VCM: 75.6 fL, HCM: 24.5pg, Plaquetas: 424,000/mm³, leucócitos normales. La química sanguínea mostró glicemia: 85 mg/dL, Bun: 12mg/dL, Creatinina: 0.9mg/dL, Na: 138meq/L, K: 5.1meq/L, Ca:7.8meq/L, P:

Recibido 04/01/2010, aceptado con modificaciones 25/04/2010

Correspondencia: Dra. Karen Pineda, Departamento de Medicina Interna, Sala C de Hombres, Hospital Escuela.

3.8meq/L, BT: 0.30mg/dL, bilirrubina directa 0.09mg/dL, TGO:28mg/dL, TGP:18mg/dL. El examen general de orina solo revelo proteínas 1+. El examen de heces con test de Guayaco negativo, sin parásitos ni apicomplexas, con Wright negativo. Los marcadores tumorales CA 19-9, alfa fetoproteína, PSA y ACE fueron negativos. El

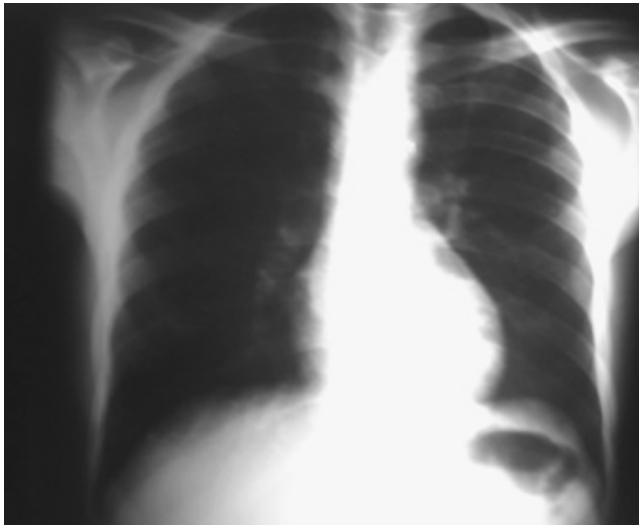


Figura 1. Radiografía PA de tórax normal.

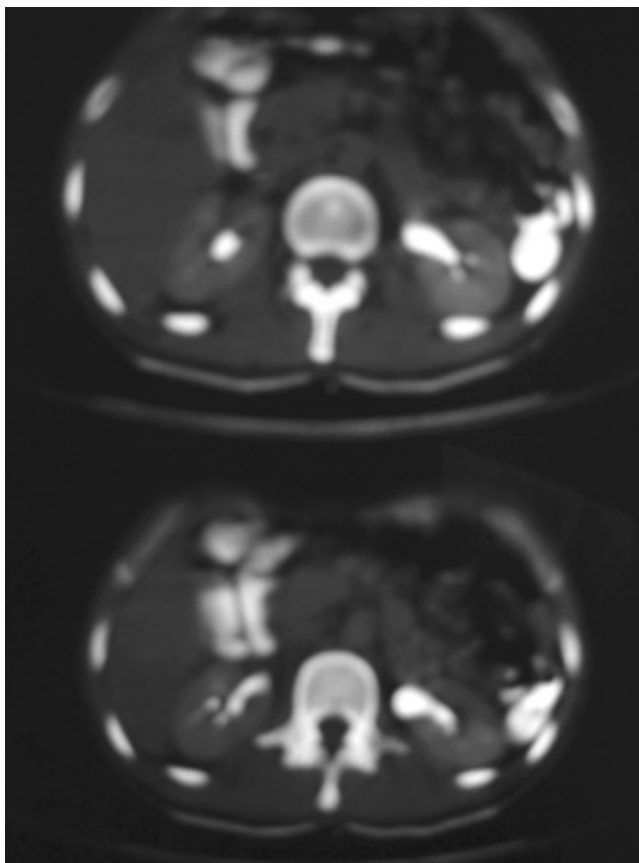


Figura 2. Tomografía de abdomen total mostrando masa de ubicación intraperitoneal a la altura del borde superior de L3, con aéreas hipodensas en su interior, infiltrando la masa del mesenterio y desplazando al intestino, adherida a la vena cava inferior además de adenopatías corregionales.

VDRL fue no reactivo pero la prueba de VIH fue positiva, el conteo de CD4 fue de 34/mm³.

El USG abdominal mostró en la región para umbilical derecha, varias imágenes anecoicas de las cuales se logró aspirar material denso-purulento aproximadamente 1.5 cc. No hay masa solida en dicha región. La radiografía posteroanterior de tórax fue normal (Figura 1). La tomografía de abdomen total (Figura 2) mostró una masa de ubicación intraperitoneal a la altura del borde superior de L3 la cual mide 60 x 45 mm de diámetro con aéreas hipodensas en su interior, infiltrando la masa del mesenterio y desplazando al intestino, adherida a la vena cava inferior y se ven adenopatías discretas corregionales. No había ascitis.

La tinción Ziehl Neelsen hecha al material aspirado reportó bacilos ácido alcohol resistentes. El cultivo de material aspirado mostró moderados polimorfonucleares y mononucleares. No hubo crecimiento de bacterias. Los diagnósticos finales fueron tuberculosis abdominal, VIH-SIDA, tiña pedis.

El paciente inició tratamiento con el esquema I para tratamiento de TB según las normas de la Secretaría de Salud Pública de Honduras, que consisten en dos meses con isoniacida 600 mg, rifampicina 300 mgs, pirazinamida 1500 mg y etambutol 1200 mg y 4 meses de 800 mg de isoniacida y 600 de rifampicina trisemanal. Además se agregó fluconazol 200 mg y se remitió al Centro de atención Integral (CAI) para tratamiento antirretroviral.

DISCUSIÓN

La tuberculosis abdominal es una entidad infrecuente, representando el 0,5% de los casos nuevos de tuberculosis y el 11% de las formas extrapulmonares,^{3,4} sin embargo ha aumentado su frecuencia por la aparición de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana,⁵⁻⁷ la aparición de resistencia a los fármacos antituberculosos y los cambios migratorios. En Honduras, a pesar de la disminución anual de la incidencia notificada y reportada por el Programa Nacional de control de la Tuberculosis, se observa que las formas extrapulmonares han aumentado los últimos años (Informe anual del Programa Nacional de control de la Tuberculosis. 2008. PNT. Secretaria de Salud. Honduras)

La tuberculosis abdominal es una enfermedad crónica, específica, producida por el complejo *Micobacterium tuberculosis*, y que generalmente se acompaña o es secundaria a tuberculosis pulmonar avanzada. En este paciente sin embargo, hubo ausencia de sintomatología respiratoria y de hallazgos radiológicos sugestivos de TB. Aunque la radiografía de tórax es altamente sensible (pero no específica) para descartar TB pulmonar, es conocido que en los pacientes VIH pueden padecerla y mostrar una radiografía normal,⁸ de manera que en pacientes VIH positivo con inmunosupresión severa una radiografía normal no excluye completamente la TB, si se está ante una persona VIH positiva ante síntomas respiratorios y/o de afección general como fiebre, pérdida de peso, sudoración nocturna, astenia y adinamia.

En la TB abdominal el *Micobacterium tuberculosis*, alcanza el tejido linfóide intestinal, localizándose frecuentemente en el íleon terminal, región yeyunoileal, ileocecal y/o peritoneo. Puede localizarse en cualquier órgano de la cavidad abdominal, siendo el más

frecuente el tracto gastrointestinal, seguido de los ganglios retroperitoneales. La clínica de presentación de estos pacientes suele ser confusa con episodios de dolor abdominal, distensión, diarrea, pérdida de peso, astenia y anorexia⁹ similar a los encontrados en nuestro paciente.

Los mecanismos de infección y producción de la enfermedad tuberculosa abdominal, incluyen: a) deglución del bacilo en el esputo de pacientes con TB pulmonar, b) la diseminación hematogénea de la TB pulmonar, miliar, o durante la silente primera infección, c) la ingestión de leche o sus productos, crudos, no pasteurizados, d) la extensión de órganos vecinos. Probablemente por la afinidad del bacilo tuberculoso por el tejido linfoide y por ser una zona de estasis fisiológica, la enfermedad es más frecuente en la región ileocecal y el íleon.¹⁰ El diagnóstico diferencial de la tuberculosis abdominal debe realizarse fundamentalmente con carcinomatosis peritoneal, mesotelioma peritoneal, peritonitis piogénica y hemoperitoneo.

La prueba de Ziehl Neelsen o tinción ácido alcohol resistente fue descrita por dos doctores alemanes: Franz Ziehl (1859-1929) microbiólogo y Friedrich Neelsen (1854-1894), patólogo. La tinción utiliza carbolfucsina, ácido alcohol y azul de metileno. Las micobacterias se tiñen de rojo, lo cual permite establecer la presunción diagnóstica. Tanto la baciloscopía como el cultivo del *Micobacterium tuberculosis* en medio Löwestein Jensen han sido y son el arma básica de diagnóstico.¹¹

El diagnóstico microbiológico es difícil en la tuberculosis abdominal, ya que la obtención de muestra requiere métodos invasivos para la obtención de tejido.¹² Los métodos diagnósticos más empleados son la obtención de material para realización de microbiología, tinción, cultivo y reacción en cadena de la polimerasa.¹³ La radiología puede sugerir el diagnóstico en especial en zonas de alta prevalencia de TB y de co-infección TB/VIH.

Mediante ultrasonografía podemos encontrar, como datos más característicos de TB peritoneal, un engrosamiento y nodularidad peritoneales y del omento, ascitis con septos finos y tractos incompletos de fibrina,^{14,15} al punto de que algunos autores creen que esta información puede incluso llegar a prevenir laparotomías innecesarias.¹⁶ La tomografía axial computarizada con su capacidad de proporcionar una visión global de las estructuras abdominales,

es la modalidad de imagen de elección para la evaluación de estos pacientes.¹⁷

El tratamiento antifímico es altamente efectivo para la forma intestinal. El tratamiento es similar al de la forma pulmonar. La adherencia terapéutica es el principal determinante del éxito del tratamiento. En los casos de co-infección se inicia primero el tratamiento antifímico y se retarda el tratamiento antirretroviral a fin de evitar el síndrome de reconstitución y la interacción medicamentosa. Dependiendo del estado de inmunidad de la persona puede retrasarse entre dos y ocho semanas el tratamiento antirretroviral, según las Normas de Atención del Paciente VIH/SIDA usadas en nuestro país.

La cirugía se reserva para aquellos casos con complicaciones como la perforación, los abscesos o fístulas, sangrado masivo o la obstrucción intestinal.¹⁸ La obstrucción intestinal es la complicación más frecuente. La obstrucción puede ser una complicación frecuente durante el inicio del tratamiento antifímico debido al proceso de cicatrización.

En conclusión el abordaje diagnóstico de un paciente VIH-SIDA con masa abdominal dolorosa y fiebre debe ser:

a) Anamnesis: fundamental en todos los pacientes y debería ser individualizada. La historia debe recoger datos acerca de su domicilio habitual, ocupación y profesiones anteriores,

b) Antecedentes personales-epidemiológicos: Se deberá prestar especial interés a los viajes recientes, la exposición a animales domésticos y la ingesta de agua, leche u otros alimentos no controlados sanitariamente, el ambiente de trabajo, el contacto reciente con personas que exhiben síntomas similares y las inmunizaciones,

c) Exploración física: detalle de los hallazgos abdominales (descripción de todos los parámetros de una masa),

d) Exámenes complementarios de primera línea ((hemograma completo, bioquímica completa, examen general de orina, examen general de heces, Radiografía de tórax y de abdomen, cultivo de esputo y baciloscopía si existen síntomas broncopulmonares, marcadores tumorales, coprocultivos),

e) Exámenes complementarios de segunda línea (PPD, Ultrasonografía abdominal, tomografía de Abdomen, endoscopia o colonoscopia con toma de biopsia), e) exámenes complementarios de tercera línea (resonancia magnética, biopsia a cielo abierto).

REFERENCIAS

- Rubio T, Gaztelu MT, Calvo A, Repiso M, Sarasibar H, Jiménez- Bermejo F. Tuberculosis abdominal. *Anales Sis San Navarra Pamplona* 2005; 28 (2):257-60.
- Trejo-López J, Salazar-Pérez C, Arizmendi-García H, Gonzales N. Tuberculosis del aparato digestivo: epidemiología y diagnóstico. *Med Int Méx* 1999; 15 (4):157-60.
- Alvarez S, McCabe WR. Extrapulmonary tuberculosis revisited: a review of experience at Boston City and other hospitals. *Medicine* 1984; 63: 25-55.
- Fernández Jorge MA, Alonso Mallo E, Lobato LA, Martínez Sánchez JM. Tuberculosis extrapulmonar: estudio retrospectivo de 107 casos. *An Med Interna* 1995; 12: 212-15.
- Canueto J, Bascuñana A, Vergara A, Torres M, Escibano JC, Sánchez Porto A et al. Características clínicas y evolutivas de la tuberculosis extrapulmonar/disenminada en los pacientes con SIDA. Estudio de 103 casos diagnosticados en la provincia de Cádiz. *Rev Clin Esp* 1994; 194: 87-97.
- Martínez Vázquez JM, Cabarcos A, Barrio E. Tuberculosis e infección por VIH: de la clínica a la prevención (Tercera de tres partes). *An Med Interna* 1997; 14: 363-68.
- Lado FL, Barrio E, Cabarcos A, Carballo E, Sánchez Leira J, Pérez del Molino ML et al. Tuberculosis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Presentación clínica y diagnóstico. *An Med Interna* 1998; 15: 415-20.
- Principios de Medicina Interna, Harrison; 17 Edición, Vol. I, Tuberculosis Cap 158, p1006-1020.
- Obstrucción colónica por tuberculosis peritoneal. *Rev Esp Enferm Dig (Madrid)* 2006; 98 (2):144-50.
- Alvarado C. Tuberculosis gastrointestinal. *Revista de Gastroenterología del Perú* 1997;17(Supl. 1).
- Solórzano R, Varela C. Métodos Diagnósticos en Tuberculosis, lo convencional y lo nuevo. *Rev Med Hondur* 2006; 74: 93-101.
- Kapoor V. Abdominal tuberculosis. *Medicine* 2005;31(5):112-14.
- Gan HT, Chen YQ, Ouayang Q, Bu H, Yang XY. Differentiation between intestinal tuberculosis and Chron's disease in endoscopic biopsy specimens by polymerase chain reaction. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 1446-51.

14. Akhan O, Demirkazic A, Gülekon N, Eryilmaz M, Unsal M, Besim A. Tuberculosis peritonitis: ultrasonic diagnosis. J Clin Ultrasound 1990; 18: 711-4.
15. Demirkazic FB, Akhan O, Ozmen MN, Akata D. US and CT findings in the diagnosis of tuberculous peritonitis. Acta Radiol 1996; 37: 17-20.
16. Tongsong T, Sukpan K, Wanapirak C, Sirichotiyakul S, Tongprasert F. Sonographic features of female pelvic tuberculous peritonitis. J Ultrasound Med 2007; 26: 77-82.
17. Suri S, Gupta S, Suri R. Computed tomography in abdominal tuberculosis. Br J Radiol 1999;72(853):92-8.
18. Fanlo, G. Tiberio, Tuberculosis Extrapulmonar, Anales Sis San Navarra 2007;30(Supl 2).

ABSTRACT. Introduccion. Abdominal tuberculosis usually presents with non-specific features or difficult differential diagnosis with other diseases that have similar semiology. **Clinical case.** We present the case of a male patient admitted with abdominal pain, progressive weight loss and fever during the last month. Physical examination showed an abdominal mass out of which a dense and purulent material was obtained, Ziehl Neelsen stain showed the presence of the tuberculosis alcohol acid resistant bacillus. HIV test was positive. **Conclusion.** The case illustrates one presentation form of abdominal tuberculosis in an immunosuppressed patient. **Rev Med Hondur 2010;78(1):21-24.**

Keywords: tuberculosis, abdominal, inmunosupresion

¿NO LE LLEGA LA REVISTA?

Por aspectos financieros, el tiraje de la revista es de sólo 4,000 ejemplares. Asegúrese de estar al día en sus cuotas de colegiación y de informar a las oficinas del Colegio Médico sobre su dirección exacta. Recuerde que en algunas regiones al interior del país, Ud. debe reclamar la revista en la oficina de la Delegación del Colegio.

FORMATO DE ACTUALIZACION DE DATOS

Nombre: _____ No. Colegiado: _____

Dirección para correspondencia: _____

Dirección de trabajo: _____

Tel. en residencia: _____ Tel. en trabajo: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Para confirmar que usted está en la lista de distribución de la revista comuníquese a las oficinas del Colegio Médico de Honduras:

Centro Comercial Centro América, Blvd. Miraflores, Tegucigalpa, Honduras.

Tel. 232-6763, 96050001, 231-0518, Fax 232-6573

Correo-E: cmhhon@yahoo.com