

Tuberculosis ganglionar y esplénica como manifestación inicial de infección por VIH

Lymph node and splenic tuberculosis as an initial manifestation of HIV infection.

Alberto Ramírez-Gil,¹ Luis Montiel-López²

Resumen

ANTECEDENTES: La tuberculosis esplénica es una afección rara y un reto diagnóstico porque no tiene manifestaciones específicas y la confirmación microbiológica no es directa; la tasa de tuberculosis esplénica se reportó de 8%, mientras que en la bibliografía como manifestación inicial de VIH es inusual.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 31 años con tuberculosis ganglionar y esplénica como manifestación inicial de infección por VIH, que inició con tos productiva, fiebre y diaforesis vespertina de dos semanas, acompañadas de adenomegalias cervicales. Por estudios de imagen se confirmó derrame pleural derecho, el bazo en fase contrastada se observó con múltiples lesiones focales redondas con reforzamiento perilesional. El estudio ELISA fue positivo para VIH y Western-Blot con resultado positivo, carga viral 213,081 copias/mL y conteo CD4 136 cel/mm³. La biopsia por escisión de ganglio cervical tuvo reporte histopatológico de linfadenitis granulomatosa crónica con necrosis caseosa. El paciente fue tratado con rifampicina/pirazinamida/etambutol/isoniazida (Dotbal®). Dos días después la fiebre, diaforesis y la tos desaparecieron.

CONCLUSIONES: Éste es uno de los pocos casos existentes en la bibliografía de tuberculosis ganglionar y esplénica en un paciente con VIH.

PALABRAS CLAVE: Tuberculosis; tuberculosis esplénica; infección por VIH.

Abstract

BACKGROUND: Splenic tuberculosis is a rare condition and a diagnostic challenge because the presentation of microbiological evidence is not direct, the tuberculosis rate is 8%, while in the literature as an initial manifestation of HIV is unusual.

CLINICAL CASE: A 31-year-old male patient with ganglionic and splenic tuberculosis as initial presentation of HIV infection, which began with sputum, 2-week evening fever and diaphoresis, accompanied by cervical lymphadenopathy, radiology and tomography confirmed the presence of right pleural effusion, the spleen in phase contrasted with multiple round focal lesions with perilesional reinforcement, ELISA was performed for HIV positive and Western Blot with positive result, viral load 213,081 copies/mL and CD4 count 136 cel/mm³. An excisional cervical ganglion biopsy was performed with a histopathological report of chronic granulomatous lymphadenitis, caseous necrosis. It was handled with Dotbal®. Two days after the fever, diaphoresis and cough disappeared.

CONCLUSIONS: This is one of the few cases available in the literature about lymph node and splenic tuberculosis in HIV.

KEYWORDS: Tuberculosis; Splenic tuberculosis; HIV infection.

¹ Residente de primer año de Medicina Interna.

² Departamento de Medicina Interna. Hospital General de Zona núm. 30, IMSS, Ciudad de México.

Recibido: 13 de junio 2019

Aceptado: 22 de julio 2019

Correspondencia

Luis Montiel López
dr.mont79@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Ramírez-Gil A, Montiel-López L. Tuberculosis ganglionar y esplénica como manifestación inicial de infección por VIH. Med Int Méx. 2020; 36 (6): 852-858.

<https://doi.org/10.24245/mim.v36i6.3259>

ANTECEDENTES

La tuberculosis es una enfermedad granulomatosa, de causa infecciosa, causada por *Mycobacterium tuberculosis*. En el decenio de 1980, después de un declive sostenido durante las últimas décadas, hubo incremento en la tasa de tuberculosis en los países industrializados que coincidió con el inicio de la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), motivo por el que según los lineamientos de la OMS, todos los pacientes con VIH que asisten a centros de terapia antirretroviral (ARV) deben ser examinados clínicamente para detectar síntomas de tuberculosis en cada consulta.¹

En 2014, de acuerdo con el Programa Nacional de Tuberculosis, se registraron 20,129 infecciones de tuberculosis en todas sus formas; 56.8% de ellas asociadas con alguna otra enfermedad. La infección por VIH representó más de 10%. Con base en las actividades de concordancia de casos entre el Programa Nacional de Tuberculosis y CENSIDA, en ese mismo año se encontraron 966 casos de tuberculosis en todas sus formas asociados con VIH dentro de la Secretaría de Salud; de ellos, 96.5% recibieron tratamiento antirretroviral. La entidad federativa con el mayor número de casos fue Baja California, con 132, seguido de Veracruz con 104.²

Desde el primer caso de tuberculosis esplénica descrita en la bibliografía en 1846 por Coley, hay pocos casos reportados en la bibliografía internacional. Aproximadamente 15 a 20% de todos los casos de tuberculosis son extrapulmonares; de éstos, 3 a 11% son abdominales, mientras que la tuberculosis esplénica se reporta en 8%.³ Se produce predominantemente en pacientes con VIH con recuentos de CD4 inferiores a 100/mm³.⁴

Según estadísticas de CENSIDA en 2014, México ocupó el segundo lugar en Latinoamérica en número de personas con VIH, con prevalencia

de VIH de 0.2% en la población de 15 a 49 años. El 95% de los casos de VIH son resultado de relaciones sexuales no protegidas, 2% se produjeron por vía sanguínea, 2% por transmisión perinatal y menos de 1% por uso de drogas inyectables. Las nuevas infecciones por el VIH han descendido en 46% desde el año 2000 (14,000 en 2000 a 7,500 en 2014). La tasa de mortalidad por SIDA es de 4.2 por 100,000 habitantes, es de 1.4 en mujeres y de 7.1 en hombres. Incluso 70% de los pacientes con tuberculosis e infección por virus de la inmunodeficiencia humana padecen una enfermedad extrapulmonar, la mayor parte de las veces con afectación renal, cerebral u osteoarticular.⁵ Por esto el daño extrapulmonar es más frecuente en hospederos inmunodeprimidos, lo que requiere una alta sospecha clínica, muchas veces se manifiesta como un cuadro de fiebre de origen a determinar.⁶ Asimismo, la tuberculosis esplénica es una afección rara y un reto diagnóstico porque no tiene manifestaciones específicas y la confirmación microbiológica no es directa.⁷ Es probable que sea mal diagnosticada como carcinoma de bazo, absceso esplénico, linfoma, fiebre reumática u otros. La tasa de diagnóstico erróneo es alta si no hay antecedentes de tuberculosis en otros órganos.⁸

Se han reportado casos en los que la asociación de tuberculosis esplénica y VIH puede conducir a esplenectomía por trombocitopenia persistente y requerir manejo en terapia intensiva.⁹ La rotura del bazo en una tuberculosis esplénica es extremadamente rara, aunque se han reportado pocos casos que terminan en esplenectomía, en estos casos el tratamiento conservador no es posible porque el bazo tiene un tejido friable y hay alto riesgo de recurrencia.¹⁰ En términos histológicos, la lesión típica es el granuloma caseificante, que se caracteriza por conglomerados formados por células epiteliales, monocitos, macrófagos, fibroblastos y células gigantes multinucleadas, en los que puede aislar el bacilo tuberculoso.⁶

Se comunica el caso de un hombre joven con derrame pleural en quien se diagnosticó tuberculosis ganglionar y esplénica como manifestación inicial de VIH, relación poco documentada entre dos enfermedades.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 31 años, obrero, heterosexual, originario y residente de la Ciudad de México; inicio de vida sexual activa a los 22 años, con cuatro parejas sexuales, sin conductas sexuales de riesgo aparente, uso de preservativo como método de planificación familiar; tabaquismo de 10 años de consumo, con índice tabáquico de 0.5 paquetes/año, suspendido cinco meses previos; etilismo ocasional sin llegar a la embriaguez; pérdida de 8 kg de peso en un mes, cuadro de salmonelosis un mes previo tratado con dos esquemas antibióticos diferentes.

Acudió al servicio de urgencias por padecer un cuadro de dos semanas que inició con dolor en la parrilla costal derecha, insidioso, de intensidad 3/10 de EVA, que aumentaba a la inspiración profunda, acompañado de tos con expectoración verdosa; se agregó fiebre cuantificada de 39°C, diaforesis vespertina, cinco días previos a su ingreso tuvo disnea súbita de medianos esfuerzos que evolucionó a pequeños esfuerzos y ortopnea.

A la exploración física se observó: consciente, orientado en las tres esferas, adenomegalia en la región submandibular izquierda de 1 cm, de consistencia dura, bien delimitada, móvil, no dolorosa a la palpación, otra adenomegalia a nivel yugular posterior izquierda de 1 cm, de las mismas características. Tórax: movimientos de amplexión y amplexación disminuidos en el hemitórax derecho, disminución de ruidos respiratorios en el hemitórax derecho, vibraciones vocales disminuidas en el hemitórax derecho, transmisión de la voz disminuida en la región

infraescapular derecha, matidez en la base derecha. Abdomen asigológico, extremidades íntegras.

La radiografía de tórax evidenció un derrame pleural derecho de 40% (**Figura 1**); se inició tratamiento con oxígeno suplementario, se realizó toma de cultivo para bacterias aerobias y anaerobias; se inició tratamiento antibiótico con levofloxacino, presentando reacción alérgica, por lo que se cambió el tratamiento por ceftriaxona más claritromicina; se realizó una toracocentesis diagnóstica y terapéutica, en la que se drenaron 1500 mL de líquido hemático y citológico de líquido pleural negativo a neoplasia, proteínas 5 g, glucosa 74 mg, LDH 711 U/L, sin observarse micobacterias en el líquido. La analítica sanguínea reportó: glucosa 87 mg/dL, nitrógeno ureico en sangre 9.30 mg/dL, urea 19 mg/dL, creatinina 0.6 mg/dL, sodio 136.3 mEq/L, potasio 4.3 mEq/L, cloro 103 mEq/L, bilirrubina total 0.26 mg/dL, bilirrubina directa 0.13 mg/dL, bilirrubina indirecta 0.13 mg/dL, AST 34 U/L, ALT 54 U/L, fosfatasa alcalina 296 U/L, DHL 398 U/L, proteínas totales 6 g/dL, albúmina 3.1 mg/dL, hemoglobina 9.7 g/dL, hematócrito 29.5%, leucocitos 3600/mm³, plaquetas 431,000/mm³, relación LDH pleura/



Figura 1. Radiografía de tórax.

suero: 1.7, relación proteínas pleura/suero: 0.8, compatible con exudado.

La tomografía de tórax y abdomen (**Figura 2**) evidenció derrame pleural derecho, atelectasia basal derecha, hígado de forma y contornos normales, el bazo en su sitio anatómico que mostraba densidad heterogénea y dimensiones aumentadas; en fase contrastada se observaron múltiples lesiones focales redondas con reforzamiento perilesional y adenomegalias periaórticas. La prueba de ELISA para VIH fue positiva, la serología para AgHBs negativa, HCV negativo, se solicitó prueba confirmatoria con Western Blot con resultado positivo para Ac Anti GP 160, 120, P68, P55, GP41, P34, P25, P18; tenía carga viral de 213,081 copias/mL y conteo CD4 de 136 cel/mm³. Se inició tratamiento con tenofovir/emtricitabina + efavirenz, se realizó biopsia por escisión de ganglio linfático supraclavicular derecho, con reporte histopatológico de linfadenitis crónica granulomatosa con necrosis caseosa; tras este reporte se solicitó determinación de baciloscopias seriadas en esputo, reportándose negativas, pero tras el reporte histopatológico del ganglio se decidió iniciar tratamiento antifímico con Dotbal® (rifampicina 150 mg, isoniazida 75 mg, pirazinamida 400 mg,

etambutol 300 mg). Dos días después la fiebre, la diaforesis y la tos disminuyeron. Cuatro meses posteriores al tratamiento el derrame pleural y el bazo (según estudio tomográfico) mostraron evidente alivio respecto al estudio inicial. Se reportó con carga viral indetectable a seis meses de iniciado el tratamiento antirretroviral (**Figuras 3 y 4**).

DISCUSIÓN

La tuberculosis, enfermedad que en décadas pasadas parecía controlada, en especial en países industrializados, cobró actualmente mayor fuerza por distintos factores, como migraciones poblacionales, enfermedades y tratamientos que conllevan inmunosupresión. En los últimos años la frecuencia de tuberculosis extrapulmonar se incrementó por diversos factores, como: mejoría en el diagnóstico, mayor número de pacientes inmunodeprimidos (infección por VIH) y otras condiciones.⁶

La tuberculosis ganglionar y esplénica puede ser una forma de manifestación inusual en un paciente con VIH, destacando como síntomas más frecuentes la pérdida de peso (23%), fiebre (24%), anorexia (16%), tos (13%), dolor abdo-



Figura 2. Tomografía computada de abdomen.

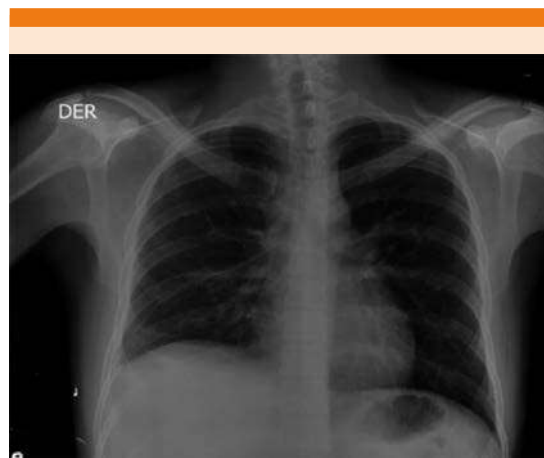


Figura 3. Radiografía de tórax posterior al tratamiento.

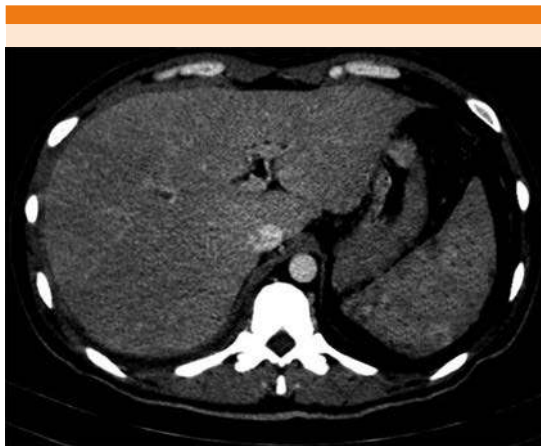


Figura 4. Tomografía computada de abdomen posterior al tratamiento.

minal (5%) y al examen físico esplenomegalia (23%), hepatomegalia (13%), adenomegalias cervicales (11%), ascitis (6%) y derrame pleural (5%).¹¹ En otras series se describen como síntomas más frecuentes la fiebre (82.3%), fatiga, pérdida de peso (44.12%) y esplenomegalia (13.2%),³ características que predominaban en el caso comunicado, a excepción del dolor abdominal, ascitis y hepatoesplenomegalia. Los ganglios más afectados son los laterocervicales, axilares y mediastínicos. Las adenopatías accesibles son inicialmente duras y dolorosas y posteriormente sufren un reblandecimiento.¹² Al involucrar sitios tan inaccesibles se requiere alta sospecha clínica, por lo que son útiles los antecedentes de contacto epidemiológico, tuberculosis previa, infección por VIH/SIDA u otro tipo de inmunodepresión (**Cuadro 1**).¹²

Cuadro 1. Manifestaciones clínicas más frecuentes según las diferentes series

Fiebre	24-82%
Anorexia	16-50%
Pérdida de peso	10-44%
Esplenomegalia	10-23%
Dolor abdominal	5-12%

El mecanismo patogénico implicado con más frecuencia en la aparición de tuberculosis en los sujetos infectados por el VIH es la reactivación endógena, aunque existe la posibilidad de la primoinfección e incluso de la reinfección exógena.¹² Puede ser por reactivación de focos de bacilemia primaria, propagación de tuberculosis pulmonar o tuberculosis primaria extrapulmonar. El principal mecanismo de diseminación es el hematógeno.⁶

El examen macroscópico del bazo muestra nódulos y las placas que se infiltran masivamente en el parénquima del bazo en un corte transversal tienen parecido al interior de una granada. El principal diagnóstico diferencial de este hallazgo macroscópico rara vez informado es la neoplasia esplénica, linfomas malignos o los carcinomas metastásicos, infartos, abscesos y granulomas de causa variable y, en áreas endémicas, melioidosis. El conocimiento del aspecto macroscópico de la tuberculosis esplénica podría guiar a los patólogos para que dictaminen el diagnóstico de tuberculosis diseminada sobre la base de patología macroscópica, especialmente en países con tuberculosis/VIH endémicos.¹³

Entre los estudios de imagen, el ultrasonido de bazo es un método diagnóstico no invasivo, cómodo, accesible, que puede ser de ayuda en el diagnóstico de tuberculosis esplénica y puede valorar la respuesta al tratamiento; además, podría ayudar a evitar el uso de la tomografía o procedimientos invasivos; sin embargo, esta técnica es dependiente del operador y tiene menos sensibilidad que la TAC, por tanto, debe hacerse la tomografía cuando haya duda en el diagnóstico. En una serie de 23 casos en la India publicada en 2007 por Sharma y colaboradores¹¹ se describieron como principales manifestaciones radiológicas de tuberculosis esplénica lesiones regulares hipoecogénicas en 43% descritas por ultrasonido y 35% por tomografía, seguidas por lesiones irregulares

anecoicas compatibles con absceso en 26% por ultrasonido y 35% por tomografía, por tanto, la tomografía axial computada es la prueba de mayor sensibilidad y especificidad diagnóstica, permitiendo visualizar lesiones regulares hipocogénicas, como en este caso. La sospecha diagnóstica requiere confirmación histológica mediante biopsia. Los granulomas caseificantes, BAAR y cultivo positivo son considerados patognomónicos de micobacterias (**Cuadro 2**).

Si bien en esta ocasión no pudo aislarse al bacilo, la rápida y favorable respuesta clínica y tomográfica a la terapia antifúngica permitió concluir que estábamos ante un caso de tuberculosis ganglionar y esplénica. Por tal motivo el diagnóstico no siempre requiere aislar el espécimen debido a que tanto la biopsia de bazo como la esplenectomía conllevan riesgo alto de complicación y la buena respuesta a la terapia antifúngica permitió evitar someter al paciente a un riesgo innecesario.¹⁴

CONCLUSIONES

La tuberculosis esplénica se considera una afección subdiagnosticada y en muchas ocasiones se confunde el diagnóstico con carcinoma

Cuadro 2. Criterios diagnósticos propuestos

1. Fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$
2. Anorexia y pérdida de peso
3. Esplenomegalia
4. Dolor abdominal
5. Inmunodepresión (VIH, diabetes mellitus, tratamiento inmunosupresor)
6. Prueba definitiva de tuberculosis*
7. Hallazgos radiográficos compatibles con tuberculosis esplénica**

* Baciloscopia positiva, granulomas con necrosis caseosa, PCR para tuberculosis, cultivo positivo.

** Ultrasonido con múltiples lesiones hipocogénicas en el bazo, tomografía computada con múltiples lesiones hipodensas en el bazo.

esplénico, absceso esplénico, linfoma, etc., por lo que su diagnóstico requiere alta sospecha clínica.

La confirmación diagnóstica requiere procedimientos invasivos, como la biopsia ganglionar, en esta ocasión fue determinante para llegar a la certeza diagnóstica, por tanto, la tasa de diagnóstico de tuberculosis esplénica es baja si no existe el antecedente de tuberculosis en cualquier otro órgano. Sin embargo, y a pesar de esto, la respuesta al tratamiento antifúngico fue buena y se logró alta tasa de remisión con baja reincidencia.

REFERENCIAS

1. Montales MT, Chaudhury A., Beebe A, Patil S, Patil N. HIV-associated TB syndemic: A growing clinical challenge worldwide. *Front Public Health* 2015; 3: 281. doi: 10.3389/fpubh.2015.00281
2. Uribe ZP, Magis RC, Villegas IL, Hernandez RJ y col. Dirección de Atención Integral. Panorama de la respuesta nacional al VIH, México: CENSIDA, Datos al 01.12.2015.
3. Lin AF, Zheng L, Zhou L. Solitary splenic tuberculosis: a case report and review of the literature. *World J Surg Oncol* 2016; 14: 154. doi: 10.1186/s12957-016-0905-6
4. Barone B, Kreuzig PL, Gusmão PM, Escalair FC, et al. Case report of lymph nodal, hepatic and splenic tuberculosis in an HIV-positive patient. *Braz J Infect Dis* 2006; 10: 149-153. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-86702006000200014>
5. Lee JY, Ji Yeon Lee. Diagnosis and treatment of extrapulmonary tuberculosis. *Tuberc Respir Dis* 2015; 78: 47-55. doi: 10.4046/trd.2015.78.2.47
6. Velásquez JM, Szigethi M, Panace R, Morales R, Márquez S y col. Micobacteriosis hepato-esplénica, forma inusual de probable tuberculosis extrapulmonar. Caso clínico y revisión bibliográfica. *Rev Chil Infect* 2007; 24: 59-62. <http://dx.doi.org/10.4067>
7. Tiri B, Sacara LM, Luciano E, Burkert FR, et al. Splenic tuberculosis in a patient with newly diagnosed advanced HIV infection. *IDCases* 2016; 6: 20-22. doi: 10.1016/j.idcr.2016.08.008
8. Zhan F, Wang CJ, Lin JZ, Zhong PJ, Qiu WZ, et al. Isolated splenic tuberculosis: A case report. *World J Gastrointest Pathophysiol* 2010; 1 : 109-111. doi: 10.4291/wjgp.v1.i3.109
9. Gutiérrez S, Zamora MA, Bautista EB. Tuberculosis esplénica en paciente con VIH. *Med Intensiva* 2012; 36: 318. DOI: 10.1016/j.medint.2011.01.002

10. Pramesh CS, Tamhankar AP, Rege SA, Shah SR. Splenic tuberculosis and HIV-1 infection. *Lancet* 2002; 359 (353). DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07511-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07511-6)
11. Sharma SK, Rohrberg DS, Tahir M, Mohan A, Seith A. Radiological manifestations of splenic tuberculosis: A 23- patient case series from India. *Indian J Med Res*, 2007; 125: 669-678.
12. Úriz J, Repáraz J, Castiello J, Sola J. Tuberculosis en pacientes infectados por el VIH. *An Sist Sanit Navar* 2007; 30 (Supl. 2): 131-142.
13. Garcia BA, Mamudo RI, Carrilho C, Ussene E, et al. "Pomegranate" spleen in disseminated tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med* 2015; 387-388. doi: 10.1164/rccm.201502-0245IM
14. Khadka M, Pradhan R. Isolated splenic cold abscesses with perisplenic extension: treated successfully without splenectomy. *Case Rep Gastrointest Med*. 2017; 2017: 9864543. doi: 10.1155/2017/9864543

AVISO PARA LOS AUTORES

Medicina Interna de México tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: www.revisionporpares.com/index.php/MIM/login podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.