

Abscesos tuberculosos hepáticos en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Tuberculous liver abscess in patients with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)

RAEZ Luis*, GARCIA Patricia**

*** Departamento de Medicina, Jackson Memorial Hospital. University of Miami School of Medicine**

**** División de enfermedades infecciosas. Departamento de Medicina. University of Washington School of Medicine.**

SUMMARY

We report a AIDS patient with the diagnosis of tuberculous liver abscess. We describe and compare our case with another seven patients reported in the medical literature since AIDS epidemic began. We reviewed the clinical presentations (usually fever and abdominal pain), the diagnostic tests (CT Scanguided needle aspiration or ultrasound) and the outcomes of the treatments. Also we did a review of the current literature available of the types of hepatic compromise related with *Mycobacterium tuberculosis* in AIDS patients. (*Rev Med Hered 1997; 8: 45-48*).

KEY WORDS: Tuberculous abscess, AIDS, tuberculosis, extrapulmonar tuberculosis.

INTRODUCCION

Desde la aparición de la epidemia del SIDA, la incidencia y prevalencia de enfermedades relacionadas con *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) está aumentando. Presentaciones inusuales de MTB como diseminación hematogena y tuberculosis extrapulmonares son ahora relativamente frecuentes. Hemos encontrado siete casos reportados hepáticos en pacientes de SIDA (1,2,3,4,5,6). Presentamos este artículo un caso seguido por nosotros y hacemos una revisión de la literatura pertinente.

Caso Clínico

El paciente era un varón de raza negra de 42 años de edad con historia de abuso de drogas endovenosas y SIDA (número de linfocitos CD4=2u/1), quien se presentó con historia de tres semanas de dolor abdominal en el cuadrante superior derecho, fiebre, pérdida de peso, anorexia e ictericia. El paciente tenía historia previa de : sífilis, hepatitis B, hepatitis C y tuberculosis pulmonar (diagnóstico verificado con cultivo de esputo). El paciente había estado recibiendo tratamiento con isoniazida (INH), rifampicina (RIF) y pirazinamida (PZA) durante ocho meses. Los estudios iniciales de MTB revelaron que era sensible a

estas drogas. Durante el tratamiento quedó documentado varias veces que el paciente no estaba tomando las medicina como era debido y faltaba con frecuencia a sus controles.

El examen físico reveló: ictericia en las escleras, examen cardiovascular y respiratorio normales, abdomen con dolor en cuadrante superior derecho sin hepatomegalia o esplenomegalia. Los análisis de laboratorio mostraron: leucocitos $4,200/\text{mm}^3$ (69% neutrófilos, 20% bastonados), hematocrito 25.3%, hemoglobina 8.5g/dl, plaquetas $40,000/\text{mm}^3$, BUN 56 mg/dl, creatinina 3.0 mg/dl, glucosa 79 mg/dl, sodio 131m Eq/L, cloro 98 mEq/L, bicarbonato 17 mEq/L, transaminasas 2447 U/L y 1039 U/L (2-50), fosfatasa alcalina 247U/L (30-115), bilirrubina total 13 (0.4-1.2) mg/dl y bilirrubina directa 11(0.2-0.8) mg/dl.

La tomografía axial computarizada de abdomen demostró una lesión hipodensa en el hígado (Figura N°1). El paciente fue referido para una aspiración percutánea de la lesión hepática (guiada por tomografía axial computarizada) que extrajo 150 cc de pus (BK positivos 3+, un mes después el cultivo reveló MTB resistente a Isoniazida y Rifampicina). El paciente murió 5 horas más tarde. La autopsia reveló un absceso tuberculoso hepático y numerosos granulomas tuberculosos en los pulmones, bazo y sistema geni-urinario. El resultado final de todos los demás cultivos para hongos y bacterias fue negativo.

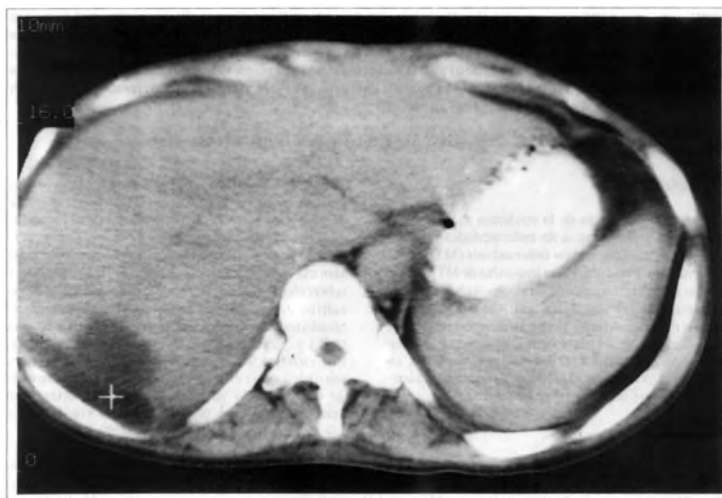


Figura N° 1. Tomografía axial computarizada de abdomen.

DISCUSION

Este paciente severamente inmunocomprometido con SID, contrajo tuberculosis pulmonar con microorganismos sensibles a las drogas conocidas. Por no cumplir con el tratamiento como es debido desarrolló una tuberculosis multiresistente con la formación de un absceso hepático. El absceso hepático dominó el cuadro clínico (ictericia y dolor en el cuadrante superior derecho).

Abscesos Hepáticos Tuberculosos en pacientes con SIDA

Revisamos y comparamos 7 reportes adicionales de abscesos tuberculosos hepáticos en pacientes con SIDA (Figura N°1). Todos los pacientes eran adultos jóvenes con edades comprendidas entre 25-42 años, la mayoría de ellos eran negros americanos o hispanos (6/8), grupos poblacionales clásicamente más afectados por la tuberculosis y el SIDA en los Estados Unidos.

El factor de riesgo para la infección por el virus HIV era uso de drogas endovenosas en tres de los ocho casos. La duración de los síntomas antes del diagnóstico tuvo un rango amplio (entre 1-20 semanas) debido probablemente a la inespecificidad de estos síntomas en pacientes con SIDA. Todos los pacientes (8/8) presentaron con fiebre, 6/8 con dolor abdominal (en 4 casos el dolor fue localizado en el cuadrante superior derecho).

El diagnóstico de tuberculosis pulmonar había sido previamente establecido en 4 pacientes y la condición médica que definió SIDA en otros 4 pacientes fue el diagnóstico de tuberculosis pulmonar, cosa que es predecible ya que el MTB es un organismo más virulento que otros microorganismos oportunistas por lo que esperamos su aparición temprana (en pacientes con conteos de linfocitos CD4 incluso mayores de 200) (7).

Se describe clásicamente que la prueba de laboratorio más anormal en abscesos tuberculosos hepáticos es la elevación de la fosfatasa alcalina, cosa que ocurrió en todos los pacientes, con niveles de bilirrubinas y transaminasas normales o ligeramente elevados en la mayoría de casos reportados (2,8,9,10,11,12) excepto el nuestro que presentó niveles altos de transaminasas y bilirrubinas, algo inusual y probablemente relacionado con la presencia concomitante de múltiples granulomas tuberculosis en todo el hígado y la presencia pre-existente de enfermedad hepática no tuberculosa (13,14).

MTB fue aislado del esputo de la mitad de los pacientes (4/8), teniendo dos de los pacientes las radiografías de tórax completamente normales. El diagnóstico de absceso tuberculoso fue hecho en 6/8 pacientes con tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y en dos pacientes con ultrasonido (US), las lesiones fueron descritas como hipodensidades o masas hepáticas. Luego de ello se realizaron en todos los casos aspiraciones guiadas por TAC o US para aislar y cultivar el MTB.

Todos los pacientes recibieron tratamiento antituberculoso, seis de ellos con tres drogas (INH+RIF+PZA) y el resto con cuatro. Seis de los pacientes respondieron favorablemente al tratamiento con la desaparición de los abscesos. Dos pacientes murieron, incluida nuestro paciente, con tuberculosis resistente a dos drogas (INH+RIF) y severa inmunosupresión (CD4=2u/l).

El paciente que presentamos no cumplía con el tratamiento. Se ha descrito que hasta 54% de los pacientes con tuberculosis e infección por HIV no cumplen con tomar las medicinas como es debido o no acuden a los controles, por ello se considera a la falta de cumplimiento del tratamiento como la principal causa del desarrollo de tuberculosis multiresistente (15). Los pacientes infectados con el HIV tienden a exponer otros pacientes, miembros de sus familias, amigos o personal de salud y por ello han sido responsables de los brotes epidémicos de tuberculosis multiresistente (16,17,18).

Tuberculosis hepática en pacientes con SIDA

Compromiso hepático es encontrado con frecuencia en pacientes con SIDA. Estudios previos han desarrollado que hasta un 78% de pacientes con SIDA tienen por lo menos uno de los valores de transaminasas anormales. Hepatomegalia está presente hasta en un 60% de los casos. Asimismo 34% de las biopsias hepáticas y 38% de las autopsias revelan compromiso hepático. Muchos de estos casos tienen su etiología en infecciones hepáticas oportunistas directamente relacionadas con el virus HIV (19). Las infecciones por Cytomegalovirus (CMV) y *Mycobacterium avium-intracellulare* (MAI) son las infecciones hepáticas encontradas con mayor frecuencia en pacientes con SIDA, sobretodo en aquellos con disminución de linfocitos CD4 (8,19,20,21,22).

Las tuberculosis hepáticas pueden ocurrir en pacientes menos inmunocomprometidos (9). Los pacientes con SIDA tienen un riesgo significativo de desarrollar tuberculosis extrapulmonar como diseminación hematogena y en 7.5% pacientes de estos casos se ha demostrado compromiso hepático con manifestaciones clínicas (19). Asimismo se ha observado que hasta un 11.6% de pacientes inmunosuprimidos con virus HIV y tuberculosis han desarrollado abscesos tuberculosos en algún lugar del cuerpo (6).

Los pacientes con infección por MTB pueden desarrollar tres tipos de compromiso hepático: Compromiso hepático difuso (casi siempre tuberculosis miliar), lesiones o masas granulomatosas focales (tuberculomas) y abscesos hepáticos constituyen la forma de presentación menos común. Ashton reportó el primer caso de un absceso tuberculoso hepático en 1946 (24). Desde ese año nosotros hemos encontrado en una revisión hecha de la base de datos MEDLINE no más de 25 casos de abscesos tuberculosos hepáticos reportados en pacientes sin infección por el virus HIV y 7 pacientes con abscesos tuberculosos hepáticos en casos con SIDA.

Es conocido que en ambos grupos la mayoría de los pacientes con abscesos hepáticos tienen tuberculosis en algún otro lugar del cuerpo (11,25).

Antes de que estuvieran disponibles las aspiraciones de abscesos hepáticos con ultrasonido o las tomografías computarizadas, el diagnóstico de tuberculomas o abscesos tuberculoso hepático se hacía de forma tardía solamente con laparatomía, (era insospechado tempranamente en la mayoría de casos) con una mortalidad documentada hasta 67% (2,11,26,27). En los ocho casos revisados gracias a las técnicas diagnósticas se hicieron diagnósticos tempranos con una mortalidad del 25% (2/8) el resto de los pacientes respondió al tratamiento.

Creemos que estos casos nos alertan de presentaciones clínicas inusuales en pacientes con SIDA como asimismo resaltan la importancia de cumplimiento estricto del tratamiento antituberculoso para evitar la diseminación de organismos multiresistentes.

Correspondencia:

Dr. Luis E. Ráez
Los Ñandues 129

BIBLIOGRAFIA

1. Kielhofner MA., and Hamill RJ. Focal Hepatic Tuberculosis in a patient with Immunodeficiency Syndrome. Southern Medical Journal; 1191; 84(3): 401-404.
2. Pottipati AR., Dave PB., Gumaste V., and Vieux. Tuberculous Clin Gastroenterology 1991; 13(5): 549-53.
3. Moreno S., Pacho E., Lopez Herce JA., Rodríguez-Creixems M., Martin ScapaC., Bouza E. Mycobacterium tuberculosis Visceral Abscess in the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). Ann Intern Med 1988; 109-437.
4. Weinberg JJ., Cohen P., Malhotra R. Primary tuberculous liver abscess associated with the human immunodeficiency virus. Tubercle 1988; 69: 147-7.
5. Suárez M., Canela A., Cordero F., Pujol E. Tuberculous liver abscess as the form of presentation of human immunodeficiency virus infection. Anales de Medicina Interna 1993; 10(3): 123-6.
6. Lupatkin H., Brau N., Flomenberg P., and Simberkoff M. Tuberculous Abscesses in patients with AIDS. Clin Infec Dis 1992; 14: 1040-4.
7. Pitchenik A., Fertel D. Tuberculosis and nontuberculous mycobacterial disease. The Med Clin of North America, January 1992; 76(1): 121-171.
8. Kahan S., et al Hepatic Disorders in the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS): A clinical and pathological study. Am J Gastroenterology 1986; 81: 1145-48.
9. Capell MS. Hepatobiliary Manifestations of the acquired immune deficiency syndrome. Am J Gastroenterology 1991; 86(1): 1-15.
10. Schneiderman DJ. Hepatobiliary Abnormalities of AIDS. Gastroenterology Clinics of North America 1988; 17(3): 615-623.
11. Spiegel CT., Tuazon CU. Tuberculous liver Abscess. Tubercle, 1984; 65: 127-131.
12. Goh KL., Pathmanathan KW and Wong NW. Tuberculous liver abscess. Journal of Tropical Medicine 1987; 90: 255-57.
13. Asada Y., Hayashi T., Sumiyoshi A., Aburaya M., Sishime E., Miliary tuberculosis presenting as fever and jaundice with hepatic failure. Human Pathology 1991; 22(1): 92-4.
14. Hosokawa K., et al. Journal of the Japanese Association for Infectious Diseases 1992; 66(9): 1288-92.
15. Nolan CM. Failure of therapy for tuberculosis in human immunodeficiency virus infection. Am J Med Sci 1992; 304(3): 163-73.
16. Fischl M. et al. Outbreak of Tuberculosis Caused by Multidrug-resistant Bacilli among patients with HIV infection. Ann Intern Med 1992; 117(3): 177-83.
17. Edlin BR., Tokars JL., Grieco MH., Crawford JT., William J., Sardillo EM., et al. An outbreak of multidrug-resistant tuberculosis among hospitalized patients with the acquired immunodeficiency syndrome. N Engl J Med 1992; 326: 1514-21.
18. Dooley SW., Villarino ME., Lawrence M., Salinas L., Amil S., Rullan JV., et al. Nosocomial transmission of tuberculosis in a hospital unit for HIV-infected patients. JAMA. 1992; 267: 2632-4.
19. Bonaccini M. Hepatobiliary Complications in patients with human Immunodeficiency Virus Infection. J A Med 92; 1992. 408-412.

20. Sunderam G., Mc Donald RJ., Maniatis T., Oleske J., Kapila R., Reichman LB. Tuberculosis as a manifestation of the Acquired Immunodeficiency Syndrome. JAMA 1986; 256: 362-6.
21. Handwerger S., Milvan D., Senie R., McKinley FW. Tuberculosis and the Acquired Immunodeficiency Syndrome at a New York City hospital 1978; 91: 176-80.
22. Chaisson RE et al. Tuberculosis in patients with the Acquired Immunodeficiency Syndrome, clinical features, response to therapy and survival. Am Rev Resp Dis 1987; 91: 176-80.
23. Oliva A., Duarte B., Jonasson O., Nadimpalli V., The nodular form of focal hepatic tuberculosis. A review. J Clin Gastroenterol 1990; 12(2): 166-73.
24. Ashton NA., A case of multiple tuberculomata of the Liver Journal of Pathology and Bacteriology 1946; 58: 95.
25. Rosin RD., Tuberculoma of the liver. Tubercle 1978; 59: 47-54.
26. Epstein BM, Leibowitz CB. Ultrasonographic and computed tomographic appearance of focal tuberculosis of the liver. S Afr Med J 1987; 71: 461-2.
27. Wetton CW., Mc Carty M., Tomlinson D., Rosbotham J., Crofton ME., Ultrasound findings in hepatic mycobacterial infections in patients with AIDS. Clinical Radiology 1993; 47(1): 36-8.