

TUBERCULOSIS GANGLIONAR Y TUBERCULOSIS MILIAR EN PACIENTE VIH POSITIVO : REPORTE DE UN CASO

Cerli Rimachi-Velazco^a , Cristian Condori-Jara^a

^aEscuela Profesional de Medicina Humana , Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

RESUMEN

La tuberculosis (TB) tiene como primera forma de presentación la pulmonar y sus formas extrapulmonares serán menos frecuentes, dentro de estas la tuberculosis ganglionar es la forma más frecuente. Su incidencia ha aumentado, probablemente por la coinfección con la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). La presentación clínica más habitual es con un aumento de volumen de los ganglios cervicales sin síntomas constitucionales. cual la linfadenopatía periférica es la forma extrapulmonar más común.

La asociación de tuberculosis ganglionar cervical y miliar constituye un padecimiento poco frecuente en nuestro medio, siendo más común la forma ganglionar pura o asociada a formas pulmonares no miliares. Las diferentes formas y asociaciones son plausibles en los pacientes con VIH , quienes por su condición tienen mayor riesgo de desarrollar las formas activas de TB. La coinfección TB/VIH representará un factor de riesgo para muerte prematura en pacientes VIH positivas lo cual pone en manifiesto la importancia de su diagnóstico y tratamiento.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) has pulmonary as its first form of presentation and its extrapulmonary forms will be less frequent. Within these, nodal tuberculosis is the most frequent form. Its incidence has increased, probably due to coinfection with Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection. The most common clinical presentation is with an increase in the volume of the cervical nodes without constitutional symptoms. which peripheral lymphadenopathy is the most common extrapulmonary form.

The association of cervical and miliary lymph node tuberculosis constitutes a rare disease in our setting, with the pure lymph node form associated with non-miliary pulmonary forms being more common. The different forms and associations are plausible in HIV patients, who due to their condition have a higher risk of developing the active forms of TB. TB / HIV coinfection will represent a risk factor for premature death in HIV positive patients, which highlights the importance of its diagnosis and treatment.

INTRODUCCIÓN

Al menos un tercio de los 38,6 millones de personas que hay en el mundo infectadas por el VIH también están infectadas por el bacilo de la TB, y corren un riesgo mucho mayor de padecer TB activa.(1)

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) constituye el principal factor de riesgo para desarrollar tuberculosis (TB) activa, mientras que la tuberculosis es el

principal marcador de pronóstico de la infección por VIH en los países en desarrollo.(2)

La incidencia de Coinfección de VIH y TB en Perú ha ido en aumento en los últimos años, es así que el 2012 se reportaron 1278 casos de coinfección y en el 2019 fueron 1504 casos confirmados de coinfección. (3)

Existe más riesgo de progresión de la primoinfección y reactivación de infección latente, pero en países

altamente endémicos la reinfección de TB es de hasta 60 -75% en pacientes con VIH. (2)

En general, la localización pulmonar es más frecuente en los pacientes con cifras elevadas de LT CD4 y se aprecia un mayor número de localizaciones extrapulmonares y de tuberculosis diseminadas en los casos con cifras menores LT CD4. (3)

La tuberculosis ganglionar es la segunda localización más frecuente después de la pulmonar y la más frecuente de entre las TB extrapulmonares (2,4). Las adenopatías accesibles son inicialmente duras y dolorosas y posteriormente sufren un reblandecimiento y fistulización (escrófula). La aspiración con aguja fina y la biopsia ganglionar son lo suficientemente diagnósticas como para que su realización sea obligada sea obligada en el estudio de adenopatías en los pacientes con VIH. (2)

Puede ser secundaria a una forma primaria o bien a una reactivación de un foco. La localización más común es la presencia de linfadenopatía cervical (63-77%), pudiendo afectar también a ganglios supraclaviculares, axilares, torácicos y abdominales. La forma más frecuente de presentación suele ser como masa unilateral latero cervical y supraclavicular de consistencia rígida e indolora. (4) No suele acompañarse de síntomas sistémicos. Con el tiempo puede sufrir necrosis, fluctuar y producir síntomas inflamatorios con formación de úlceras, fistulización y salida de caseum al exterior (escrófula). (2,4)

El término de miliar hace referencia a la observación en la anatomía patológica de la superficie del pulmón de pequeños nódulos blanquecinos similares a semillas de mijo. Pero hoy en día el término es usado para denominar las formas progresivas y ampliamente diseminadas de una tuberculosis. (5) Se produce por una diseminación

hematógena a múltiples órganos y puede ser resultado de una primo infección (niños) o bien por reactivación de algún foco latente. Es una forma de presentación grave, que afecta fundamentalmente a ancianos, malnutridos y pacientes con alteración de la inmunidad celular como infectados por VIH, insuficiencia renal crónica, trasplantados de órgano sólido y en tratamiento con anti TNF. (5-7) Los órganos afectados con mayor frecuencia son hígado, bazo, pulmón, ganglios linfáticos, meninges, medula ósea y glándulas suprarrenales.(7) El cuadro clínico puede ser muy variable, desde formas severas agudas que cursan con shock séptico, fallo multiorgánica y síndrome de distrés respiratorio del adulto o más frecuentemente presentarse con una evolución más subaguda con síntomas insidiosos como malestar general con un examen físico anodino.(7)

REPORTE DE CASO

Paciente varón de 42 años procedente de Lima, nacido en Cusco, con antecedente de importancia VIH(+), indica que abandono el tratamiento antiretroviral y no refiere qué fármacos uso antes de dicho abandono.

Acude a emergencia por tos intensa, malestar general, mialgias, al examen físico se observa murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, crepitantes en los 2/3 superiores y ganglios cervicales palpables mayores de 3x3cm bilaterales.

Ya hospitalizado se le realizan los análisis laboratoriales, imagenológicos y patológicos: se le hace examen de baciloscopia (BK) en esputo que resulta positivo, en la tomografía se observa patrón de vidrio esmerilado bilateral(Fig.1), se le coloca en diagnóstico presuntivo TB miliar y TB ganglionar.

En la semana siguiente, paciente presenta evolución desfavorable,

presenta una candidiasis oral positiva a la prueba de KOH, por ecografía se observa las adenopatías cervicales observadas clínicamente, se sugiere biopsia que se le realiza y se está a la espera de resultados.

Se inicio tratamiento con esquema tetra AntiTB clásico con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y estreptomina , se evaluará conteo de LT CD4 , perfil lipídico, perfil renal para evaluación de Tratamiento Antiretroviral.

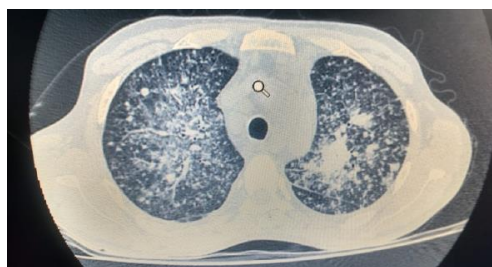


Fig. 1 .Patrón de vidrio esmerilado en Tomografía

DISCUSION

El riesgo de muerte por TB en un paciente con VIH es 2 a 4 veces mayor en un paciente con TB y sin VIH, independientemente al nivel de linfocitos T CD4 (LT CD4). Ello indica la importancia del diagnóstico y adecuado manejo y tratamiento de dicha coinfección(1)

La coinfección TB/VIH, manifestada ya sea como infección tuberculosa latente o como enfermedad tuberculosa activa, es un problema significativo de salud pública a nivel mundial. (6,7)

La asociación de tuberculosis ganglionar cervical y miliar constituye un padecimiento poco frecuente en nuestro medio, siendo más común la forma ganglionar pura o asociada a formas pulmonares no miliares. (8)

Se ha descrito que las manifestaciones de TB en el paciente VIH positivo son independientes del recuento de LT CD4 , sin embargo la OMS recomienda un control adecuado conjunto de ambas infecciones , reduciendo el riesgo de

muerte prematura y contagio al entero del paciente.(9)

En países endémicos de TB como es Perú, se ha descrito casi todas las posibles localizaciones de infección por TB y asociaciones entre estas(2) , es por ello que se presenta este caso para recordar que esta entidad debe ser tomada en cuenta en el estudio de todo síndrome adénico febril en pacientes con VIH y que es necesario la aspiración con aguja fina y la biopsia ganglionar para llegar a un diagnóstico definitivo.(9,10)

Dada la elevada incidencia de localización diseminada, es mandatorio recoger muestras de orina, sangre y heces para su estudio bacteriológico. Debe contemplarse en estos pacientes desde el ingreso cultivo en medios líquidos como los sistemas BACTEC, MB BACTEC, que permitan cultivo de fluidos biológicos, incluso sangre.(9)

Está demostrado que el tratamiento adecuado de la TB en pacientes infectados por el VIH prolonga su vida en al menos 2 años. (1) La terapia debe incluir cuatro agentes antituberculosos, en el hospital habitualmente empleamos isoniacida, rifampicina, pirazinamida y estreptomina (HRZE), este último puede ser sustituido por etambutol. El esquema tetra clásico asociado debe ser administrado por espacio de dos meses y posteriormente continuar sólo con isoniacida y rifampicina por cuatro, cinco o siete meses más; en las formas extrapulmonares (meningitis, miliar, osteoarticular) la terapia podría prolongarse hasta doce meses.(1,3,10)

La infección latente por el bacilo de la TB puede tratarse con antibióticos durante 6 meses (profilaxis antituberculosa). Las personas perviviendo con el VIH y con infección latente de TB, pero sin TB activa, deben recibir profilaxis antituberculosa con isoniacida (5mg/Kg) hasta un máximo de 300mg/día. Este tratamiento preventivo es eficaz y costo-efectivo y puede reducir en un 60% el riesgo de contraer la TB activa a corto plazo.(1)

CONCLUSIONES

La TB es un diagnóstico de suma importancia en pacientes con VIH, pudiendo presentarse en maneras menos típicas como son las localizaciones extrapulmonares, por ello requerirá una evaluación completa en busca de la diseminación de la coinfección TB/VIH. Se indica el tratamiento conjunto de las infecciones, con los mismos esquemas anti TB usados en personas inmunocompetentes con el esquema estándar HRZE, y generalmente se acompaña con dos análogos de nucleósido en combinación con efavirenz, nevirapina o enfuvirtida, etc., como tratamiento antiretroviral.

En caso de no poder utilizarse estas combinaciones, puede sustituirse R por rifabutina, cuya interacción con los inhibidores de la proteasa es menor y puede coadministrarse con todos los inhibidores de la proteasa potenciados, con el correspondiente ajuste de dosis de rifabutina.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis y VIH. Consultado 02 de junio, 2020. Disponible en https://www.who.int/tb/challenges/hiv/talking_points/es/index7.html
2. Mendoza Ticona Alberto, Iglesias Quilca David. Tuberculosis en pacientes con VIH/SIDA. Acta méd. peruana [Internet]. 2008 Oct [citado 2020 Jun 03]; 25(4): 247-254. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172008000400012&lng=es.
3. Ministerio de Salud del Perú. Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis. Perfil de la Tuberculosis. Coinfección y Comorbilidades. Consultado 02 de junio, 2020. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/DashboardDPCTB/PerfilTB.aspx>
4. Cruz, Israel, & Salcedo, Margarita. Tuberculosis ganglionar: Experiencia en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, (2011) [citado 2020 Jun 01] 82(1), 18-22.
5. Ramírez-Lapausa, A Menéndez-Saldaña y A Noguero-Asensio. Tuberculosis extrapulmonar, una revisión. *Rev Esp Sanid Penit* 2015; 17: 3-11 9 M
6. Arpa Gámez, Ángel, Ledón Casals, Amaury, Travieso Pérez, Saillit, & Nodarse Hernández, Rafael. (2018). Tuberculosis ganglionar. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 47(2).
7. Ruiz Manzano J, Cardona Iglesias PJ, Caylá Buqueras J, Ausina Ruiz V. Tuberculosis. En: Farreras P, Rozman C, editores. *Medicina Interna*. 15.a ed. Madrid, Barcelona: Elsevier España S.A.; 2004. p. 2321-31.
8. Vidal Pla R, Rey Durán R, Espinar Martín A, de March Ayuela P, Melero Moreno C, Pina Gutiérrez JM, et al. Tratamiento y retratamiento de la tuberculosis. *Arch Bronconeumol*. 2002;38:441-51.
9. Peñuela-Epalza, Martha; Vásquez-Beltrán, Mirly; De La Rosa-Barraza, Karin; Hernández-Tapia, Heidi; Collazos-Daza, Jacinta; Yanes-Miranda, Yoletth. Factores asociados a la coinfección VIH/SIDA- tuberculosis. *Salud Uninorte*, vol. 22, núm. 1, enero-junio, 2006, pp. 5-19 Universidad del Norte Barranquilla, Colombia
10. Tuberculosis extrapulmonar (TBC) – Enfermedades infecciosas - Manual MSD versión para profesionales. (2019). Retrieved 10 November 2019, from <https://www.msdmanuals.com/es/professional/enfermedadesinf>

ecciosas/micobacterias/tubercul
osis-extrapulmonar-tbc