

Masa en cuello por *Mycobacterium tuberculosis* en un paciente infectado por HIV

SANTIAGO ESTRADA, SIGIFREDO OSPINA,
MARTHA G. BUSTAMANTE, MÓNICA SOTO,
MARY RUTH BROME, GERMÁN OSORIO

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino con diagnóstico de infección por HIV quien presentó una masa en cuello de 7 x 10 cm, dolorosa, de consistencia dura, adherida, no pulsátil, con edema de la piel adyacente y sin otros signos asociados. La evolución fue de 6 meses. Los estudios de la masa y el esputo dieron como resultado el aislamiento de *M. tuberculosis*, lo que permitió un adecuado enfoque terapéutico y por consiguiente una respuesta clínica satisfactoria.

PALABRAS CLAVE
HIV
MASA EN CUELLO
M. tuberculosis

INTRODUCCIÓN

La masa en cuello es una entidad de enfoque clínico difícil debido a las múltiples causas

que la pueden producir y a la dificultad de obtener muestras apropiadas para los estudios de laboratorio. Esta situación es aún más compleja en los pacientes con Sida en quienes aumenta la multiplicidad de causas, especialmente aquéllas de origen infeccioso.

En todo el mundo, especialmente en los países no industrializados, la tuberculosis (TB) es la infección oportunista más comúnmente encontrada en los pacientes infectados por el HIV. La forma extrapulmonar es frecuente y puede llegar a manifestarse como una masa cervical debido al compromiso de los ganglios y de algunos tejidos vecinos.

En este artículo se presenta el caso de un paciente con Sida y una masa en el cuello, secundaria a infección por *M. tuberculosis*.

DOCTOR SANTIAGO ESTRADA MESA, Médico Microbiólogo; DOCTOR SIGIFREDO OSPINA OSPINA, Médico Microbiólogo; LICENCIADA MARTHA G. BUSTAMANTE, Bacterióloga; DOCTORA MARY RUTH BROME, Médica Patóloga; DOCTOR GERMÁN OSORIO, Médico Patólogo; todos del Laboratorio Departamental de Salud Pública, Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Medellín, Colombia. MÓNICA SOTO, Salubrista Ocupacional, Instituto Colombiano de Medicina Tropical, Medellín, Colombia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 24 años, natural y residente en Medellín (Colombia), con diagnóstico de infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) quien consultó al programa INTERSIDA por una masa en la región lateral izquierda del cuello (Figura N° 1), dolorosa, de consistencia dura y crecimiento progresivo en los últimos 6 meses. Presentaba además tos con expectoración verdosa de igual tiempo de evolución, fiebre subjetiva, sudoración, anorexia, pérdida de peso y diarrea intermitente de 2 meses de evolución.

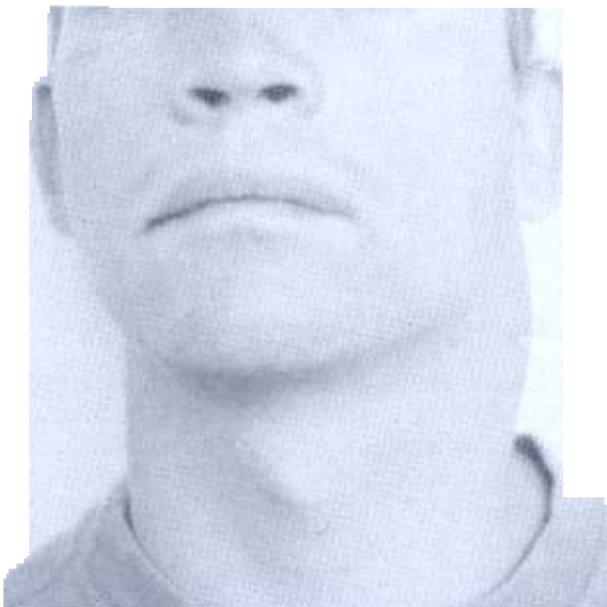


FIGURA N° 1

Masa en la región lateral izquierda del cuello

Al examen físico el paciente estaba en aceptables condiciones generales, consciente y orientado; tenía temperatura de 37°C, pulso 90/min, PA 100/60 y peso 56 kg. Presentaba múltiples placas blancas en las mucosas orales y queilitis angular, lesiones éstas compatibles con infección por *Candida spp.*

En la región lateral izquierda del cuello se palpaba una masa de 7 x 10 cm, dolorosa, de consistencia dura, adherida, no pulsátil, con edema de la piel adyacente y sin otros signos asociados. En la fosa supraclavicular del mismo lado se halló otra masa de

3 x 2 cm, de iguales características a la anterior con la cual hacía cuerpo.

A la auscultación pulmonar se escucharon crépitos abundantes en ambas bases pulmonares con disminución generalizada del murmullo vesicular.

En la piel de la cara, los brazos, los muslos y las plantas se observaron lesiones máculo-nodulares equimóticas compatibles con Sarcoma de Kaposi.

La radiografía de tórax reveló solamente calcificaciones parahiliares; la coloración de Ziehl Neelsen (ZN) en tres muestras seriadas de esputo fue negativa para bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR); el recuento de linfocitos T CD4 por citometría de flujo fue 34 células/mm³; la biopsia de la lesión de piel fue informada como Sarcoma de Kaposi; el hemoleucograma reveló: Hb 11 gm, Hto 33%, leucocitos 6.800, linfocitos 8%, PMN 75%, monocitos 7, eosinófilos 7, basófilos 3; velocidad de eritrosedimentación 113 mm; los estudios para toxoplasmosis, coccidias intestinales, herpes y sífilis fueron negativos.

El estudio anatomopatológico de la biopsia de la masa cervical fue informado así: "Músculo: arquitectura distorsionada por extensa necrosis de caseificación con formación de granulomas con células epitelioides, células gigantes tipo Langhans, linfocitos y eosinófilos. Las fibras musculares periféricas al proceso aparecen adelgazadas, con pérdida de las estriaciones e hiperromatismo nuclear. El estudio microbiológico de la biopsia teñida con ZN reveló la presencia de BAAR en cantidad moderada. El diagnóstico anatomopatológico fue: músculo estriado, inflamación granulomatosa crónica tipo TB".

En el cultivo de esputo para micobacterias se obtuvo crecimiento de *M. tuberculosis*.

Con los hallazgos anteriores se hizo el diagnóstico de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, esta última manifestada como masa en cuello y se inició tratamiento tetraconjugado observándose rápida mejoría de los signos y síntomas.

DISCUSIÓN

En todos los países la tuberculosis es la infección oportunista más prevalente en los pacientes infectados por el HIV. La Organización Mundial de la Salud estima que el número de individuos con coinfección HIV y TB es de 3 millones y que se presentan anualmente 305.000 casos de TB activa entre los

infectados por HIV (1). Según Barnes y col (2) esta infección oportunista es la única que se transmite a otros por vía respiratoria y es prevenible y curable. La TB en el paciente infectado por HIV responde adecuadamente a las drogas normalmente utilizadas por lo que es muy importante establecer un diagnóstico temprano para así lograr disminuir los altos índices de mortalidad que actualmente se informan (2).

A menudo la TB activa es la primera manifestación de la infección por HIV y ocurre generalmente antes de que el paciente presente un deterioro marcado de la inmunidad celular, a diferencia de lo que ocurre con otras infecciones oportunistas como *Pneumocystis carinii* y *Mycobacterium avium*, las cuales se presentan cuando el recuento de linfocitos T CD4 está por debajo de 200 y 100 células/mm³, respectivamente (3-9). Los linfocitos T CD4 juegan un papel definitivo en las defensas del paciente frente a *M. tuberculosis* y su disminución se traduce en el desarrollo progresivo de una TB primaria, diseminación hematogena de la micobacteria a sitios extrapulmonares, reactivación de infecciones previas y reinfección por cepas multirresistentes (3,10).

La presentación extrapulmonar de la TB es frecuente en pacientes infectados por el HIV y en la mayoría de los casos es concomitante con el compromiso pulmonar (2,4,5,11). La frecuencia de TB extrapulmonar está inversamente relacionada con el nivel de linfocitos T CD4, de acuerdo con el estudio de Brenda Jones (citado en 2) quien encontró TB extrapulmonar en el 62% de los pacientes que tenían menos de 100 CD4/mm³, comparado con 37% en quienes tenían más de 200 CD4/mm³.

Una de las presentaciones más frecuentes de la TB extrapulmonar es la forma ganglionar. La probabilidad de que la linfadenopatía sea causada directamente por micobacterias dependerá de la asociación entre éstas y los hallazgos radiológicos, la presencia de fiebre, las características de la masa y su localización. Es importante destacar que en pacientes con linfadenopatías periféricas generalizadas es poco frecuente encontrarlas hiliares o mediastinales y cuando se presentan debe pensarse en entidades clínicas relacionadas con la infección por el HIV como neoplasia, micosis o micobacteriosis (3).

La biopsia es el procedimiento recomendado en caso de masa en cuello pero sólo después de exámenes de laboratorio que orienten el diagnóstico: hemograma, baciloscopias, cultivos, radiografías, in-

tradermorreacción, serología para otras entidades, etc; inicialmente se la hace por aspiración, pero si no se obtiene material debe hacerse resección parcial o total de la masa (3).

El diagnóstico microbiológico de la TB en el paciente infectado por HIV siempre debe confirmarse por cultivo del material en estudio. La coloración de ZN continúa teniendo utilidad aunque su sensibilidad varía entre 31 y 82% según el estado inmunológico del paciente y la forma clínica de la TB (3,4). En el material de la biopsia por aspiración o en el macerado del nódulo, se pueden observar BAAR en el 67 a 90% de los casos de TB (2,3,12).

Todos los tejidos y fluidos obtenidos para estudio en el paciente HIV positivo deben ser rutinariamente coloreados y cultivados para micobacterias, independientemente de la histología y de otros hallazgos microbiológicos. El cultivo puede ser positivo aunque no se observen BAAR ni granulomas; igualmente, puede haber asociación con otras infecciones o neoplasias. La extensión de los granulomas en el tejido de los pacientes infectados por HIV y con TB depende del estado inmune aunque la gran mayoría de ellos los presentan, a diferencia de los infectados por *M. avium-intracellulare* (MAI) en quienes por su estado de inmunosupresión severa no se encuentran (3,13,14).

Sugerimos que en todas las instituciones donde se procesen muestras de pacientes HIV positivos o con Sida se estandaricen protocolos de laboratorio, con base en los recursos disponibles, con el fin de incluir los agentes etiológicos más prevalentes.

SUMMARY

A CASE OF A CERVICAL MASS DUE TO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IN AN HIV-INFECTED PATIENT.

We report on the case of an HIV-infected male with *Mycobacterium tuberculosis* infection, manifested as both pulmonary involvement and a cervical mass; lung infection was proven by culture; pathological study of the mass revealed both chronic granulomatous infection and acid-fast bacilli. Response to treatment was favorable and rapid. We suggest that every fluid and tissue obtained from HIV-positive patients be routinely

stained and cultured for mycobacteria.

BIBLIOGRAFÍA

1. GARCÍA M, VALDESPIRO J, SALCEDO R, ZACARÍAS F, SEPÚLVEDA A. Epidemiología del Sida y la tuberculosis. *Bol Of San Panamer* 1994; 116: 547-565.
2. BARNES PF, LE HQ, DAVIDSON PT. Tuberculosis in patients with HIV infection. *Med Clin North Am* 1993; 77: 1369-1390.
3. PICHENIK AE, FERTEL D. Tuberculosis and nontuberculosis mycobacterial disease. *Med Clin North Am* 1992; 76: 121-163.
4. ESTRADA S. Tuberculosis en pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). ¿La cuarta epidemia? *IATREIA* 1994; 7: 84-91.
5. BARNES PF, BLOCH AB, DAVIDSON PT, SNIDER DE. Tuberculosis in patients with Human Immunodeficiency Virus infection *New Engl J Med* 1991; 324: 1644-1650.
6. ESTRADA S. Clínica, diagnóstico y manejo de las infecciones oportunistas. En: VELÁSQUEZ G, GÓMEZ RD, Eds. Sida. Enfoque Integral. Fundamentos de Medicina. Medellín: CIB, 1992: 60-68.

7. VELÁSQUEZ G. Tuberculosis. En: VELÁSQUEZ G, GÓMEZ RD, Eds. Sida, Enfoque Integral. Fundamentos de Medicina. Medellín: CIB, 1992: 60-68.

8. Center for Disease Control. Recommendations for prophylaxis against *Pneumocystis carinii* pneumonia for adults and adolescents infected with Human immunodeficiency virus. *MMWR* 1992; 41 (No. RR-4).

9. Center for Disease Control. Recommendations for prophylaxis and therapy for disseminated *Mycobacterium avium* complex for adults and adolescents infected with human immunodeficiency virus. *MMWR* 1993; 42 (No. RR-9): 17-20.

10. DUNLAP EN, BRILES DE. Immunology of tuberculosis. *Med Clin North Am* 1993; 77: 1235-1251.

11. THEUER CP, HOPEWELL PC, ELIAS D, et al. Human immunodeficiency virus infection. *J Infect Dis* 1990; 162: 8-12.

12. KRAMER F, MODILEVSKY T, WALIANY AR, LEEDOM JM, BARNER PF. Delayed diagnosis of tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection. *Am J Med* 1990; 89: 451-456.

13. RUBIN DS, RAHAL JJ. *M. avium* complex: Management of infection in HIV disease. *Inf Dis Clin North Am* 1994; 8: 413-427.

14. PICHENIK AE, FERTEL D, BLOCH AB. Mycobacterial disease. Epidemiology, diagnosis, treatment and prevention. *Clin Chest Med* 1988; 9: 425-441.



Esta publicación es
cortesía de
Laboratorios ITALMEX