

PRESENTACIÓN DE CASOS

Rev Cubana Med 2003;42(2):

Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Miguel Enríquez"

TUBERCULOSIS Y SIDA. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Dr. Rafael Arocha Rodríguez,¹ Dra. Carmen Martha Vázquez Cruz,² Dra. Marila González Gorrín³ y Dr. Armando Leal Musulí⁴

RESUMEN

Se conoce que el resurgir de la tuberculosis a escala mundial constituye un serio problema para la salud pública, no solo de los países subdesarrollados, sino también para aquellos con gran desarrollo, que cuentan con suficientes recursos para combatir esta enfermedad. Se han asociado el VIH y el M. tuberculosis, lo que ha provocado una coinfección VIH-TB de resultados inesperados, para la vida del paciente. En el presente trabajo, se revisó una muestra de 60 necropsias de pacientes infectados por el VIH; se tomaron los datos de las historias clínicas y los resúmenes anatomopatológicos, de los pacientes investigados, 2 eran portadores de tuberculosis pulmonar o sistémica. Se comprobó que el diagnóstico clínico realizado no incluía la sospecha de tuberculosis. Se mostraron los signos clínicos de la enfermedad en estos pacientes seropositivos y se estableció una correlación clínico-patológica en cada caso.

DeCS: TUBERCULOSIS PULMONAR/patología; TUBERCULOSIS/patología; SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA/patología; INFECCIONES POR VIH/patología; AUTOPSIA.

Al iniciarse el siglo XX, la tuberculosis era la causa más frecuente de muerte de todos los países de las zonas templadas y probablemente la segunda, solamente después de la mortalidad por paludismo, en regiones tropicales.¹ La tuberculosis es una enfermedad endémica en todo el mundo, pero el nivel de afectación de los diversos países es extremadamente diferente.²

En la actualidad, el resurgir de esta enfermedad representa una amenaza para la salud mundial.³ Desde 1980, en las Américas se reportan entre 200 000 y 250 000 casos de tuberculosis cada año. La epidemia VIH-SIDA, la fármacorresistencia, el incremento de poblaciones marginales y la negligencia de las infraestructuras de salud pública, específicamente las relacionadas con el control de la tuberculosis, han provocado la reemergencia de esta enfermedad.^{4,5} A

escala mundial, el número de personas infectadas por VIH y TB está aumentando y para el nuevo milenio alcanzará, según estimación de la OMS, los 4 000 000 de casos.⁶⁻⁸

A propósito del tema, nuestro trabajo presenta 2 casos de infección tuberculosa en enfermos con SIDA.

PRESENTACIÓN DE CASOS

CASO NO. 1

Paciente de 26 años de edad, del sexo masculino, con antecedentes de HTA, padece de SIDA, grupo VIH-1, hace 9 meses. Desde el comienzo de su enfermedad se le ha diagnosticado neurotoxoplasmosis, bronconeumonía a *pneumocisty carinii*, infección

¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente. Vicedecano Docente de la Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Miguel Enríquez".

² Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesora Asistente. Jefa del Departamento de Posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Miguel Enríquez".

³ Residente de 3er Año en Dermatología.

⁴ Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar. Vicedecano de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Miguel Enríquez".

digestiva por citomegalovirus, criptosporidiasis, anemia crónica e insuficiencia renal. En esta ocasión, ingresa por un síndrome febril prolongado con picos de 38 °C. Se encuentra anoréxico, asténico y ha tenido una pérdida del 15 % de su peso corporal. Se establece un cuadro convulsivo con cianosis generalizada y cefalea frontooccipital mantenida e intensa, que apenas se alivia con analgésicos, sin irradiación a otras zonas. Se establece un íleo paralítico y un cuadro respiratorio bajo con disnea, aleteo nasal, cae en letargo y fallece.

EXAMEN FÍSICO (DATOS POSITIVOS)

Murmullo vesicular disminuido, no estertores.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Hemograma: Hb: 72 g/L; Hto: 0,24 f/vol; eritrosedimentación: 100 mm/h; leucocitos: 9×10^9 / L; linfocitos: 0,5 neutrófilos: 0,66; eosinófilos: 0,03 y basófilos: 0,01.

Rayos X simple de tórax: Se observa una opacidad difusa en ambos campos pulmonares y opacidad en parches en vértice y lóbulo inferior izquierdo.

- . Diagnóstico clínico: SIDA a HIV-1, neurotoxoplasmosis.
- . Diagnóstico histológico: Granuloma tuberculoso; tuberculosis pulmonar.

CASO NO.2

Paciente de 44 años, del sexo femenino, con antecedentes de asma bronquial y reacción psicótica aguda. Contrajo SIDA hace 7 meses. Ingresó por un síndrome febril prolongado de un mes de evolución. Presenta astenia, anorexia, pérdida de peso (20 % de su peso corporal), epigastralgia intensa, náuseas y vómitos.

Comienza con convulsiones y horas más tarde pasa a un estado de estupor en el que fallece. En el examen físico se recoge polipnea, taquicardia y ascitis moderada.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS:

Hemograma: Hb: 71 g/L; eritrosedimentación: 106 mm/h; hematocrito: 0,24 f/vol; leucocitos: 1×10^9 g/L; linfocitos: 0,45; neutrófilos: 0,64; eosinófilos: 0,03 y basófilos: 0,01.

Tomografía axial computadorizada de abdomen: Negativa.

Globulinas: elevadas; aminotransferasas: Elevadas.

Rayos X de tórax: Se observan lesiones inflamatorias diseminadas, en parches, en las bases pulmonares.

Biopsia de estómago: Gastritis por virus de Herpes simple.

Laparoscopia: Hígado infiltrado.

- . Diagnóstico clínico: SIDA-HIV-1-linfoma abdominal.
- . Diagnóstico histológico: Tuberculosis generalizada.

DISCUSIÓN

La infección por *Mycobacterium tuberculosis* es un cuadro común por gérmenes oportunistas que coexisten en el SIDA.^{5,9,10} Los pacientes HIV sufren reactivaciones de la infección pulmonar primaria, así como infecciones primarias de nueva adquisición. Como sucede con la tuberculosis en otras situaciones, la infección puede quedar confinada a los pulmones o extenderse a otros órganos.¹⁰

En los pacientes estudiados, la primoinfección pasó inadvertida y se reactivó la tuberculosis al quedar el organismo inmunodeprimido por la infección por el VIH. También tiene importancia la acción oportunista del M. tuberculoso para haber producido en estos pacientes una primoinfección TB.

La forma de presentación de la tuberculosis en estos pacientes es atípica, no predomina la afectación de los vértices pulmonares, pero sí de otras zonas como las bases. También la baciloscopia de estos pacientes se presenta como pauci bacilar, por lo cual en el esputo BAAR directo habitualmente se obtienen resultados negativos, sólo son positivos en el cultivo. En ninguno de los 2 casos estudiados, se planteó la tuberculosis en vida del paciente.

En conclusión, del 30 al 60 % de los pacientes infectados por el HIV-1 presentan alguna forma de tuberculosis en algún momento de su evolución. En el 3-10 % de los casos hay afección del sistema nervioso central en forma de meningitis aguda o subaguda o, más raramente, tuberculoma. Las infecciones por

Mycobacterium tuberculosis son frecuentes en pacientes con inmunidad preservada y por *Mycobacterium avium complex*, en pacientes con deterioro importante de su inmunidad (linfocitos CD4 menor de 50/ μ L). Casi siempre existe bacteriemia que complica el cuadro clínico final y ocasiona la muerte por shock séptico.

SUMMARY

It is known that the reappearance of tuberculosis in the world is a serious problem for public health, not only for the underdeveloped countries, but also for the highly developed countries that have sufficient resources to fight this disease. The association of the HIV with M. Tuberculosis has produced a HIV-TB coinfection of unexpected results for the patient's life. In the present paper, a sample of 60 necropsies of HIV infected patients was reviewed, data and the anatomopathological summaries were taken from the medical histories of the studied patients. 2 of them were carriers of pulmonary or systemic tuberculosis. It was proved that the clinical diagnosis made did not include tuberculosis suspicion. The clinical signs of the disease in these seropositive patients were shown and a clinicopathological correlation was established in each case.

Subject headings: TUBERCULOSIS, PULMONARY/pathology; TUBERCULOSIS/pathology; ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME/pathology; AUTOPSY.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS. Asociación de VIH y tuberculosis: Guía técnica Bol Ofic. Sanit Panam 1993;115(4).
2. USPHS/IDSA. Prevention of opportunistic infections working group virus. Ann Intern Med 1997;127:922-46.
3. Adler JJ, Rose DN. Transmission and pathogenesis of tuberculosis. En: Rom WN, Garay S, eds. Boston: Little Brown and Co; 1996. P. 141-8.
4. American Thoracic Society. The tuberculin skin test. Am Rev Respir Dis 1981;124:356-64.
5. Caylà JA, Jansá JM, Sida y tuberculosis: confluencia de una nueva epidemia y una vieja endemia. Arch Bronconeumol 1992;28:21-6.
6. Enarson DA. Global epidemiology of tuberculosis. En: Rom WN, Garay S, eds. Tuberculosis. Boston: Little, Brown and Co. 1996 .P. 57-76.
7. Enarson P. Principles of IUATLD collaborative tuberculosis programmes. Bull Int Union Tuberc Lung Dis 1991;66:195-200.
8. Orme I. Immunity to mycobacteria. Medical intelligence unit Texas, Texas: R.G. Landes Company; 1995.
9. Small P, Schecter. Treatment of tuberculosis in patients with advanced human immunodeficiency virus infection. N Engl J Med 1991;324:289-94.
10. Verger G. Tuberculosis. En: Verger G, ed. Enfermedades infecciosas. Barcelona: Doyma; 1989 .P. 192-212.

Recibido: 11 de diciembre de 2001. Aprobado: 6 de marzo de 2002.

Dr. *Rafael Arocha Rodríguez*. Calle 19 No. 14121 entre B y C, Barrio Obrero, San Miguel del Padrón, Ciudad de La Habana, Cuba.