

Absceso pancreático tuberculoso como manifestación inicial del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

Dr. Ismael Ayala Hernández,* Dra. Mayra Martínez González,* Dr. José Halabe Cherem**

* Departamento de Medicina Interna, ** División de Medicina, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F. Tel. 627-6900 Ext. 6909.

Correspondencia: Dra. Mayra Martínez González. Mar de los Vapores 15, Ciudad Brisa. Naucalpan, Edo. de Mex. C.P. 53280

RESUMEN *Introducción:* La tuberculosis es frecuentemente la forma de presentación de la infección por VIH, y se presenta incluso en pacientes que aún no presentan el SIDA. Sin embargo, la afección pancreática es inusual, y de ésta, la focal es aún más rara. **Reporte del caso:** Presentamos el caso de un hombre de 49 años con antecedentes de 25 parejas heterosexuales y laparotomía exploradora tres años antes por lesión hepática por arma de fuego, en la que fue multitransfundido. Acudió con un cuadro de un año de evolución con fiebre de hasta 39°C, diaforesis, pérdida de peso de 8 kg en ocho meses y dolor abdominal, a quien por ultrasonografía se detectó imagen compatible con absceso pancreático por lo que se sometió a laparotomía exploradora para drenaje del mismo; la biopsia reportó tuberculosis. Persistió con dolor abdominal y fiebre, y la tomografía computada de abdomen mostró persistencia del absceso. La determinación de anticuerpos contra VIH fue positiva, con una cuenta de CD₄ de 110/mm.³ Se inició tratamiento antifímico con mejoría clínica y tomográfica. Tras dos años de seguimiento, el paciente se encuentra estable, únicamente en tratamiento antirretroviral con triple esquema, sin datos de recurrencia de la infección por tuberculosis. **Discusión:** La afección pancreática focal es una complicación muy infrecuente de la tuberculosis. Se considera que resulta de la diseminación de la infección de los ganglios linfáticos contiguos. Cuando se efectúa la aspiración con aguja de un absceso pancreático es necesaria la realización de cultivo para diagnóstico de tuberculosis. El tratamiento actualmente indicado es a base de un esquema reforzado con cuatro antifímicos en la fase intensiva (rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol) y tres en la de sostén (rifampicina, isoniacida y etambutol). Se trata del primer caso reportado en México de absceso tuberculoso de páncreas.

Palabras clave: Absceso pancreático tuberculoso, tuberculosis pancreática, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

SUMMARY *Introduction:* Tuberculosis is frequently the form of presentation of HIV infection, even in patients who have not developed AIDS. Nevertheless, pancreatic affection is rare, and focal pancreatic affection is even rarer. **Case report:** We present the case of a 49 years old man with antecedents of 25 heterosexual partners and exploratory laparotomy three years before because of an hepatic lesion during which he was multitransfused. He had a one year history of fever, diaforesis and abdominal pain, in whom ultrasonography detected an image compatible with pancreatic abscess, so he went through laparotomy for drainage; biopsy reported tuberculosis. He persisted with fever and abdominal pain, and a computed tomography scan demonstrated persistent pancreatic abscess. The determination of HIV antibodies was positive, and the CD₄ count in 110/mm.³ Antituberculous therapy was started and eight weeks later, the computed tomography showed improvement; also, he had clinical improvement. After a two-years follow up, he remains asymptomatic, only with antiretroviral therapy. **Discussion:** Pancreatic tuberculosis is an infrequent complication of this infection. It is considered the result of the dissemination of the infection from near lymphatic nodes. When needle aspiration of a pancreatic abscess is made, it is necessary to effectuate a culture in order to diagnose tuberculosis. The recommended treatment comprises a four antifimic scheme for 72 doses followed by a triple intermittent scheme for 60 more doses.

Key words: Tuberculous pancreatic abscess, pancreatic tuberculosis, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)

INTRODUCCIÓN

La infección por *M. tuberculosis* es más frecuente entre los pacientes con infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Como resultado de la falla progresiva en la inmunidad celular, la historia natural de la tuberculosis varía en estos pacientes y las formas pulmonar atípica y extrapulmonar son más comunes que en los pacientes sin infección por HIV, describiéndose que hasta un 70% de los pacientes HIV positivos con tuberculosis pulmonar cursan con alguna forma extrapulmonar.^{1,2} Además, es frecuentemente la primera manifestación de la infección por VIH incluso en pacientes que aún no presentan el Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA) establecido. Debido a su virulencia, tiende a presentarse desde los estadios tempranos de la enfermedad, tanto en las formas pulmonar como extrapulmonar.¹⁻³ En cuanto a la tuberculosis intraabdominal, la afección pancreática es más bien rara, habiéndose reportado en un 2-4.7% de los casos de tuberculosis miliar. La afección pancreática focal es aún más rara, sobre todo cuando no se identifica un foco primario de infección.³⁻¹⁰ Presentamos el caso de un paciente VIH positivo quien cursó con un absceso pancreático de origen tuberculoso como manifestación inicial de SIDA, debido a que se trata de una patología poco común, y con la finalidad de discutir el abordaje diagnóstico y terapéutico recomendado en estos casos.

REPORTE DEL CASO

Se trató de un hombre de 49 años de edad. Sus antecedentes de importancia, tabaquismo positivo desde los 18 años hasta los 48 años de edad. Alcoholismo ocasional negativo desde los 48 años de edad. Heterosexual con 25 parejas aproximadamente. Fiebre tifoidea a los 17 años de edad tratado con cloramfenicol, sin complicaciones. Laparotomía exploradora por herida por arma de fuego a los 46 años de edad, con hallazgo de lesión hepática por lo que fue multitransfundido. Herpes Zoster a los 47 años de edad, para lo cual recibió tratamiento no especificado. El padecimiento actual se caracterizó por fiebre de un año de evolución, de hasta 39.5 °C, sin predominio de horario, acompañada de diaforesis, pérdida de peso de 8 kg en ocho meses, y dolor abdominal difuso, intermitente, de moderada intensidad. Nueve meses después se agregó hematoquezia ocasional, de escasa cantidad. A la exploración física se encontró con lesiones de candidiasis oral, cuello y tórax sin alteraciones. Abdomen con dolor a la palpación, difuso y de pre-

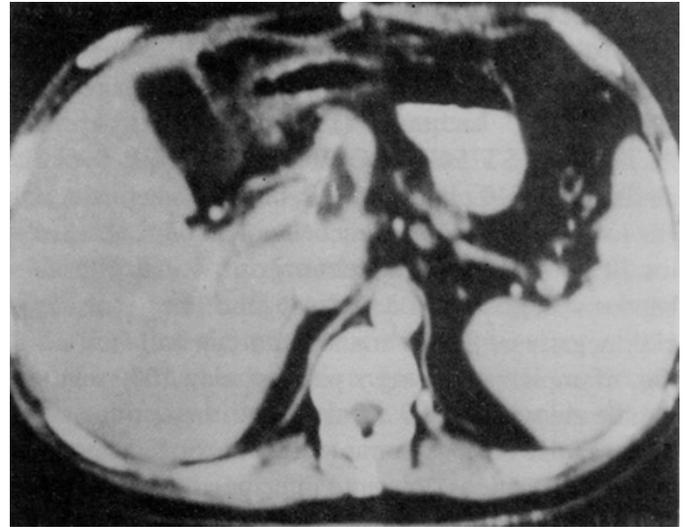


Figura 1. Tomografía computada de abdomen inicial.

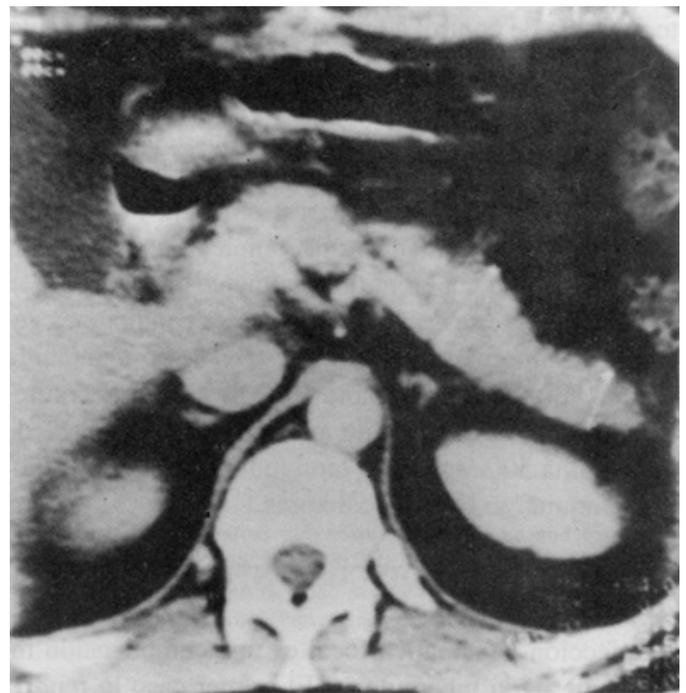


Figura 2. Tomografía computada de abdomen seis semanas después.

dominio en hemiabdomen superior. Al tacto rectal, hemorroides no sangrantes. Se le realizó ultrasonido abdominal el cual mostró la presencia de un absceso pancreático por lo que fue sometido a laparotomía exploradora para drenaje del mismo. El reporte de las biopsias tomadas fue positivo por tinción para *M. tuberculosis*, pero no se efectuó cultivo del mismo. Evolucionó persistiendo con fiebre y dolor abdominal. Se efectuó tomografía computada postoperatoria la cual mostró persistencia del absceso en la cabeza del páncreas (Figura 1).

La determinación de anticuerpos contra el VIH realizada postoperatoriamente resultó positiva. El laboratorio mostró una cuenta de CD₄ de 110/mm³, con una relación CD₄/CD₈ 0.19. La química sanguínea sin alteraciones, ALT 280/L, ST 54U/L, GGT 1930/L, DHL 295U/L, amilasa 1221U/L, lipasa 95U/L, biometría hemática con Hb 13.5g/dL, Hto 40%, leucocitos 4,500/mL, neutrófilos 70%, linfocitos 24%, monocitos 5%, basófilos 1%, bandas 4%; búsqueda de BAAR en orina y expectoración negativas. Se dio tratamiento con isoniacida 300 mg, rifampicina 600 mg y pirazinamida 1600 mg además de zidovudina 500 mg al día, y trimetoprim + sulfametoxazol 1 tab c/12 horas y fluconazol 100 mg al día como profilácticos. Presentó infección de la herida quirúrgica, superficial, con drenaje de material purulento en regular cantidad, cultivándose *S. coagulans* negativo, por lo que se administró dicloxacilina 500 mg IV c/6 horas durante 10 días con la cual cedió la infección. La tomografía de control a las seis semanas de tratamiento antifímico mostró ausencia de colecciones pancreáticas (Figura 2). Evolucionó satisfactoriamente, la fiebre desapareció y disminuyó el dolor abdominal, por lo que se continuó el tratamiento hasta completar 8 semanas, y posteriormente se continuó con isoniacida y rifampicina dos veces por semana hasta completar un año de tratamiento con lo cual remitió totalmente el cuadro.

Actualmente se encuentra en buenas condiciones generales, asintomático, la cifra de CD₄ se ha mantenido estable, última en noviembre 1997 de 157/mm³ con relación 0.16. Su tratamiento antirretroviral es a base de zidovudina 500 mg al día, lamivudina 150 mg c/12 horas y saquinavir 600 mg c/8 horas.

DISCUSIÓN

La afección pancreática focal es una complicación infrecuente de la tuberculosis. El primer caso lo reportó Stambler y cols⁹ en una paciente de origen haitiano en quien no se efectuó determinación de anticuerpos contra VIH y en la cual el retraso en su diagnóstico tuvo como consecuencia su muerte. El primer caso en un paciente con infección por VIH documentado fue reportado por Tetseli y col.¹¹

Se considera que la afección pancreática resulta de la diseminación de la infección de los ganglios linfáticos contiguos.^{2,5,6,8,9} Puede presentarse como pancreatitis aguda o crónica u obstrucción biliar.⁵⁻⁷ La formación de abscesos intrapancreáticos es muy rara, y es aún más raro que se presente en individuos sin un foco primario de infección aparente.^{4,5}

En el caso de este paciente, no se detectó un foco primario de infección, y la primera manifestación de la misma fue la formación del absceso, siendo también la que llevó al diagnóstico de SIDA.

La presentación clínica de la tuberculosis pancreática puede ser con anorexia, ataque al estado general, fiebre, pérdida de peso, diaforesis nocturna, dolor abdominal agudo o crónico.³ Dentro de los métodos de gabinete, la ultrasonografía y la tomografía computada delimitan claramente la lesión.³

Habitualmente el curso clínico prolongado va en contra de un absceso bacteriano, además de que no suele presentarse crecimiento difuso ni colecciones peripancreáticas. Una vez identificada la lesión por métodos de gabinete, y siempre y cuando ésta sea accesible, se recomienda la punción guiada con ultrasonido o tomografía, enviando a tinción y cultivo el material aspirado.^{4,5,7,8,10} El hecho de no encontrar bacilos ácido alcohol-resistentes no descarta el diagnóstico de tuberculosis por lo que es necesario el envío de material a cultivo; sin embargo, en algunos de los casos reportados en la literatura, al igual que en éste, no se efectuó el diagnóstico de esta manera^{3,5-7,9} sino únicamente con la tinción, y en algunos de ellos la obtención de material se efectuó durante laparotomía exploradora.^{2,3,5-9} De cualquier manera, la mejoría clínica y radiológica del paciente, tan patente posterior al inicio del tratamiento antifímico, corroboraron el diagnóstico.

En el paciente con infección por VIH que presente un absceso pancreático debe intentarse el diagnóstico de certeza con obtención de material por aspiración con aguja fina. Otra forma de obtener material para estudio es por medio de laparotomía exploradora. En éste tipo de pacientes en ausencia de evidencia de pancreatitis secundaria a alcoholismo, a obstrucción biliar, cirugía o traumatismo, y en quien se identifica una lesión focal en páncreas, y que no se encuentra en condiciones de someterse a un procedimiento invasivo, o no lo acepta, se ha sugerido el tratamiento antifímico empírico, ya que la mayoría de las infecciones que afectan páncreas en este tipo de pacientes, tales como citomegalovirus, toxoplasmosis, criptococosis y *Mycobacterium avium*, no se caracterizan por la formación de masas, mientras que las afecciones que sí se presentan en esta forma, como sarcoma de Kaposi y linfoma, requieren de tratamientos mucho más agresivos como quimioterapia y radioterapia, que no siempre son tan eficaces, y a los cuales muchos de estos pacientes ya no pueden ser sometidos por sus condiciones generales.³ Cuando se efectuó el diagnóstico y tratamiento de este pacien-

te, se siguieron las recomendaciones de la Sociedad Americana de Tórax y la CDC, en las cuales se establece no haber diferencia en el tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar o extrapulmonar, indicándose el esquema ya comentado a base de rifampicina 600 mg, isoniacida 300 mg y pirazinamida 1.5 a 2 g por ocho semanas y posteriormente con rifampicina e isoniacida hasta completar nueve o 12 meses en total, dependiendo del esquema que se siga,¹ en nuestro caso el tratamiento se prolongó hasta un año. Actualmente, y de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana de 1993, el tratamiento para el absceso pancreático por tuberculosis que se ha sugerido es el mismo que para cualquier paciente con tuberculosis extrapulmonar, se trate o no de un paciente VIH positivo, con el llamado «esquema reforzado» de una etapa intensiva a base de rifampicina 600 mg, isoniacida 300 mg, pirazinamida 1.5 a 2 g y etambutol 1200 mg, administrados durante 6 días de la semana hasta completar 72 dosis; posteriormente la fase de sostén incluye isoniacida 800 mg, rifampicina 600 mg y etambutol 2,400 mg tres veces por semana hasta completar 60 dosis.¹¹ El seguimiento con estudios de imagen se recomienda, al igual que en el absceso piógeno, a las 4-8 semanas de tratamiento;¹ en el caso de este paciente se efectuó a las seis semanas, mostrando mejoría clara. Cuando se inició el tratamiento antifímico de este paciente, aún no se encontraban en uso los inhibidores de las proteasas, por lo que no hubo interferencia entre los antirretrovirales y los fármacos antifímicos. Los pacientes con infección por HIV tienen una mayor frecuencia de recurrencia de tuberculosis, así como de infección por cepas multi-resistentes (para lo cual se ha sugerido la malabsorción como factor predisponente), dificultándose al tratamiento antituberculoso en estos pacientes; sin em-

bargo, nuestro paciente se ha mantenido en buenas condiciones generales, y continúa en seguimiento, dos años después de su diagnóstico.

La importancia de presentar este caso clínico radica en varios aspectos: el incremento en la frecuencia de presentaciones atípicas y extrapulmonares de tuberculosis desde la aparición de la infección por VIH; la dificultad que presenta el diagnóstico de esta forma, en particular de la tuberculosis pancreática, la importancia de un diagnóstico de certeza siempre que sea posible efectuarlo para un adecuado tratamiento y la importancia de continuar el seguimiento de estos casos. Hasta donde tenemos conocimiento, no hay otro caso similar publicado en México.

REFERENCIAS

1. *AIDS Clinical Review 1997/1998* Ed Volberding, 1998.
2. Varshney S, Johnson CD. Tuberculosis of the pancreas. *Postgrad Med J* 1995; 71 (839) 564-566.
3. Jaber B. Tuberculous pancreatic abscess as an initial AIDS-defining disorder in a patient infected with the human immunodeficiency virus: Case report and review. *Clin Inf Dis* 1995; 20: 890-894.
4. Desmond NM, Kingdon E, Beale TJ, Coker RJ, Tanner AG, Harris J. Tuberculous pancreatic abscess: An unusual manifestation of HIV infection. *JR Soc Med* 1995; 88: 109P-110P.
5. Cho K. CT Appearance in tuberculous pancreatic abscess. *J Comput Assist Tomogr* 1990; 14(1): 152-154.
6. Miguel F. Tuberculous pancreatic abscess. *Br J Surg* 1985; 72: 438.
7. Crowson MC. Tuberculosis of the pancreas: a rare cause of obstructive jaundice. *Br J Surg* 1984; 71: 239.
8. Brusko G, Melvin S, Fromkes J, Ellison C. Pancreatic tuberculosis. *Am Surg* 1995; 61: 513-515.
9. Stambler JB, Klinbaner M, Bliss C, Lamont T. Tuberculous abscess of the pancreas. *Gastroenterology* 1982; 83: 922-925.
10. Morris DL, Wilkinson LS, Mokhtar N. Case report: Emphysematous tuberculous pancreatitis diagnosis by ultrasound and computed tomography. *Clin Radiol* 1993; 48: 286-287.
11. Grupo Coordinador Institucional. *Revisión de la Norma Oficial Mexicana, SSA. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades.* 1993.