

Absceso hepático tuberculoso en paciente inmigrante con tuberculosis pulmonar

R. Bernabeu Mora, P. Paredes Reyes^a, J. Latour Pérez, P. Méndez Martínez, M. Lorenzo Cruz y F. Sánchez Gascón

Servicios de Neumología y ^aMicrobiología.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia.

El absceso hepático por *Mycobacterium tuberculosis* asociado a una tuberculosis pulmonar es un diagnóstico poco frecuente, e incluso aún más raro es encontrarlo en pacientes sin el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (sida). Presentamos el caso de un paciente inmigrante con serología negativa para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que presentó simultáneamente un absceso hepático tuberculoso y una tuberculosis pulmonar. La tinción de Ziehl-Neelsen, la PCR y el cultivo en Löwenstein-Jensen del material extraído del absceso permitieron establecer el diagnóstico microbiológico del mismo. La evolución fue buena, con desaparición de los síntomas y del absceso, tras tratamiento tuberculostático y drenaje del absceso bajo control mediante tomografía computarizada (TC).

Palabras clave: Absceso hepático. Tuberculosis. VIH.

Tuberculous liver abscess in an immigrant patient with pulmonary tuberculosis

Liver abscess due to *Mycobacterium tuberculosis* associated with pulmonary tuberculosis is a rare diagnosis, particularly in patients without AIDS. We report the case of a male immigrant with no HIV infection who developed a tuberculous liver abscess and pulmonary tuberculosis simultaneously. Ziehl-Neelsen stain, PCR and Löwenstein-Jensen culture of material sampled from the abscess established the microbiological diagnosis. The patient's course was good, with disappearance of symptoms and the abscess after tuberculostatic treatment and drainage of the abscess with monitoring by computed tomography.

Key words: Hepatic abscess. Tuberculosis. HIV.

Introducción

Los principales factores de riesgo de tuberculosis (TB) en el mundo occidental incluyen la infección por el VIH, la adicción a drogas intravenosas, la inmigración desde áreas endémicas, el alcoholismo, la cirrosis, neoplasias, la corticoterapia y la diabetes¹. Los abscesos hepáticos por *M. tuberculosis* son excepcionales en individuos inmunocompetentes, siendo también poco frecuentes en los enfermos de sida^{2,3}, en los cuales la TB abdominal afecta predominantemente a estructuras ganglionares⁴, aunque se han descrito abscesos tuberculosos en el hígado, el bazo, el páncreas, el retroperitoneo y la pared abdominal⁵, sobre todo en aquellos pacientes gravemente inmunodeprimidos y con TB resistente, lo cual se asocia a una mala respuesta terapéutica y elevada mortalidad en estos pacientes⁶. Presentamos el caso de un paciente inmigrante con un absceso hepático tuberculoso en el seno de una TB pulmonar.

Correspondencia: Dr. R. Bernabeu Mora.
Iglesia, 36. Granja de Rocamora. 03348 Alicante.

Recibido: 28-9-2001; aceptado para su publicación: 30-10-2001.

Observación clínica

Varón de 21 años, de origen marroquí, que convivía en España con varios compañeros diagnosticados de TB pulmonar. Había realizado el último viaje a su país hacía 6 meses. Desde entonces presentaba molestias abdominales difusas, náuseas y vómitos, por lo que fue tratado con espasmolítico y antiácido un mes antes del ingreso, mejorando el cuadro digestivo. En esta ocasión consultó por dolor pleurítico en el hemitórax derecho, tos seca, fiebre de 38 °C y un síndrome constitucional de 3 meses de evolución. En la exploración física sólo destacaba una febrícula de 37,8 °C y una hipofonía en la base pulmonar derecha, sin otros hallazgos de interés. La radiografía de tórax objetivó un infiltrado en el lóbulo inferior derecho acompañado de engrosamiento pleural (fig. 1). La analítica mostró una VSG de 29 mm/h sin otras alteraciones. La serología de VIH fue negativa. El Mantoux evidenció una induración de 17 mm. En 2 esputos la tinción de Ziehl-Neelsen no permitió observar bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR). En espera del cultivo de micobacterias y ante la sospecha de TB pulmonar, se inició tratamiento con isoniazida, rifampicina y pirazinamida con mejoría clínica, por lo que fue dado de alta para seguimiento ambulatorio, después de 15 días de tratamiento en el hospital. Dos semanas más tarde acudió de nuevo por una tumoración en el hipocondrio derecho, que había ido aumentando progresivamente de tamaño desde su alta,

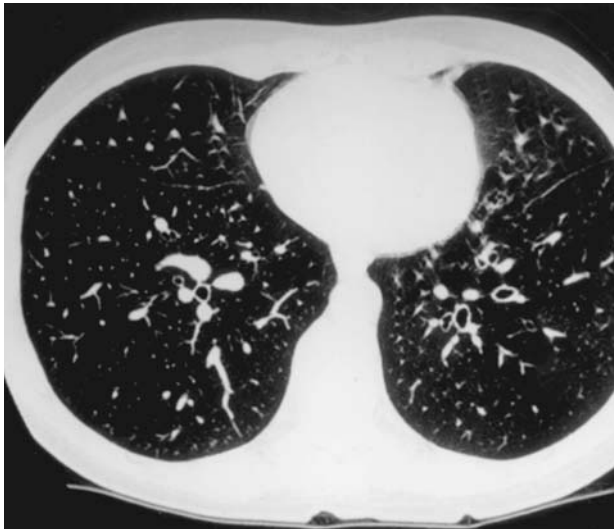


Fig. 1. Radiografía de tórax con infiltrado micronodular en la base pulmonar derecha y engrosamiento pleural asociado.



Fig. 2. TC abdominal que revela una imagen hepática hipodensa que fistuliza en la pared abdominal, compatible con un absceso tuberculoso.

acompañada de febrícula vespertina. En la exploración física presentaba una tumoración en el hipocondrio derecho, dolorosa al tacto, sin otros hallazgos patológicos. La analítica era normal. Se realizó ecografía que puso de manifiesto una colección hipocóica intrahepática de 12 cm, fistulizada a la pared abdominal. La TC confirmó los hallazgos ecográficos (fig. 2). Se practicó una punción guiada por TC de la lesión hepática, colocándose un catéter para drenaje y lavados a través del mismo durante un mes. La tinción de Ziehl-Neelsen del pus extraído objetivó la presencia de abundantes BAAR, confirmados como complejo *M. tuberculosis* por PCR, e identificados como *M. tuberculosis* tras su aislamiento en cultivo. Posteriormente, el cultivo de los dos esputos, recogidos en el anterior ingreso, también evidenció un crecimiento de *M. tuberculosis*. La cepa fue sensible a isoniazida, rifampicina, etambutol y estreptomina. En un posterior control con TC se observó una completa resolución del infiltrado pulmonar y del absceso hepático, tras cumplir tratamiento tuberculostático durante 6 meses.

Discusión

La TB abdominal, en la era anterior al sida, no representaba más del 1% de los casos de TB extrapulmonar, afectando casi exclusivamente al peritoneo o íleon terminal⁷. La afección hepática en la TB constituye la causa más frecuente de granulomatosis hepática en nuestro medio y en los pacientes infectados por el VIH⁸. Los granulomas tuberculoides hepáticos, cuya localización más frecuente es la lobulillar, se disponen habitualmente de forma micronodular o miliar y en raras ocasiones, al igual que ocurrió en nuestro caso, de forma macronodular o pseudotumoral, formando tuberculomas o abscesos fríos, que si son múltiples semejan metástasis y, si es único, un hepatocarcinoma, absceso piógeno o amebiano^{9,10}. Las diferentes formas anatomoclínicas de la afección hepática tuberculosa descritas se hallan asociadas a otras localizaciones de TB activa, como en el caso aportado, en el seno de una TB miliar aguda, de forma

aislada donde el hígado es el único órgano afectado y en el contexto de una TB pulmonar antigua⁹. Los abscesos hepáticos tuberculosos, generalmente, no se asocian con infección de localización pulmonar⁵, a diferencia del caso descrito. La clínica y los datos analíticos en la TB hepática son inespecíficos: hepatomegalia dolorosa, hipertermia, síndrome constitucional, anemia, monocitosis, elevación de la VSG y alteración de las pruebas de función hepática⁹. El desarrollo de ascitis e ictericia es excepcional¹⁰. En la forma aislada de TB hepática el diagnóstico es difícil, al adoptar ésta variantes sindrómicas tales como FOD, cuadros biliares o pseudotumorales. En estos casos la laparoscopia y la biopsia hepática sugieren el diagnóstico; la presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes y el cultivo de *M. tuberculosis* en la muestra hepática son signos patognomónicos, aunque poco frecuentes⁹. Por el contrario, como sucedió en nuestro enfermo, en los abscesos hepáticos tuberculosos de las formas pluriviscerales o miliares, donde la ecografía y la TC revelan imágenes de baja densidad¹¹, la punción y drenaje guiado es muy eficaz para el diagnóstico de confirmación microbiológico mediante la tinción de Ziehl-Neelsen y el cultivo en Löwenstein-Jensen del material extraído, así como para un tratamiento correcto de los mismos asociado a fármacos antituberculosos³, aunque en ocasiones se han resuelto únicamente con tratamiento médico¹². Al igual que otros autores², consideramos que el hallazgo de un absceso hepático en determinados grupos de riesgo de TB, como los pacientes infectados por el VIH o inmigrantes de zonas endémicas, obliga a descartar la etiología micobacteriana del mismo, dada su buena respuesta al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. McCray E, Weinbaum C, Branden C, Onorato IM. The epidemiology of tuberculosis in the United States. Clin Chest Med 1997; 18:99-133.

BERNABEU MORA R, ET AL. ABSCESO HEPÁTICO TUBERCULOSO EN PACIENTE INMIGRANTE
CON TUBERCULOSIS PULMONAR

- Martín I, Aguayo DM, Cordero F, Pujol E. Abscesos hepáticos tuberculosos como forma de presentación de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *An Med Intern (Madrid)* 1993;10:123-6.
- Roig P, Pérez L, Navarro V, López M, Portilla J, Cuadrado JM. Abscesos tuberculosos hepáticos en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: presentación de dos casos y revisión de la literatura. *Rev Clin Esp* 1995;195:89-91.
- Soriano V, Tor J, Domenech E, Gabarre E, Muga R, Inaraja L, et al. Tuberculosis abdominal en los pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Med Clin (Barc)* 1991;97:121-4.
- Bascuñana A, Torres M, Pérez M, López A, Rendón P, Pérez E. Abscesos abdominales tuberculosos en pacientes con sida: descripción de cinco casos. *Med Clin (Barc)* 1990;95:259-61.
- Valencia ME, Moreno V, Soriano V, Laguna F, Adrados M, Ortega A, et al. Abscesos hepatosplénicos tuberculosos, infección por virus de la inmunodeficiencia humana y tuberculosis multirresistente. *Rev Clin Esp* 1996;196:816-20.
- Sen P, Kapila R, Salaki J, Louria D. The diagnostic enigm of extrapulmonary tuberculosis. *J Chronic Dis* 1977;30:331-50.
- Vilades C, Ferre R, Martín-Urda A, Vidal F, Mayayo E, Richart C. Hepatitis granulomatosa y fiebre de origen desconocido. *An Med Intern (Madrid)* 1994;11:334-7.
- García JD, Solís JA, Colina F, Ramírez J, Guerra JM, Alonso F. Tuberculosis hepática: estudio de 40 casos. Aspectos clinicobiológicos, morfológicos y bacteriológicos. *Rev Clin Esp* 1988;182:261-6.
- Martín-Vivaldi R, Espinosa MD, Nogueras F, Quintero D, García M, Pinel LM, González A. Tuberculosis hepática seudotumoral. Aspecto laparoscópico. *Gastroenterol Hepatol* 1996;19:456-8.
- Patanakar T, Prasad S, Armao D, Mukherji SK. Tuberculous abscesses of the liver. *Am J Roentgenool* 2000;174:1166-7.
- Fernández M, Martínez R, Iglesias M, Del Río D, Arrojo P. Absceso hepático tuberculoso en VIH. *An Med Intern (Madrid)* 1999;16:105-6.