

Micobacterias y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Micobacterias y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Elvia Zenaida Quevedo Martínez
Adriana Motta Beltrán
Gerzain Rodríguez Toro

RESUMEN

Las infecciones cutáneas por micobacterias no son usuales, pero su importancia ha cambiado durante los últimos años con la aparición de la infección por VIH. Se informan dos casos en pacientes con SIDA que presentaron infección por micobacterias. El primero tuberculosis periorificial asociada con tuberculosis pulmonar y el segundo una úlcera inguinal por *Mycobacterium avium intracelulare*. Se describe el tratamiento y su sorprendente evolución.

Palabras clave: tuberculosis, micobacterias atípicas, SIDA.

HISTORIA CLÍNICA

CASO NO. 1

Hombre de 33 años de edad, bisexual, con antecedentes de infección por VIH desde hace 5 meses; consulta por úlcera perianal dolorosa de 5 meses de evolución, acompañada de fiebre, tos seca, pérdida de peso y malestar general. Presentó neumonía hace 3 años.

Al examen físico se encontró un paciente en condiciones generales aceptables; presenta una úlcera perianal de bordes regulares con fondo sucio y tejido de granulación, y en su polo inferior lesión tumoral exofítica de 2 cm de diámetro. Se sospecha carcinoma escamocelular vs. úlcera amebiana vs. herpes simple (Figura 1). Se toman biopsias que muestran epidermis con extensa úlcera recubierta por fibrina y polimorfonucleares. En la dermis, granulomas constituidos por células epitelioides con abundantes linfocitos y escasos polimorfonucleares. Se observa

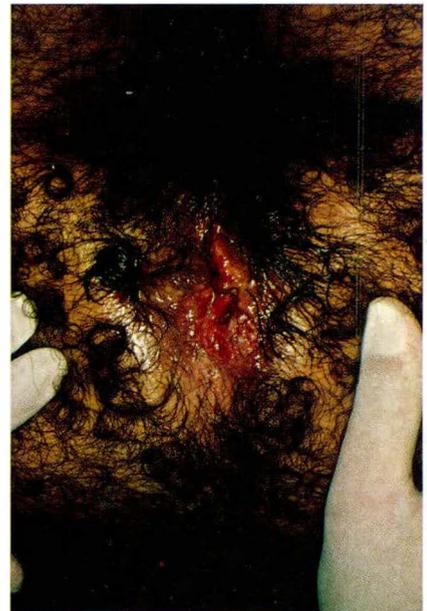


Figura 1. Úlcera perianal por *Mycobacterium tuberculosis*.

necrosis de caseificación. ZN: algunos bacilos ácido-alcohol resistentes (Figura 2). Los Rx de tórax son compatibles con TBC pulmonar. Cuadro hemático: Hb: 14 g/dl, Hto. 44%, leucocitos 8500 mm³, neutrófilos 71%, linfocitos 21%, eosinófilos 5%, monocitos 3%. linfocitos CD4: 330 células/mm³. Relación CD4/CD8: 0.28. VDRL: no reactiva, glicemia 69 mg/dl, BUN 7.6, creatinina 0.83, TGO 22, TGP

Elvia Zenaida Quevedo Martínez, Residente Dermatología, Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.

Adriana Motta Beltrán, Dermatóloga, Hospital Simón Bolívar-Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.

Gerzain Rodríguez Toro, Jefe Laboratorio Patología, Instituto Nacional de Salud (INS), Bogotá, D.C.

Correspondencia: Adriana Motta, calle 134 #13-83, consultorio 1021, teléfono 520 22 30, Bogotá, D.C.

E-mail: elviaqueve@hotmail.com

Micobacterias y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

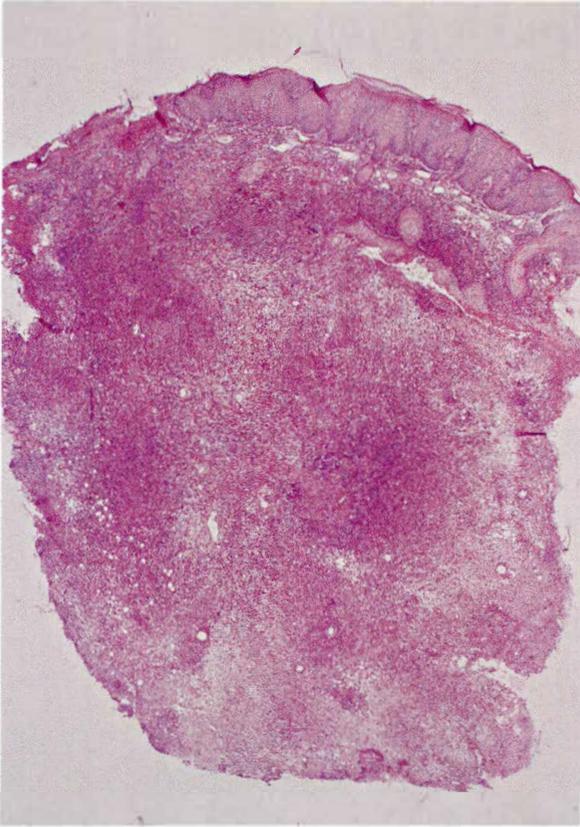


Figura 2. Hiperplasia epidérmica con trayectos epiteliales hacia la dermis, rodeados por polimorfonucleares y granulomas de células epiteloideas.

11; parcial de orina y coproscópico normal. Con estos hallazgos se hace una impresión diagnóstica de TBC pulmonar y TBC periorificial, por lo cual se hospitaliza al paciente para iniciar tratamiento antituberculoso con pirazinamida, isoniazida, rifampicina y etambutol. El paciente evoluciona satisfactoriamente, presentando a los 15 días disminución del dolor e inicio de cicatrización, la cual se completa a los 2 meses de tratamiento. Los cultivos de piel y esputo informaron aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis*.

CASO No. 2

Hombre de 30 años de edad, con antecedentes de infección por VIH-SIDA desde hace 2 años. Hace cuatro

meses presenta úlcera inguinal izquierda. El paciente tiene antecedentes de tuberculosis pulmonar tratada hace 18 meses, retinitis por citomegalovirus tratada, condilomatosis, herpes perianal y leucoplasia vellosa oral. Al examen físico se encuentra en buen estado general, se observa una úlcera bien delimitada de 3.5 x 2 cm, cubierta por una costra hemática en su superficie y secreción serosa en su interior (Figura 3). Con sospecha de tuberculosis cutánea, se toma biopsia que informa discreta hiperplasia epidérmica, con trayectos epiteliales hacia la dermis rodeados por polimorfonucleares y granulomas de células epiteloideas.

ZN: bacilos ácido-alcohol resistentes cortos y rígidos. Cuadro hemático: Hb. 15 g/dl, Hto. 42.7%, leucocitos 4510, neutrófilos 54%, linfocitos 35%, eosinófilos 2%, monocitos 3%, VSG 35 mm/hora. Las pruebas de función hepática,



Figura 3. Úlcera inguinal por *Mycobacterium avium intracellulare*.

Micobacterias y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

y renal son normales. Recuento de CD4: 95 células con relación CD4/CD8: 0.16. Los Rx de tórax son normales. El paciente inicia tratamiento antirretroviral con zidovudina, lamivudina e indinavir. En el cultivo se aisló *Mycobacterium avium intracelulare*. A pesar de no iniciar tratamiento para la micobacteria, el paciente presenta una notable mejoría, aumentando el recuento de células CD4 a 261 células/mm³ y completando la cicatrización de su úlcera en 4 meses.

DISCUSIÓN

Las enfermedades por micobacterias se dividen en tres categorías: tuberculosis, lepra y micobacterias no tuberculosas o atípicas. Las dos primeras son por naturaleza patógenas para los humanos, pero, con la epidemia del SIDA y las terapias inmunosupresoras, las micobacterias atípicas se presentan con mayor incidencia como infecciones oportunistas. En los países desarrollados la TBC es la infección oportunista más común en los pacientes con VIH, y la infección por *Mycobacterium avium* es la infección bacteriana sistémica oportunista más común en estos pacientes.¹⁻³

En el Hospital Regional Simón Bolívar (Bogotá) tenemos 1800 pacientes inscritos en el programa especial para pacientes con VIH. En los últimos tres años, se diagnosticó tuberculosis pulmonar y extrapulmonar en 165 (18%) de 897 pacientes que consultaron. Con la terapia multidroga introducida por la OMS en 1981, se disminuyeron notablemente la tuberculosis y la lepra; sin embargo, las micobacterias atípicas son más resistentes a varios tratamientos, haciendo difícil su erradicación.³

La infección por TBC en mucosas o periorificial se presenta en pacientes con tuberculosis interna avanzada, y su presentación es muy rara. Se considera una forma de autoinoculación de la tuberculosis, por bacilos que se están eliminando por vía canalicular (ejemplo: intestino, tráquea, laringe, boca), aunque fuentes extrañas pueden ser responsables. Las lesiones aparecen por inoculación directa, por vía linfática o hematogena alrededor de los orificios naturales (boca, genitales y ano); el trauma determina el sitio de la lesión. La patología muestra necrosis, polimorfonucleares y granulomas con presencia de numerosos bacilos, como se ilustra en el primer caso. El cultivo siempre es obligatorio, porque identifica con exactitud el germen causal y puede usarse para estudios de sensibilidad a la droga.² Afecta principalmente a pacientes con alteraciones de la inmunidad mediada por células.⁴

La infección por *Mycobacterium avium intracelulare* tiene una alta incidencia en los pacientes con VIH. Se transmite por la ingestión de agua contaminada y usualmente causa infección pulmonar crónica. El compromiso cutáneo es raro; se presentan pápulas y nódulos eritematosos y edematosos que, al romperse, forman úlceras con baja tendencia a la cicatrización. Se describen también formas de linfadenitis, osteomielitis, fístulas y celulitis. La infección ocurre por inoculación traumática o como una forma diseminada a partir de la enfermedad pulmonar, por vía sanguínea o linfática. El cuadro se acompaña de fiebre, malestar general, pérdida de peso y diarrea.^{2,3,5}

El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos apoyado con la histopatología, cultivos específicos, pruebas bioquímicas y antígenos específicos.⁵

El tratamiento de la tuberculosis periorificial sigue las mismas pautas del tratamiento para TBC pulmonar. El tratamiento de las enfermedades producidas por micobacterias atípicas consiste en la debridación y resección quirúrgica del área afectada, si la infección es localizada, y en el uso de quimioterapia en los restantes tipos de enfermedad; sin embargo, ésta es complicada por la susceptibilidad limitada de las micobacterias a los antimicrobianos. Se han utilizado eritromicina, amikacina, cefoxitina, claritromicina, ciprofloxacina, eritromicina, imipenem y doxiciclina, pero hasta ahora los resultados obtenidos presentan una gran variabilidad, y en el momento no hay un régimen único y satisfactorio. Se recomienda el uso de terapias combinadas.^{2,5} En nuestro segundo caso es importante recalcar que el paciente, al mejorar su estado de inmunosupresión, resolvió la enfermedad por micobacterias, sin necesidad de usar quimioterapia específica.

SUMMARY

Cutaneous infections by mycobacteria are unusual, but their importance has changed during the last few years with the appearance of the HIV infection. Two cases of patients with AIDS, with mycobacterial infections, the first one with pulmonary and orificial tuberculosis and the second one with an inguinal ulcer caused by *Mycobacterium avium intracelulare*, are reported. The treatment and its amazing evolution are described.

Key words: tuberculosis, atypical mycobacteria, AIDS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hautmann G, Katsambas A, Lotti T. Non-tuberculous mycobacterias skin infections. J Eur Acad Dermatol Venereol 1997; 9:1-35.
2. Rodríguez G, Ortigón M, Camargo D, et al. *Mycobacterium chelonae* y *Mycobacterium abscessus*: patógenos emergentes. Biomédica 1996; 16:217-238.
3. Escalonilla P, Esteban J, Soriano ML, et al. Cutaneous manifestations of infection by nontuberculous mycobacterias. Clin Exp Dermatol 1998; 23:214-221.
4. Gawkrödger DJ. Mycobacterial infections. En: Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG. Textbook of Dermatology, Londres. Blackwell Science 1998:1181-1214.
5. Weitzul S, Eichhorn A, Pandya A. Nontuberculous micobacterias infections of the skin. Dermatol Clin 2000; 18:2.