



Palacio de Convenciones de La Habana, Cuba
15 al 19 de mayo de 2023

Tuberculosis extrapulmonar en una paciente con Linfoma no Hodgkin. Presentación de un caso.

Eliet Cambara Pérez ¹
Ana María Trujillo Cañete ²
Alejandro Velázquez Santana ³

¹ Hospital Clínico quirúrgico “Lucia Iñiguez Landín”, Holguín, Cuba, eliet@infomed.sld.cu

² Hospital Pediátrico Universitario Provincial; “Octavio de la Concepción de la Pedraja”, Holguín, Cuba, anacanete1312@gmail.com

³ Hospital Clínico quirúrgico “Lucia Iñiguez Landín”, Holguín, Cuba

Resumen: La tuberculosis es una infección bacteriana que afecta principalmente a los pulmones, pero puede propagarse a otros órganos, causando complicación infecciosa sobre todo en pacientes inmunocomprometidos o con tratamientos inmunosupresores. La afectación hepática de la tuberculosis es poco frecuente y tiene escasa especificidad en las manifestaciones clínicas y biológicas, por lo que su diagnóstico representa un verdadero reto clínico, a pesar de lo cual se observa una rápida mejoría tras la instauración del tratamiento tuberculostático. **Presentación del caso clínico.** Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de linfoma no Hodgkin de tres años de evolución que luego de varios esquemas de tratamiento con quimioterapia intensiva presentó una complicación con una tuberculosis hepática. **Conclusión.** La adecuada terapia antituberculosa permitió la adecuada evolución clínica y paraclínica y la remisión de su enfermedad oncológica

Palabras clave: tuberculosis, tuberculosis hepática, tratamientos inmunosupresores.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es una enfermedad granulomatosa de etiología infecciosa, causada por *Mycobacterium tuberculosis*. Presenta una amplia distribución en el mundo y constituye una de las primeras causas de muerte en pacientes inmunocomprometidos, especialmente en países pobres. ¹

Después de la entrada de la bacteria en el organismo humano por vía respiratoria, la TB puede afectar a diferentes órganos con una evolución lenta. ¹ Su manifestación más habitual es el com-

promiso pulmonar, pero en individuos con el sistema inmunológico comprometido, debido a diversos factores, la bacteria migra para otros órganos distantes, lo que conlleva al compromiso extrapulmonar, el cual representa sólo aproximadamente del 11 al 25 % de todos los casos. Estas formas son, por lo regular, de peor pronóstico que las formas pulmonares y conlleva un desafío diagnóstico importante que requiere una alta sospecha clínica.²

La afectación hepática en la tuberculosis extrapulmonar es poco frecuente y puede debutar de diferentes formas clínicas, dado que esta presentación es poco común y los síntomas son inespecíficos, el diagnóstico se dificulta sin un análisis patológico que lo confirme.³

MÉTODO

Se presenta el caso clínico de una paciente con diagnóstico de un linfoma no Hodgkin mediatinal complicada con una tuberculosis hepática difusa sin compromiso pulmonar.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 19 años de edad, con antecedentes personales de aparente salud hasta hace dos años que inició seguimiento por el servicio de Oncohematología pediátrica por diagnóstico de un linfoma no Hodgkin esclerosante mediatinal de células B en estadio III, para lo cual llevó tratamiento con quimioterapia según protocolos establecidos, mostrando refractariedad a los fármacos, lo que obligó a realizar tratamiento de rescate con esquemas más intensivos durante varios ciclos, obteniéndose finalmente mejoría significativa y evolución favorable.

Al pasar de la atención pediátrica a la de adultos se realizó reevaluación para definir estado actual de la paciente, la cual se encontraba clínicamente con buen estado general, aunque refería fiebres vespertinas ocasionales y dolor esporádico en hipocondrio derecho y epigastrio, tenía un examen físico normal. Se realizaron los siguientes estudios, todos dentro de límites normales: hemograma completo, conteo de retículos, estudios de función renal y hepática, coagulograma, urocultivo, hemocultivo, VDRL, microelisa para VIH, serología para virus de hepatitis B y C, electrocardiograma, ecocardiograma y medulograma.

Los hallazgos anormales fueron: eritrosedimentación elevada (VSG: 125 mm/h), proteína C reactiva elevada (PCR: 13 mg/dl), Ganma glutamil transpeptidasa elevada (GGT: 162u/I), FAL elevada (245 u/I), en el rayos x de tórax se observó reducción marcada de la masa mediatinal en

relación con estudio inicial, ausencia de lesiones pleuropulmonares y elevación del hemidiafragma derecho; el ultrasonido abdominal informó hígado aumentado de tamaño a expensas del lóbulo izquierdo con múltiples imágenes hipocogénicas, redondeadas, de pequeño tamaño, en ambos lóbulos, resto del estudio normal; TAC simple de tórax y abdomen donde se constató masa mediastinal superior derecha con disminución significativa en relación con estudio inicial, las alteraciones hepáticas no fueron demostrables por este estudio; TAC contrastado no se pudo realizar pues la paciente es alérgica al yodo. Se definió realizar una laparoscopia exploratoria en la que se evidenció el hígado aumentado de tamaño, de superficie lisa, con algunas lesiones blanco-grisáceas en ambos lóbulos; se tomó muestra para biopsia de hígado. El estudio histológico informó borramiento de la arquitectura lobulillar por la presencia de granulomas múltiples rodeados de linfocitos, con células gigantes tipo Langhous y bacilos ácido- alcohol resistentes así como área focal de necrosis, con tinción de Ziehl-Neelsen (ZN) positiva (Figura 1), concluyéndose como una tuberculosis extrapulmonar con afectación hepática.

Desde el punto de vista de su enfermedad oncológica se consideró en remisión y se mantuvo sin tratamiento específico, con seguimiento estricto en consultas externas. El control de su enfermedad infecciosa estuvo a cargo del Servicio de Epidemiología, pautándose tratamiento con terapia antituberculosa (isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol) por el término de seis meses, con una adecuada evolución clínica y paraclínica, durante ese tiempo la paciente no presentó síntoma alguno de enfermedad, por lo cual no se pudo demostrar otra fuente infecciosa. Al momento de este reporte la paciente completó terapia antituberculosa y está asintomática.

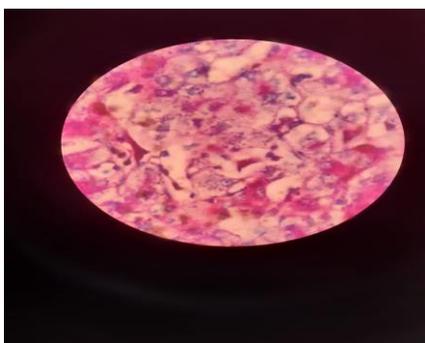


Figura 1. Estudio histopatológico. Coloración de Ziehl-Neelsen (ZN) positiva para bacilos ácido-alcohol resistentes.

DISCUSIÓN

El compromiso hepático por tuberculosis es una forma inusual de la enfermedad, es considerada como una manifestación rara de la tuberculosis abdominal y constituye el 1% de todos los

casos de tuberculosis, en la mayoría de los casos se presenta en el marco de una infección sistémica diseminada o se acompaña de una afectación intra-abdominal mayor, incluyendo bazo, peritoneo y ganglios.³

En el caso de una TB hepática primaria, el bacilo de Koch probablemente accede al hígado a través de una diseminación hematológica o linfática, inocua para los otros tejidos por razones desconocidas, o bien lo hace por diseminación biliar desde un foco intestinal.^{2,3} Es un evento infrecuente debido a que, en teoría, la baja tensión de oxígeno del hígado es poco favorable para el crecimiento de la micobacteria.⁴

La TB hepática aparece en pacientes inmunocomprometidos, la mayor incidencia se da en el contexto de pacientes infectados por el VIH, insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus y tratamientos con inmunosupresores, como los trasplantados o con neoplasias.⁵ Existen tres formas de presentación: afectación hepática difusa asociada a enfermedad pulmonar, afectación hepática difusa sin compromiso pulmonar, y afectación local como absceso o tuberculoma solitario.^{5,6}

Se caracteriza por tener sintomatología inespecífica, aunque puede presentarse como fiebre de origen desconocido (FOD)^{7,8}, pero también con síntomas como hepatomegalia dolorosa y esplenomegalia, o simular patología biliar o tumoral, con ascitis e ictericia. La escasa especificidad de las manifestaciones clínicas, al igual que las pruebas de laboratorio o imagenológicas la convierte en una enfermedad que difícilmente se sospecha y por tanto el tiempo en obtener el diagnóstico es variable.⁹

Dentro de las alteraciones de laboratorio se destacan la existencia de anemia normocítica-normocrómica, monocitosis, VSG elevada, Prueba de tuberculina positiva, elevación de fosfatasas alcalinas y transaminasas, en especial la GGT sin elevación importante de TGO, perfil encontrado en nuestro caso. Dentro de los exámenes imagenológicos, la radiografía de tórax suele ser normal y el ultrasonido abdominal puede mostrar lesiones hepáticas hipodensas, calcificaciones miliares y/o lesiones con calcificaciones centrales.^{9,10}

La TAC es la prueba de mayor sensibilidad y especificidad diagnóstica, permitiendo visualizar lesiones únicas y/o múltiples hipodensas, que en nuestro caso no mostró datos de interés. La confirmación del diagnóstico en la mayoría de los casos se realiza por laparoscopia abdominal con biopsia hepática y estudio microbiológico del material biopsiado.¹⁰

En gran parte de los casos se observa una mejoría rápida de la sintomatología clínica tras la instauración de la terapia tuberculostática.

CONCLUSIONES

Se presenta el caso clínico de una paciente con diagnóstico de un linfoma no Hodgkin mediatinal complicada con una tuberculosis hepática difusa sin compromiso pulmonar, en la cual la terapia antituberculosa permitió la adecuada evolución clínica y paraclínica y la remisión de su enfermedad oncológica.

REFERENCIAS

1. Global tuberculosis report 2019 [internet]. Génova: World Health Organization; 2019 [citado el 5 de junio de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf>
2. Fitzgerald D, Hass DW. Mycobacterium tuberculosis. In: Mandell G, Benett's principles and practice of Infectious Diseases. Sixth Ed. Philadelphia, E Churchill. Livingstone; 2005; 2852-86.
3. Lewis J, Zimmerman H. Tuberculosis de hígado y vías biliares. En Schollossberg D, ed. Tuberculosis e infecciones por micobacterias no tuberculosas. México. Editorial McGraw-Hill, 2000; 271-299.
4. Moulding T. Patogenia, fisiopatología e inmunología: orientaciones clínicas. En Schollossberg D, ed. Tuberculosis e infecciones por micobacterias no tuberculosas. México. Editorial McGraw-Hill, 2000; 54-64.
5. Desai CS, Josh AG, Abraham P, Desai DC, Deshpande RB, Bhaduri A, Shah SR. Hepatic tuberculosis in absence of disseminated abdominal tuberculosis. Ann Hepatol. 2006, 5: 41-3.
6. López Pérez MP. Informe de evento tuberculosis, Colombia, 2017 [Internet]. SIVIGILA. 2018; 3:1-21 [citado el 7 de junio de 2020]. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/Tuberculosis 2017.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/Tuberculosis%202017.pdf)
7. Loja D, Vilca M, Álvarez P. Hepatitis granulomatosa tuberculosa como causa de fiebre de origen desconocido. Rev Gastroent Perú 2002; 22: 324-9.
8. Loja D, Vilca M. Granulomatous tuberculous hepatitis as cause of fever of unknown origin. Rev Gastroenterol Perú. 2002; 22: 324-9.

9. Kharrasse G, Soufi M, Berekhli H, Intissar H, Bouz-iane M, Ismaili Z. Primary tuberculo-
ma of the liver: A case report and literature review. Pan African Med J. 2014;19:321. doi:
10.11604/pamj.2014.19.321.5107.

10. Rai S, Thomas WM. Diagnosis of abdominal tuberculosis: the importance of laparoscopy J
R Soc Med 2003; 96: 586-8.