

# Adenopatias en paciente con virus de inmunodeficiencia humana. Reporte de un caso.

Lymphadenopathy in a patient with human immunodeficiency virus. A case report.

**Autores:** Lerman Tenenbaum D<sup>1,2</sup>, Vera L<sup>1</sup>, Taborro A<sup>1</sup>,  
Truccolo P<sup>1,3</sup>, Anziano A<sup>1,4</sup>, Martínez C<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Infectología. Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, Santa Fe.

<sup>2</sup>Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario.

<sup>3</sup>Servicio de Infectología. Hospital Roque Saenz Peña. Rosario, Santa Fe.

<sup>4</sup>Servicio de Infectología. Hospital Italiano, Rosario, Santa Fe.

<sup>5</sup>Servicio de Microbiología, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, Santa Fe.

**Autor por correspondencia:** Damián Lerman Tenenbaum— [damianlerman@live.com](mailto:damianlerman@live.com)

**Conflicto de intereses:** no presenta.

## Resumen

Las adenopatías son un hallazgo frecuente en pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV) y pueden ser consecuencia de numerosas patologías. La sospecha diagnóstica y la confirmación etiológica generan un impacto directo en la terapéutica elegida lo que redundará en la mortalidad, sobre todo, de pacientes que se encuentran en etapa SIDA. La accesibilidad a la metodología diagnóstica, los tiempos hospitalarios y, muchas veces, la necesidad de comenzar de manera inminente el tratamiento pueden incurrir en una elección inadecuada del mismo. Relatamos el caso clínico de un paciente con infección por HIV, en etapa SIDA, que presentó adenopatías en el contexto de una granuloma por *Mycobacterium tuberculosis* con resistencia a rifampicina e isoniazida. Se integró el abordaje terapéutico en función de las contradicciones que surgen del tratamiento de pacientes en donde existe sospecha de coinfección sin diagnóstico etiológico.

**Palabras claves:** Adenopatías. Virus de Inmunodeficiencia Humana. *Mycobacterium Tuberculosis*.

## Summary:

Adenopathies are a frequent finding in patients with human immunodeficiency virus (HIV) infection and can be the consequence of numerous pathologies. The clinical case of a patient with HIV infection who presented lymphadenopathy in the context of a *Mycobacterium tuberculosis* granuloma is reported.

**Key words:** lymphadenopathy. Human Immunodeficiency Virus. *Mycobacterium Tuberculosis*.

## Introducción

En los pacientes con infección por HIV la respuesta inmunológica puede verse diezmada en su calidad lo que hace a estos pacientes más propensos a tener infecciones. Un hallazgo frecuente es la presencia de crecimiento ganglionar como respuesta a procesos infecciosos; neoplasias malignas o causas inmunológicas (1).

La Organización Panamericana de la Salud afirma que la coinfección más frecuente en pacientes con adenomegalias y HIV es la tuberculosis (TBC) ganglionar que constituye un 48 a 50% del total de las causas infecciosas (2).

A su vez, dentro de las diferentes neoplasias, el linfoma no Hodgkin (LNH) es una de las más frecuentes. Se ha estimado que la incidencia de LNH en pacientes con infección por VIH es 100 veces la encontrada en la población general y en los casos de linfoma Hodgkin es entre 5 y 15 veces la tasa de la población general (3).

Es de suma importancia diferenciar entre estas causas, ya que el tratamiento y el pronóstico pueden variar de manera significativa si hay un retraso en el diagnóstico.

**Caso clínico:**

Paciente masculino de 40 años tabaquista de jerarquía, ex adicto, consultó por cuadro clínico de 40 días de evolución caracterizado por registros febriles diarios asociados a pérdida de peso y sudoración nocturna.

Al examen físico presentó adenopatías supraclaviculares, móviles, duro elásticas, no dolorosas a la palpación, asociadas a hepato-esplenomegalia.



Como medidas iniciales de estudio se solicitaron análisis de laboratorio clínico y urocultivo acompañado de serología para retrovirus que resultó reactiva, obteniéndose los valores de carga viral (609398 copias /ml) y el recuento de CD4 (104).

En el contexto de la infección por HIV y, por continuar con registros febriles, se realizó tomografía axial computada (TAC) de tórax y abdomen que informó múltiples adenomegalias asociadas a imagen nodular de contorno espiculado en lóbulo inferior derecho y se amplió, por presunción diagnóstica, con antigenemia para *Cryptococcus neoformans*, serologías para Chagas, toxoplasmosis, citomegalovirus y Epstein Barr que arrojaron resultados negativos.

Transcurridas dos semanas, el citado paciente concurrió al Servicio de Infectología por presentar adenopatía latero cervical derecha de consistencia dura-pétreo sin eritema ni dolor a la palpación decidiéndose, por tal motivo, solicitar imagen ecográfica que informó múltiples adenomegalias cervicales bilaterales con pérdida del tejido graso y degeneración quística a nivel yugulo carotídeo derecho, región parotídea derecha y submaxilar izquierda. Así mismo se interconsultó al Servicio de Cabeza y Cuello con el fin de evaluar la realización de una biopsia en el contexto de sospecha diagnóstica de linfoma, tomando la decisión de comenzar con el tratamiento antirretroviral en cuyo esquema se incluyó dolutegravir, lamivudina y tenofovir.

Luego de transcurrido 10 días se realizó la punción de la adenopatía cervical que fue enviada para estudio anatómo-patológico continuando, al mismo tiempo, con fiebre y el agregado de síntomas

respiratorios decidiéndose entonces su internación en sala general.

Durante la misma se solicitaron laboratorio, hemocultivos, radiografía de tórax (que presentó patrón micronodulillar bilateral asociado a derrame pleural derecho) y una nueva punción de ganglio cervical que informó la presencia de bacilos alcohol resistente, observados por coloración de Ziehl Neelsen, que posteriormente son confirmados como complejo *Mycobacterium tuberculosis* por cultivo.

El paciente fue dado de alta con drogas antibacilares de primera línea reingresando por intolerancia oral, aumento de transaminasas y fiebre. En dicho contexto se realizó una nueva intervención terapéutica combinando meropenem, amikacina, etambutol, linezolid y levofloxacina mostrando mejoramiento paulatino de las transaminasas y de los registros febriles. A los 20 días de internación se recibió la sensibilidad del cultivo para micobacterias correspondiente de la punción del ganglio cervical que informó resistencia a isoniazida y rifampicina, decidiendo a posteriori el paciente su alta voluntaria, pautando controles por consultorio externo y tratamiento ambulatorio supervisado con etionamida, cicloserina, levofloxacina, etambutol y amikacina IM con evolución favorable en controles ulteriores.

## Discusión

Las adenopatías son unas de las presentaciones más comunes en los pacientes HIV positivos; ocurriendo en aproximadamente el 25% de todos los pacientes. Pueden encontrarse tanto en estadios tempranos como avanzados de la enfermedad y estar asociadas a infecciones oportunistas, neoplasias y además, a estados de reconstitución inmunológica (2).

En el caso clínico presentado, ante la firme sospecha de enfermedad linfoproliferativa, se decidió iniciar tratamiento antirretroviral ya que el mismo mejora la supervivencia global de los pacientes con linfomas asociados a HIV y reduce de manera marcada la morbimortalidad emparentada con las infecciones oportunistas (4). Se sopesó también la probabilidad de ocurrencia de enfermedad tuberculosa debido a la implicancia en el comienzo de la terapéutica antirretroviral comprendiendo que esta debería diferirse, alrededor de 14 días, para evitar el síndrome de reconstitución inmune y exponer a un aumento de la mortalidad (5). Es menester describir que, en los pacientes con HIV, la TBC puede presentarse de manera atípica con clínica inespecífica y afectación extrapulmonar o diseminada (sobre todo en casos de infección avanzada con recuento de linfocitos CD4 < 200), lo que puede dificultar su diagnóstico tal cual lo ocurrido en nuestro caso. La forma más habitual de presentación de la TBC extrapulmonar es la aparición de adenopatías cervicales unilaterales no dolorosas, que ocurre en un 83% de los casos. Otros grupos ganglionares menos afectados son los axilares y los mediastínicos (6).

Por lo antes detallado se pone de manifiesto la dificultad diagnóstica que se plantea en numerosas ocasiones y la necesidad de la toma de decisiones para un abordaje consensuado en función de la repercusión que conlleva la terapéutica empírica.

A lo previamente descrito debemos adicionar que nuestro país no escapa a la realidad mundial en cuanto a la resistencia a fármacos de primera línea al tratamiento de la TBC, si bien no se cuenta con datos actualizados publicados a nivel nacional al respecto. En el planeta, durante 2018, se registraron 500 mil casos de TB resistente a rifampicina (TB-RR), de los cuales 78% presentaron resistencia a isoniazida de manera concomitante (TB-MR) (7). En nuestro caso clínico presentó resistencia a isoniazida y rifampicina por lo que se realizó tratamiento con etionamida, cicloserina, levofloxacina, etambutol y amikacina IM (8).

Como epílogo se deja entrever que existen dos situaciones que ameritan un abordaje consensuado dirigido a disminuir la mortalidad de los pacientes, dichas situaciones son la decisión de posponer la terapéutica antirretroviral ante la sospecha de tuberculosis diseminada comenzando con el tratamiento anti bacilar previamente y la otra es la posibilidad de encontrarnos con bacilos resistentes a los fármacos de primera línea tal cual lo muestra la casuística presentada discutiendo la mejor opción terapéutica en función de la conveniencia de las drogas de segunda línea.

**Fuente de financiamiento:** No presenta.

## Referencias Bibliográficas

1. Rodríguez Vega F, Botero M, Cortés JA, Tobón A. Hallazgos patológicos en adenopatías de pacientes con infección por HIV. *Biomédica*. 2017; 37:79-85. doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v37i1.3293>.
2. Perugachi JN; Morales L; Venegas Mera B; Bayas Azogue C. Adenopatía cervical en paciente con HIV. Reporte de un caso Hospital docente provincial Ambato. *Investigación y Desarrollo*. 2016; 1390-5546.
3. Pizarro A, García H, Riquelme A, Carmona J, Cortés C. Linfomas asociados a infección por VIH en pacientes del Hospital Clínico San Borja Arriarán. *Rev chilena Infectol*. 2013; 30 (1): 23-30.
4. Corti M., Villafaña M.F. Linfomas No Hodgkin asociados al SIDA. *Hematología*. Agosto 2013. 153-158.
5. Lisa A. Chakrabarti and Olivier Lortholary. IRIS: a paradoxical inflammatory reaction in patients treated simultaneously for tuberculosis and HIV. *Med Sci (Paris)* Volume 31, Number 1, January 2015
6. Aliaga F, Rodríguez JC, Farga V. Reacciones paradójicas en el tratamiento de la tuberculosis ganglionar. *Rev. chil. enferm. respir*. 2016; vol.32 n°2
7. Castillo Bejarano JI, Guerrero Márquez NA, Vaquera Aparicio DN, Mascareñas de los Santos AH, Cárdenas del Castillo BG, Garza Bulnes R. *Mycobacterium tuberculosis* resistente a isoniazida: el dilema del tratamiento. *Rev Latin Infect Pediatr* 2020; 33 (3): 138-142.
8. Palmero D. Las enfermedades endémicas y emergentes en la práctica diaria. *Sadi*. 2019 Módulo N°. 2