

Compromiso intestinal por *Mycobacterium avium* en un paciente con VIH/SIDA

Intestinal disease due to *Mycobacterium avium* in a patient with HIV/AIDS

Fernando Mejía Cordero ^{1,2}, Julissa Guevara Miranda ³, Jorge Huerta Mercado ², Pedro Legua Leiva ^{1,2,4}, Carlos Seas Ramos ^{1,2,4}

¹ Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

³ Servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

⁴ Departamento de Enfermedades Infecciosas, Tropicales y Dermatológicas, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

Recibido: 27/05/2013; Aprobado: 28/12/2013

RESUMEN

Reportamos el primer caso de colitis por *Mycobacterium avium* en un paciente peruano con infección por VIH /SIDA.

Palabras clave: Enfermedades intestinales; *Mycobacterium avium*; VIH (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

We report the first case of colitis due to *Mycobacterium avium* in a Peruvian patient with HIV/AIDS.

Key words: Intestinal diseases; *Mycobacterium avium*; HIV (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Las infecciones por micobacterias son frecuentes entre los pacientes inmunosuprimidos ⁽¹⁾. Así, la tuberculosis (producida por *Mycobacterium tuberculosis*) es la causa más frecuente de muerte en pacientes con infección VIH en estadio SIDA ⁽²⁾. Las infecciones por otras micobacterias, especialmente las debidas al complejo *Mycobacterium avium* (MAC) son frecuentes en pacientes VIH /SIDA que presentan un recuento de linfocitos CD4+ menor de 50 cel/ul.

El complejo *Mycobacterium avium* consta de dos especies: el *Mycobacterium avium* y el *Mycobacterium intracellulare*. La especie que se encuentra con mayor frecuencia en los pacientes con infección VIH es *Mycobacterium avium* (alrededor del 95% de casos) y usualmente produce enfermedad diseminada comprometiendo huesos, articulaciones, pulmones, hígado, sistema nervioso central, tubo digestivo o cualquier otro órgano ⁽³⁾.

En países en vías de desarrollo, la prevalencia de esta infección es baja comparada con países del primer mundo, no existiendo reportes en la literatura médica de enfermedad por *Mycobacterium avium* con confirmación microbiológica en el Perú ⁽⁴⁾.

Presentamos el primer caso de compromiso intestinal por *Mycobacterium avium* con confirmación y tipificación microbiológica en un paciente con infección VIH/SIDA.

CASO CLÍNICO

Mujer de 26 años, procedente de Lima, con diagnóstico de infección por VIH el año 2006, con múltiples abandonos a la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA); siendo el último abandono el año 2009. Acudió a emergencia con historia de 6 meses de diarrea sin moco, sin sangre, asociada a baja de peso de más del 10% de su peso habitual. Asimismo un mes antes del ingreso presentó dolor dorsal, parestesias y debilidad de miembros inferiores con pérdida de control de esfínteres.

Al examen físico se encontró a la paciente en decúbito obligado, caquética, deshidratada, pálida, con nivel sensitivo en D5, signo de Dandy positivo en D5, signo de Babinsky bilateral, paraplejía, sensibilidad sensitiva y propioceptiva alterada por debajo de D5. El examen de resto de sistemas no mostró hallazgos significativos.

Los exámenes auxiliares revelaron anemia severa, retención nitrogenada, hipoalbuminemia y leve elevación de transaminasas y fosfatasa alcalina. El recuento de linfocitos CD4+ al ingreso fue de 4 cel/mm³. La resonancia magnética nuclear de la columna vertebral evidenció una lesión infiltrativa medular a nivel de D3-D5 (Figura 1). Por persistencia de la diarrea se realizó colonoscopia y se evidenció úlceras de bordes eritematosos ligeramente elevados, de distinto diámetro (5-15 mm), con exudado en su superficie ubicadas en toda la extensión del colon e íleon distal (Figura 2). La tinción con hematoxilina-eosina de las biopsias del colon mostró un infiltrado

inflamatorio crónico, presencia de estructuras bacilares ácido alcohol resistentes con tinción de Ziehl-Neelsen positiva (Figura 3). La tinción con ácido peryódico de Schiff (PAS) también fue positiva (Figura 4). Estos hallazgos histopatológicos hicieron sospechar infección por MAC. Una vez sospechado este diagnóstico se inició tratamiento con claritromicina, etambutol y rifampicina. La paciente luego de 2 semanas en tratamiento para probable MAC inició terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), pero una semana posterior al inicio de la terapia antirretroviral presentó dolor abdominal progresivo, shock y falleció.



Figura 1. Resonancia magnética nuclear de columna cervico dorsal que muestra lesión infiltrativa a nivel medular D3-D5 que no captaba sustancia de contraste.



Figura 2. Placas blanquecinas pequeñas (2-8 mm) y múltiples en íleon. Similares lesiones fueron encontradas en colon y sigmoides.

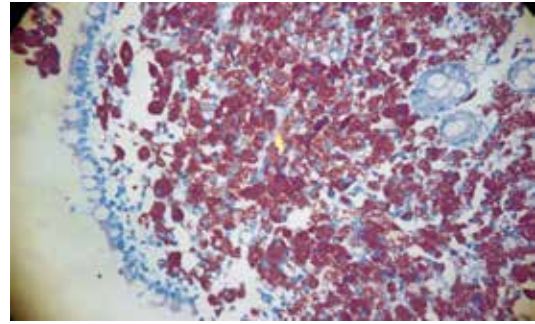


Figura 3. Presencia de histiocitos conteniendo abundantes bacilos ácido alcohol resistentes (Tinción Ziehl Neelsen 40x).

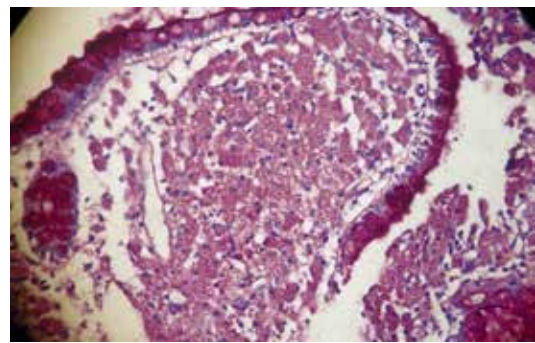


Figura 4. Estructuras contenidas en histiocitos muestran tinción con ácido peryodico de Schiff (PAS) fuertemente positivo.

Los cultivos de la biopsia intestinal y lesión medular fueron positivos para *Mycobacterium avium* y confirmaron el diagnóstico luego de la tipificación realizada en el laboratorio de micobacterias del Instituto Nacional de Salud.

DISCUSIÓN

La diarrea es una condición común en los pacientes con infección VIH y define el estadio SIDA si clínicamente está asociada a pérdida de peso de al menos 10% del peso basal. Las infecciones oportunistas, ya sean por virus, bacterias (entre ellas las micobacterias) y parásitos, son las responsables de la mayoría de los episodios de diarrea crónica. La etiología se conoce en alrededor del 70% de los casos, siendo las infecciones por coccidios la causa más frecuente a nivel mundial y en el Perú^(5,6).

Las infecciones por micobacterias son frecuentes en pacientes con infección por VIH. En el Perú no se ha descrito ningún caso de infección por MAC. Los países en vías de desarrollo tienen baja prevalencia de infección por MAC en comparación con los países del primer mundo. Las formas de adquisición de MAC no están bien conocidas y se cree están relacionadas a factores ambientales o factores propios del huésped. Lo que sí está claramente demostrado es que el riesgo

de infección y enfermedad diseminada, como la que presentó esta paciente, está relacionado a mayor inmunosupresión con recuento de linfocitos CD4+ por debajo de 50 cel/ul⁽⁴⁾.

Las manifestaciones más comunes de enfermedad diseminada por MAC incluyen fiebre, baja de peso, sudoración, compromiso digestivo, pulmonar, articular, óseo y neurológico. El compromiso gastrointestinal por MAC está asociado a síntomas como diarrea, dolor abdominal, distensión abdominal y en ocasiones cuadros de hemorragia digestiva^(7,8).

Existen pocas descripciones de hallazgos endoscópicos relacionados a infección intestinal por MAC. No existe un patrón endoscópico característico, se han descrito lesiones ulcerativas, nodulares, inflamatorias e infiltrativas. Sólo el 10% de todos los casos reportados de afectación gastrointestinal corresponden a íleon y colon, siendo el tracto gastrointestinal alto el más frecuentemente comprometido⁽⁹⁾.

En pacientes con enfermedad diseminada por MAC, la rentabilidad diagnóstica del hemocultivo es superior al 50%, mientras que la confirmación de la afectación intestinal se realiza mediante los hallazgos histopatológicos y microbiológicos obtenidos a través del cultivo de especímenes tomados durante el procedimiento endoscópico. En el caso que presentamos se logró la confirmación microbiológica debido a la rutina de toma de muestras para cultivos en pacientes VIH realizada en forma conjunta entre los servicios de gastroenterología e infectología.

El tratamiento para MAC se basa en la combinación de drogas (macrólidos más rifampicina y etambutol) con el objetivo de disminuir la resistencia y negativizar rápidamente los hemocultivos. La terapia con macrólidos (azitromicina o claritromicina) es de primera línea, sin embargo claritromicina es la más frecuentemente usada en pacientes con VIH SIDA basado en ensayos clínicos que sustentan su uso en este grupo de pacientes^(10,11). En el presente caso se brindó terapia triple y se inició TARGA luego de 2 semanas de iniciada la terapia para MAC, tal como es recomendado en estos pacientes con severa inmunosupresión; sin embargo la paciente falleció.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cassidy PM, Hedberg K, Saulson A, McNelly E, Winthrop KL. [Nontuberculous mycobacterial disease prevalence and risk factors: a changing epidemiology](#). Clin Infect Dis. 2009;49(12):e 124-9.
2. Bartlett JG. [Tuberculosis and HIV infection: partners in human tragedy](#). J Infect Dis. 2007;196 Suppl 1: S124-5.
3. Karakousis PC, Moore RD, Chaisson RE. [Mycobacterium avium complex in patients with HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy](#). Lancet Infect Dis 2004;4(9):557-65.
4. Fordham von Reyn C, Arbeit RD, Tosteson AN, Ristola MA, Barber TW, Waddell R, et al. [The international epidemiology of disseminated Mycobacterium avium complex infection in AIDS](#). International MAC Study Group. AIDS. 1996;10(9): 1025-32.
5. Kartalija M, Sande MA. [Diarrhea and AIDS in the era of highly active antiretroviral therapy](#). Clin Infect Dis. 1999;28(4):701-5.
6. Carcamo C, Hooton T, Wener MH, Weiss NS, Gilman R, Arevalo J, et al. [Etiologies and manifestations of persistent diarrhea in adults with HIV- 1 infection: a case control study in Lima, Peru](#). J Infect Dis. 2005;191(1):11-9.
7. Cappell MS, Gupta A. [Gastrointestinal hemorrhage due gastrointestinal Mycobacterium aviumintracellulare or esophageal candidiasis in patients with the acquired immunodeficiency syndrome](#). Am J Gastroenterol. 1992;87(2):224-9.
8. Corti M, Palmero D. [Mycobacterium avium complex infection in HIV/AIDS patients](#). Expert Rev Anti Infect Ther. 2008;6 (3):351-63.
9. SunHY, Chen MY, Wu MS, Hsieh SM, Fang CT, Hung CC, et al. [Endoscopic appearance of GI mycobacteriosis caused by Mycobacterium avium complex in a patient with AIDS: case report and review](#). Gastrointest Endosc. 2005;61(6):775-9.
10. Benson CA, Williams PL, Currier JS, Holland F, Mahon LF, MacGregor RR, et al. [A prospective, randomized trial examining the efficacy and safety of claritromycin in combination with ethambutol, rifabutin, or both for the treatment of disseminated Mycobacterium avium complex disease in persons with acquired immunodeficiency syndrome](#). Clin Infect Dis. 2003;37(9):1234-43.
11. Kaplan JE, Benson C, Holmes KH, Brooks JT, Pau A, Masur H, et al. [Guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents: recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America](#). MMWR Recomm Rep. 2009;58(RR-4):1-207.

Correspondencia:

Fernando Mejía Cordero
 Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt.
 Av. Honorio Delgado 430. Lima 31, Perú
 E-mail: fernando.mejia.c@upch.pe