

Tumoración lumbar en un paciente con sida

Javier Moreno, Antonio Rivero, Elisa Vidal, Juan José Castón, Clara Natera, Julián de la Torre y José María Kindelán

Sección de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Caso clínico

Varón de 30 años con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sin tratamiento antirretrovírico por decisión propia, y usuario activo de drogas por vía parenteral (UDVP). Había ingresado 6 meses antes por infección por *Mycobacterium avium* (MAC) en forma de abscesos cutáneos diseminados, no completando el tratamiento específico indicado al alta. Ingresó por presentar desde hacía un mes una tumoración en la región lumbar derecha, de crecimiento progresivo y no doloroso, asociada a sensación febril intermitente y escalofríos. No refería sintomatología miccional, hematuria ni antecedente traumático sobre la zona. En la exploración presentaba una marcada caquexia y palidez de mucosas, se encontraba afebril y estable hemodinámicamente. No existían adenomegalias periféricas ni micosis orofaríngea. La exploración cardiopulmonar resultó anodina. En el abdomen dominaba una gran tumoración de unos 20 cm situada en la fosa lumbar derecha, de consistencia gomosa, no dolorosa y sin signos flogóticos (fig. 1). No se observaban lesiones dermatológicas en otras localizaciones. En las pruebas complementarias destacaban los siguientes hallazgos: leucocitos 9.700/ μ l, con un 81% de neutrófilos, hemoglobina 8 g/dl, plaquetas 467.000/ μ l, VSG 116,



Figura 1. Tumoración de gran tamaño en región lumbar derecha.

actividad de protrombina 58%, HBsAg y anticuerpos anti-virus de la hepatitis C positivos, subpoblaciones linfocitarias: linfocitos CD4 + = 1/ μ l y CD8 + = 59/ μ l, cuantificación de ARN-VIH: 149.000 copias/ml. Los parámetros bioquímicos no revelaron alteraciones significativas y la radiografía de tórax fue normal.

Evolución

Se solicitó tomografía computarizada abdominopélvica (fig. 2). Dados los antecedentes del paciente, se inició tratamiento anti-MAC con rifabutin, claritromicina y etambutol, así como tratamiento antirretrovírico con estavudina, lamivudina y nelfinavir. Se decidió abordaje quirúrgico, con drenaje y colocación de tubo. El postoperatorio cursó de forma favorable, excepto por la persistencia de fiebre diaria. Al séptimo día de la intervención se recibió el resultado del cultivo del material obtenido del drenaje, identificándose *Aspergillus niger*. Se inició tratamiento con amfotericina B intravenosa a dosis de 1 mg/kg/día, y la fiebre remitió en las siguientes 48 h. En el día 11, y tras un postoperatorio sin complicaciones de relevancia, el paciente solicitó el alta voluntaria. Se aconsejó tratamiento domiciliario con itraconazol, antirretrovíricos, anti-MAC y trimetropim-sulfametoxazol. El paciente abandonó todo el tratamiento, acudió al hospital 28 días después en situación de fallo multiorgánico y falleció el mismo día de su ingreso.

Comentario

La aspergilosis renal es una entidad clínica muy infrecuente, habiéndose comunicado hasta la fecha un total de 29 casos (Medline hasta enero de 2001), 12 de ellos en pacientes con infección por el VIH^{1,2}. En este grupo de pacientes, la localización renal supone aproximadamente el 4% de las aspergilosis invasoras, por detrás del tracto respiratorio (83%) y cerebro (10%)³. En un estudio descriptivo de 33 pacientes con sida y aspergilosis invasora, sólo 6 (18%) pertenecían al grupo de usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP)⁴. Llama la atención que de los 12 pacientes comunicados con infección por VIH y aspergiloma renal, 11 (91%) eran, al igual que nuestro paciente, UDVP. Esto ha motivado que diversos autores sugieran que el mecanismo patogénico fundamental es la inoculación venosa de las hifas de *Aspergillus* spp. a través de la droga contaminada⁵. Las características comunes a todos estos pacientes eran inmunodepresión grave (cifras de linfocitos CD4⁺ menores de 50/ml), fiebre, dolor lumbar, disfunción renal, hematuria, piuria y pérdida de peso. En los 12 casos publicados, el agente etiológico fue *A. fumigatus*. En nuestro paciente, en

Correspondencia: Dr. J. Moreno Izarra.
Sección de Enfermedades Infecciosas. Hospital Reina Sofía.
Avda. Menéndez Pidal, s/n. 14004 Córdoba. España.
Correo electrónico: jmorenoi@ingenia.es

Manuscrito recibido el 12-03-01; aceptado el 28-03-01.

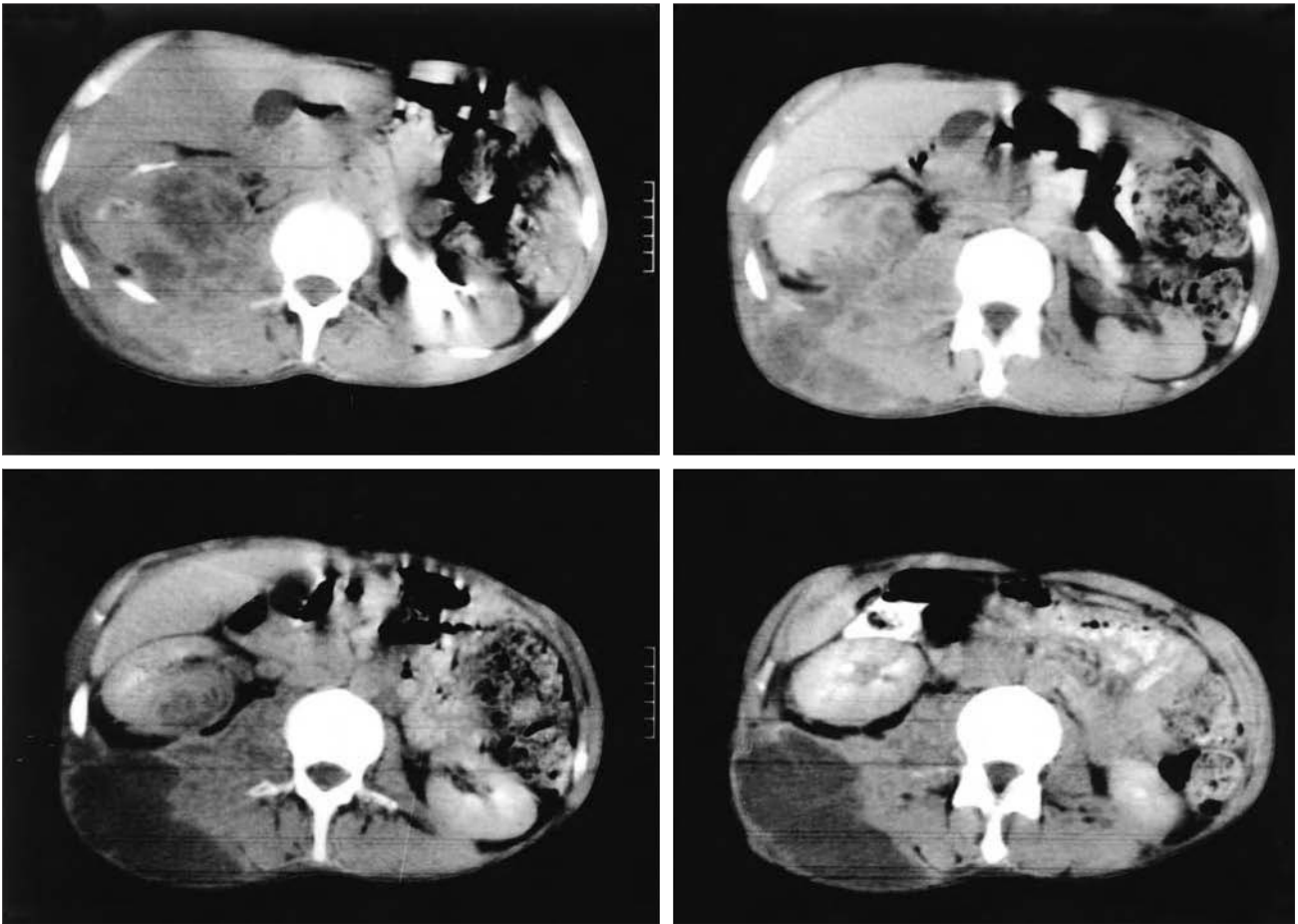


Figura 2. Tumoración con componente necrótico en región lumbar derecha.

cambio, se aisló *A. niger*, que representa el 5% de los aislamientos recogidos en las series de aspergilosis invasoras en pacientes con sida, por detrás de *A. fumigatus* (84%) y *A. flavus* (8%)⁵. Este dato es de interés sólo anecdótico, puesto que la patogenia, expresión clínica y tratamiento no difieren entre ellos⁶.

Bibliografía

1. Rey D, de Mautort E, Saussine C, Hansmann Y, Waller J, Herbrecht R, et al. Isolated renal aspergillus abscess in an AIDS patient with a normal CD4 + cell count on highly active antiretroviral therapy. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1999;18:137-41.
2. Kummerle S, Wedler H. Renal abscesses in an AIDS patient caused by *Aspergillus fumigatus*. *Urol Int* 1988;61:52-4.
3. Khoo SH, Denning DW. Invasive aspergillosis in patients with AIDS. *Clin Infect Dis* 1994;19(suppl 1):41-8.
4. Lortholary O, Meyohas MC, Dupont B, Cadranet J, Salmon-Ceron D, Peyramond D, et al. Invasive aspergilosis in patients with acquired immunodeficiency syndrome: report of 33 cases. *Am J Med* 1993;95:177-87.
5. Santos J, Palacios R, Esteve A, Rivero A, Márquez M. Fungemias en pacientes con infección por el VIH. *An Med Interna* 1998;15:523-7.
6. Bennett JE. *Aspergillus* species. En: Mandell GE, Bennett JE, Dolin R, editors. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. New York: Churchill-Livingstone, 1995; p. 2306-11.