

Varón con fiebre y dolor en hipocondrio izquierdo de semanas de evolución

Alfonso Mateos-Colino^a, Rafael Golpe^b, Roberto García-Figueiras^c, Alejandro Sousa^d y Javier Pérez-Valcárcel^e

Servicios de ^aMedicina Interna, ^bNeumología, ^cRadiología, ^dUrología y ^eAnatomía Patológica. Hospital Comarcal de Monforte de Lemos. Lugo. España.

Caso clínico

Paciente de 72 años con antecedentes de adenocarcinoma de próstata (Gleason 2) intervenido en 1997. Consultó en febrero de 2001 por cuadro que había comenzado 4 meses antes con astenia, anorexia y pérdida de peso de aproximadamente 15 kg. Había presentado al principio fiebre de predominio vespertino, de hasta 38 °C, que toleraba bien y que fue inicialmente tratada de forma sintomática. Tres semanas antes de la consulta el paciente comenzó con molestias abdominales vagas de predominio en hipocondrio izquierdo, sin náuseas ni vómitos y con persistencia de fiebre diaria de hasta 39 °C con empeoramiento del estado general. En la exploración general se apreciaba esplenomegalia palpable y dolorosa a unos 5-6 cm de reborde costal izquierdo como único hallazgo.

Datos analíticos. Hemograma: hemoglobina, 10,9; hematocrito, 34; volumen corpuscular medio, 78; leucocitos, 11.100 con 90% neutrófilos; plaquetas, 206.000; velocidad de sedimentación globular, 70.

Coagulación: normal.

Bioquímica: gammaglutamil transpeptidasa, 100; fosfatasa alcalina, 365 con resto de parámetros habituales normales.

Análisis de orina: normal.

Radiografía de tórax: normal.

Hemocultivos y urocultivos: negativos.

Baciloscopia en orina: negativa.

La serología para virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) fue negativa. Se realizó ecografía abdominal que mostraba esplenomegalia de 16 cm con múltiples lesiones focales, dos de ellas con calcificación y el resto con aspecto quístico. Existían además áreas heterogéneas en el interior del parénquima esplénico. La tomografía computarizada (TC) abdominal informaba de hepatomegalia con pequeño granuloma calcificado en el lóbulo hepático izquierdo, así como importante esplenomegalia con múltiples lesiones focales muy heterogéneas con focos imprecisos de calcificación y otras con componente quístico (fig. 1).

Diagnóstico y evolución

El paciente fue esplenectomizado. Macroscópicamente presentaba un bazo grande, de unos 700 g, con múltiples

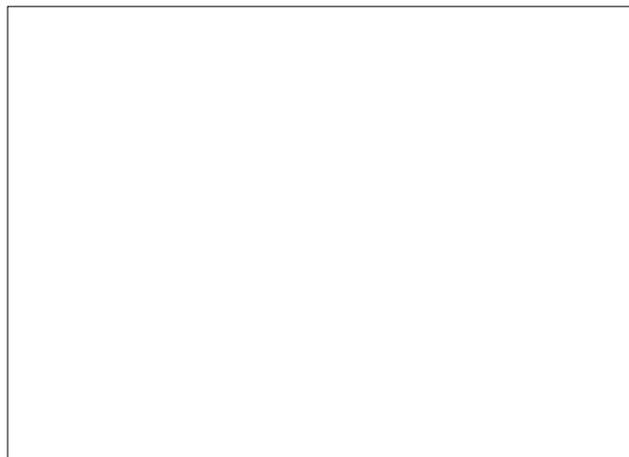


Figura 1. TC abdominal que muestra esplenomegalia con múltiples lesiones con componente quístico y áreas incipientes de calcificación.



Figura 2. Bazo con múltiples lesiones blanquecinas en su superficie.

lesiones geográficas, blanquecinas, pastosas (fig. 2). La microscopia de bazo y tejidos blandos hiliares mostraba múltiples granulomas con necrosis caseosa central con bacilos ácido alcohol-resistentes en la tinción de Ziehl. No se realizó cultivo en medio de Löwenstein. Se inició tratamiento tuberculostático con mejoría clínica del paciente.

Comentario

La tuberculosis puede ser una enfermedad de difícil diagnóstico cuando presenta formas extrapulmonares poco habituales. Es conocida la afectación del bazo en la

Correspondencia: Dr. A. Mateos.
Servicio de Enfermedades Infecciosas.
Hospital Comarcal de Monforte de Lemos.
Corredoira, s/n. 27400 Lugo. España.
Correo electrónico: alfonsomateoso@hotmail.com

Manuscrito recibido el 20-02-2002; aceptado el 11-06-2002.

tuberculosis miliar, aunque la aparición de abscesos en el parénquima esplénico, visibles por técnicas de imagen, es rara. En los últimos años se han comunicado con relativa frecuencia casos de tuberculosis esplénica en pacientes infectados por el VIH¹⁻³, pero son escasos los casos referidos en pacientes inmunocompetentes. Los síntomas de presentación más frecuentes son la pérdida de peso y la fiebre y en muchos enfermos existen molestias en el hipocondrio izquierdo de días o incluso semanas de duración. En la exploración se puede encontrar esplenomegalia dolorosa. No hay datos de laboratorio específicos, sólo aquellos que traducen cronicidad del proceso. La ecografía y la TC son las técnicas de imagen de elección⁴. Suelen encontrarse lesiones multifocales esplénicas hipocogénicas e hipodensas de tamaño generalmente menor de 2 cm, si bien también se han descrito imágenes únicas de mayor tamaño⁵. El diagnóstico diferencial de procesos que pueden cursar con imágenes de abscesos esplénicos calcificados deberán incluir además de la tuberculosis, como es nuestro caso, la brucelosis, la histoplasmosis (no presente en nuestro medio) y la hidatidosis, si bien las imágenes calcificadas de esta última son más características⁶. La punción aspiración del bazo con aguja fina ha sido una exploración no muy utilizada por el temor de provocar sangrado. Hay, sin embargo, varios trabajos recientes que demuestran que, esta técnica, realizada bajo control ecográfico, proporciona una buena rentabilidad diagnóstica (oscilando, según las series, entre el 60 y el 80%) siendo muy infrecuentes las complicaciones^{7,8}. El tratamiento médico de la tuberculosis esplénica generalmente cura la enfermedad⁹. En muchos de los trabajos revisados se realizaron pautas de 12 meses. También se han descrito casos de fracaso terapéutico con tuberculostáticos que precisaron esplenectomía finalmente^{10,11}. Algunos autores han añadido tratamiento esteroide en pacientes que presentaron evolución tórpida con los tuberculostáticos, evitando así la intervención quirúrgica¹².

A propósito de este caso parece apropiado comentar la necesidad de incluir la tuberculosis en el diagnóstico diferencial de las imágenes de afectación esplénica, incluso en pacientes no inmunodeprimidos. Sería reseñable asimismo el papel de la punción-aspiración con aguja fina como método de diagnóstico rentable y seguro con el fin de evitar procedimientos quirúrgicos.

Bibliografía

1. Bernabeu-Wittel M, Villanueva JL, Pachón J, Alarcón A, López-Cortés LF, Viciano P, et al. Etiology, clinical features and outcome of splenic microabscesses in HIV-infected patients with prolonged fever. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1999;18:324-9.
2. González-López A, Dronza F, Alonso-Sanz M, Chaves F, Fernández-Martín I, López-Cubero L. Clinical significance of splenic tuberculosis in patients infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis* 1997;24:1248-51.
3. Valencia ME, Moreno V, Soriano V, Laguna F, Adrados M, Ortega A, et al. Tuberculous hepatosplenic abscess, human immunodeficiency virus infection and multidrug-resistant tuberculosis. *Rev Clin Esp* 1996;196:816-20.
4. Wang Y, He G, Zhan W, Jiang H, Wu D, Wang D, et al. CT findings in splenic tuberculosis. *J Belge Radiol* 1998;81:90-1.
5. Chandra S, Srivastava DN, Gandhi D. Splenic tuberculosis: An unusual sonographic presentation. *Int J Clin Pract* 1999;53:318-9.
6. Ariza J, Pigrau C, Cañas C, Marrón A, Martínez F, Almirante B, et al. Current understanding and management of chronic hepatosplenic suppurative brucellosis. *Clin Infect Dis* 2001;32:1024-33.
7. Venkataramu NK, Gupta S, Sood BP, Gulati M, Rajawanshi A, Gupta SK, et al. Ultrasound guided fine needle aspiration biopsy of splenic lesions. *Br J Radiol* 1999;72:953-6.
8. Keogan MT, Freed KS, Paulson EK, Nelson RC, Dodd LG. Imaging-guided percutaneous biopsy of focal splenic lesions: Update on safety and effectiveness. *AJR* 1999;172:933-7.
9. Arruabarrena I, Bermejo MC, Ojeda E, Cosme A, Garmendia G. Incidence and clinical features of splenic abscesses, with special reference to tuberculous etiology in a general hospital. *Gastroenterol Hepatol* 1998;21:479-82.
10. Giladi M, Ransohoff KN, Lovett IL. Splenic abscesses due to mycobacterium tuberculosis in patients with AIDS. *RID* 1991;13:373-5.
11. Pedro-Botet J, Maristany MT, Miralles R, López-Colomé JL, Rubiés-Prat J. Splenic tuberculosis in patients with AIDS. *RID* 1991;13:1069-71.
12. Salazar A, Carratalá J, Santin M, Meco F, Rufi G. Splenic abscesses caused by *Mycobacterium tuberculosis* in AIDS. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1994;12:146-9.