

Presentación de casos

# *Tifobacilosis de Landouzy*

## *Septicemia tuberculosa en paciente severamente inmunocomprometido*

Jorge H. López, Paulina Ojeda, Natalia Londoño

Se presenta el caso de un hombre de 19 años de edad, seropositivo para VIH, quien ingresa por un cuadro caracterizado por fiebre, tos productiva, disnea y pérdida de peso, asociados a compromiso progresivo de su estado general y neurológico, y aparición de masa en región lateral derecha de cuello. El aspirado de la masa fue positivo para bacilos ácido alcohol resistentes. La necropsia evidenció abundantes bacilos en diferentes órganos sin la formación de granulomas, cuadro compatible con el diagnóstico de tifobacilosis de Landouzy.

**P**resentación del caso  
Hombre de 19 años de edad, natural de Bogotá y procedente de área rural del Valle del Cauca, donde vivía desde hacía dos años, de ocupación agricultor, cesante hace 20 días por su enfermedad. Consultó al servicio de urgencias por cuadro de 25 días de evolución de fiebre, tos con expectoración mucosida, disnea clase funcional III/IV y pérdida de aproximadamente 20 kg de peso en los últimos dos meses. En los últimos ocho días exacerbación de la sintomatología con disnea de reposo, temblor fino generalizado e imposibilidad para la marcha por inestabilidad. Cuatro días antes de su ingreso el paciente se tornó bradipsíquico, bradilálico, letárgico, y presentó una masa en región lateral derecha del cuello.

Una prueba para VIH realizada un año antes fue positiva. Fumador de dos paquetes de cigarrillos diarios durante cuatro años (ocho paquetes/año). Heterosexual promiscuo. Le había sido formulado en otra institución trimetropín-sulfametoxazol (TMP-SMX) 160/800 mg cada ocho horas, el cual suspendió 15 días antes sin orden médica. El paciente negaba contactos de TBC. Al examen físico se encontró paciente en mal estado general

y nutricional, consciente, poco colaborador, con signos de dificultad respiratoria y palidez mucocutánea. TA: 120/60 FC: 120x' FR:46x' T:37,5°C. Descamación seborreica del cuero cabelludo, piezas dentarias en mal estado, lesiones blanquecinas fácilmente removibles sin dejar sangrado en orofaringe sugestivas de candidiasis. En región infraauricular derecha presencia de masa dura, no adherida a planos profundos, móvil, de 5 x 4 cm, no dolorosa. correspondiente a ganglio linfático. El tórax era simétrico, con expansibilidad pulmonar adecuada, estertores finos bibasales. sin signos de consolidación ni derrame. Ruidos cardíacos rítmicos, taquicárdicos, sin soplos. Abdomen blando, normal. Había importante pérdida de masas musculares en las extremidades. No se evidenciaron lesiones en los genitales externos, tacto rectal normal. Se encontraba en estado de estupor. Presentaba temblor fino persistente en extremidades inferiores. La fuerza, los reflejos y la sen-

Dr. Jorge Hernán López: Médico Internista. Hospital San Juan de Dios; Dra. Paulina Ojeda: Médica Patóloga, Jefe del Departamento de Patología; Dra. Natalia Londoño Palacio: Residente de Medicina Interna-Neumología. Escuela Colombiana de Medicina. Hospital Santa Clara. Santa Fe de Bogotá.

sibilidad dolorosa estaban conservados. Tenía hipertonia de las cuatro extremidades, ataxia, marcha inestable, requería sostén para la bipedestación. La fundoscopia fue normal.

Al ingreso el cuadro hemático mostraba anemia severa (Hematócrito: 14,5% hemoglobulina: 4,6g%) con linfocitosis y desviación a la izquierda, trombocitopenia (48.000/mm<sup>3</sup>). Tiempo de protrombina prolongado (pt: 16,23 "control: 13") glicemia: 55.8 mg%, hipoproteinemia con relación A/G invertida (1,85/3,45 g%). El frotis de sangre periférica mostraba hipocromía marcada, anisocitosis con predominio de macrocitos, poiquilocitosis con predominio de dacriocitos, esquistocitos, y policromatofilia escasa. El uroanálisis era normal. El estudio de gases arteriales mostraba acidemia mixta con hipoxemia moderada y D (A-a) O<sub>2</sub> aumentada. Al ingreso, debido a los cambios neurológicos de carácter agudo, le fue realizada punción lumbar y se encontró líquido de color agua de roca, de aspecto límpido, xantocromía negativa, pH: 7,0; glucosa: 11,6mg%(relación0,2): proteínas 20 mg%, leucocitos 100/mm<sup>3</sup> (no se realizó el diferencial celular), glóbulos rojos ausentes, tinta china negativa, gram sin gérmenes, tinción para BK directo negativo, VDRL no reactivo, KOH negativo. No se realizó cultivo para BK.

Se realizó igualmente punción del ganglio infraauricular derecho ++ para BAAR. material que tampoco se cultivó. En los hemocultivos realizados al ingreso no hubo crecimiento de gérmenes. La radiografía de tórax (Figura 1) muestra infiltrado intersticial

de tipo micronodular diseminado en ambos campos pulmonares, sin compromiso mediastinal y una lesión cavitaria apical derecha.

Al ingreso se consideró que se trataba de un paciente joven con un estadio C de SIDA, con fuerte sospecha de TBC ganglionar, pulmonar y probable compromiso del SNC.

Se inició manejo con líquidos endovenosos, bolo de glucocorticoides, oxigenoterapia, transfusión de 3U de glóbulos rojo empacutados (GRE), esquema anti-TBC acortado supervisado, TMP-SMX, nistatina tópica.

Treinta y seis horas después de su ingreso el paciente fallece en insuficiencia respiratoria aguda, sin responder a maniobras de resucitación.

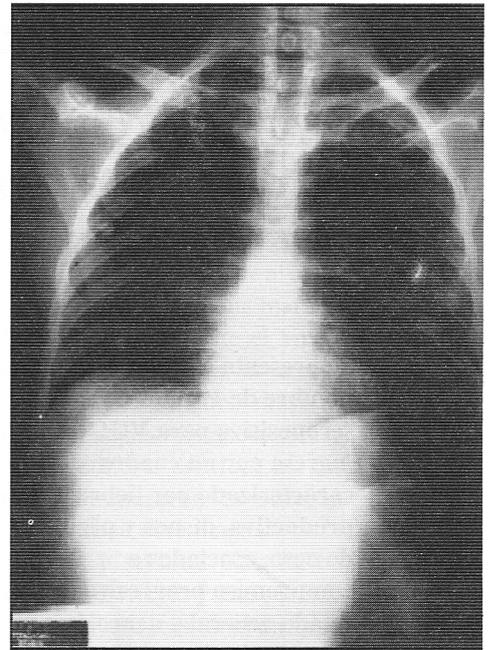
El estudio postmortem evidenció un infiltrado micronodular de tipo miliar en ambos campos pulmonares (Figura 2), que corresponde histopatológicamente a lesiones necrosantes (Figura 3), sin la formación de granulomas verdaderos, mostrando a la coloración de Ziehl-Neelsen abundantes bacilos ácido-alcohol resistentes (Figura 4), lo cual confirma el diagnóstico de la entidad llamada tifobacilosis de Landouzy, septicemia tuberculosa aguda o tuberculosis no reactiva.

Otros órganos comprometidos fueron: ganglios linfáticos, glándulas suprarrenales, hígado, riñones, médula ósea y bazo.

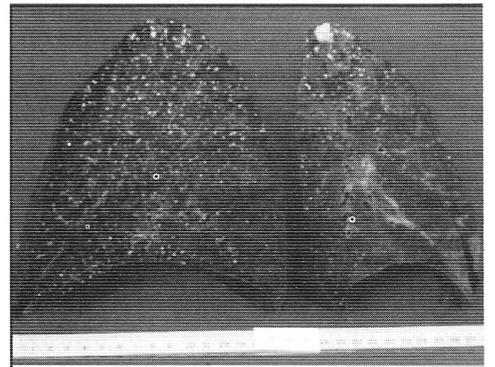
## Discusión

### *Tifobacilosis de Landouzy*

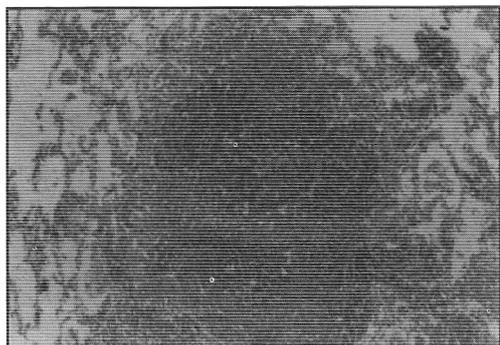
Se ha descrito como manifestación clínica de la tuberculosis en pacientes con severo inmunocompromiso, la presencia de numerosa cantidad de bacilos tu-



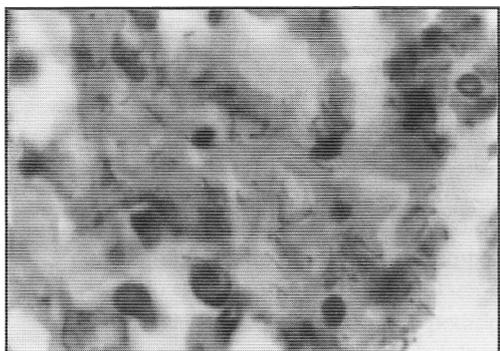
**Figura 1.** Rx tórax que evidencia infiltrado intersticial de tipo micronodular diseminado en ambos campos pulmonares sin compromiso mediastinal. Lesión cavitaria apical derecha.



**Figura 2.** Imagen macroscópica de los pulmones con infiltrado micronodular de tipo miliar diseminado.



**Figura 3.** Imagen microscópica del pulmón con lesiones necrosantes, sin formación de verdaderos granulomas. Coloración hematoxilina-eosina, aumento 40x.



**Figura 4.** Coloración de Ziehl-Neelsen que muestra abundantes bacilos ácido-alcohol resistentes. Aumento 100x.

berculosos en diferentes órganos, sin la formación de los granulomas característicos (1).

Esta patología consiste en una tuberculosis diseminada, en pacientes con estados avanzados de inmunosupresión, en la cual hay gran cantidad de bacilos infiltrando múltiples órganos, con multiplicación incontrolada de bacilos dentro de los macrófagos; por la ausencia de respuesta inmunitaria por parte del huésped no se lleva a cabo la formación de granulomas (1,2). Este tipo de presentación clínica de la tuberculosis se observaba hace muchos años cuando existía una mayor prevalencia de la misma. En la actualidad se está documentando de nuevo en estados de inmunosupresión marcada, como en casos avanzados de SIDA.

La presentación clínica es grave, con compromiso sistémico y rápida evolución, con frecuencia fulminante. Hay manifestaciones clínicas pulmonares y extrapulmonares y se ha asociado a recuentos de  $CD4^+$  en sangre periférica menores de  $200/mm^3$ . Es infrecuente la formación de cavernas en pulmón. Se asocia con linfadenopatías intra-abdominales e intratorácicas, lesiones focales en bazo, hígado, riñones y fistulas intestinales.

Es probable que exista un mayor número de estos casos pero la documentación en la bibliografía universal es escasa, debido posiblemente al bajo número de necropsias.

La presentación clínica de tuberculosis en pacientes con SIDA es diferente a la que se produce en pacientes inmunocompetentes. En los primeros suele estar ausente la cavitación por la ausencia de respuesta inmunitaria del tipo de hipersen-

sibilidad retardada, la cual está a cargo de los linfocitos; el compromiso apical es menos frecuente, hay mayores manifestaciones extrapulmonares y la respuesta dérmica a la tuberculina suele ser negativa (1-2).

El patrón radiológico de la tuberculosis en pacientes con SIDA es amplio, pudiendo presentarse con radiografía normal o bien con compromiso intersticial, miliar, alveolar, linfadenopatías hiliares o mediastinales y compromiso pleural (3).

En cuanto al tratamiento se recomienda iniciar el esquema acortado supervisado, con dosis calculadas según el peso (4).

Se recomienda la administración de profilaxis anti-TBC a pacientes seropositivos para VIH en riesgo epidemiológico (5), el diagnóstico y tratamiento temprano de tuberculosis en esta población de pacientes, la identificación de resistencia a drogas antifímicas, la atención a probables efectos secundarios a los medicamentos, la confirmación de negativización post-tratamiento, la utilización de medidas de aislamiento para limitar o evitar la diseminación del bacilo.

### Summary

The case of a 19 year old male, positive for HIV who was admitted to the hospital because of productive cough, fever, dyspnea, weight loss and neurologic symptoms is reported. He presented with a right lateral neck mass. The aspirated material yielded AFBF organisms. The patient died and an autopsy revealed many acid fast bacilli in different organs without the formation of granulomas. This is a case of Landouzy's typhobacillosis as originally described.

### Referencias

1. **Ross Hill A, Premkumar S, Brustein S, et al.** Disseminated tuberculosis in the acquired immunodeficiency syndrome era. *Am Rev Respir Dis* 1991; **144**: 1164-70.
2. **Hass D, Des Prez R.** Tuberculosis and acquired immunodeficiency syndrome: A historical perspective on recent developments. *Am J Med* 1994; **96**: 439-50.
3. **Page McAdams H, Erasmus J, Winter J.** Radiologic manifestations of pulmonary tuberculosis. *Radiol Clin North Am* 1995; **33**: 655-78.
4. American Thoracic Society. Treatment of tuberculosis and tuberculosis infection in adults and children. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; **149**: 53-68.
5. **Valenzuela P.** SIDA y Tuberculosis. *Rev Col Neumol* 1991; **3**: 72-6.

### Fe de errata

En el No. 1 del volumen 22 enero-febrero de 1997, p. 18 de Acta Médica Colombiana, se omitió a la doctora **Gloria Velásquez** como coautora del artículo "Frecuencia de *Haemophilus ducreyi* en la etiología de la úlcera genital y papel de la coloración de Gram en el diagnóstico de chancroide" por Beatriz Orozco, Santiago Estrada, Edilma Jaramillo, Lourdes Benítez, Federico Díaz.

Los autores completos son: Beatriz Orozco, Santiago Estrada, **Gloria Velásquez**, Edilma Jaramillo, Lourdes Benítez, Federico Díaz.

Lamentamos los inconvenientes que se hayan podido presentar por el error cometido.