

NOTAS CLÍNICAS

Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Juan Bruno Zayas Alfonso"

Granulomatosis hepática de origen tuberculoso

Dr. Eduardo Castillo Varona ¹

Ante un paciente con síndrome febril prolongado, donde existan elementos que apunten hacia la presencia de procesos sépticos, deben tenerse en cuenta las infecciones más frecuentes en nuestro medio:

Localizadas: Endocarditis infecciosa; infección urinaria y prostática, intraabdominal o pelviana, osteoarticular, incluida prótesis; sinusitis y otitis media, absceso dentario periapical, infecciones vasculares (venosa, de aneurisma aórtico o endoprótesis vascular)

Sistémicas: Tuberculosis (miliar, o extrapulmonar), infección por VIH, micobacteriosis, salmonelosis, brucelosis, leptospirosis, infecciones por especies de *Chlamydia* y *Mycoplasma*, paludismo, citomegalovirus, mononucleosis infecciosa, toxoplasmosis; y también, aunque menos comúnmente: afección por arañazo de gato, enfermedad de Whipple, fiebre Q, micosis sistémicas y parasitosis intestinal

En caso de tuberculosis no puede obviarse que durante la diseminación hemática, que ocurre en el desarrollo de la primoinfección tuberculosa, el hígado es capaz de recibir y albergar una carga considerable de bacilos por sus características anatomofuncionales; sin embargo, esa cantidad será verdaderamente grande en pacientes con tuberculosis peritoneal o intestinal. ¹⁻⁵

Caso clínico

Paciente del sexo femenino, 54 años de edad y procedencia urbana, que ingresó en el Hospital General "Dr. Juan Bruno Zayas" de Santiago de Cuba en agosto del 2005 por presentar tos seca, disnea, fiebre, astenia, anorexia y leve pérdida de peso desde hacía aproximadamente un mes.

Según refirió en la anamnesis, 15 días antes del ingreso tuvo tos "no productiva", falta de aire de ligera a moderada intensidad, acompañada de fiebre de 38 °C y malestar general.

Antecedentes patológicos personales: Diabetes mellitus de tipo II, glaucoma, hipertensión arterial y dermatosis

Examen físico

- Mucosas húmedas y normocoloreadas
- Tejido celular subcutáneo: No infiltrados
- No se auscultaban estertores.
- Frecuencia respiratoria: 16 resp/minuto
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos y bien golpeados. Ausencia de soplos. Frecuencia cardíaca: 72 latidos/min
- Tensión arterial: 110 mm de Hg/70
- Palpación del abdomen: Resultados normales
- Sistema nervioso: Sin alteraciones

Exámenes complementarios

Hemograma: Cifras de hemoglobina: 145 g/L.

Leucocitos: 10×10^9

Recuento diferencial: Segmentados: 0,61 %. Eosinófilos: 0,01 %. Linfocitos: 0,38 %

Granulomatosis hepática de origen tuberculoso

Disfunción ventilatoria restrictiva obstructiva moderada (CVF: 52 %; VEF1: 48 %)

Orina: Proteinuria: VT: 1 800 mL. Albúminas: No contenía.

Glucemia: 4 mmol/L.

Coagulograma: Normal

Proteínas plasmáticas: 99 g/L

Factores reumatoideos I y II: Negativos

Filtrado glomerular: 54 mL/h

Espustos BAAR (4): Negativos

Espuito micológico: Se aisló *Candida albicans*.

Radiografía de tórax: Se apreciaba una imagen reticulonodular bilateral en todo el campo pulmonar, particularmente hacia las bases, con engrosamiento del hilio derecho.

Ultrasonografía abdominal: Hepatomegalia de 2 cm, con evidentes cambios en su ecogenicidad,, que resultaba irregular. Vías biliares: Con buen funcionamiento y vesícula extirpada. Ambos riñones de tamaño normal, con buena relación corticomedular.

Tomografía axial computarizada de hígado: Hepatomegalia de 2 cm, con estructura heterogénea y tendencia de polinuclear a micronodular. Las vías biliares no estaban dilatadas.

Laparoscopia: Se observaban múltiples bandas de adherencia en hipocondrio derecho y mesogastrio, que impedían visualizar el lóbulo derecho hepático. El lóbulo izquierdo se hallaba aumentado de tamaño, era de color rojo oscuro y presentaba múltiples placas redondeadas amarillas, que formaban un ligero borde en la superficie, de donde se tomó muestra para biopsia. El proceso se diagnosticó como hígado metastático.

En ese momento se decidió egresar a la paciente para esperar los resultados de exámenes pendientes, que demoraban un poco más.

En su domicilio continuó experimentando febrículas vespertinas, malestar general, disnea, poca tos y expectoración escasa.

Reingresó el 21 de septiembre del 2005 y a partir de esa fecha se le realizaron nuevas pruebas complementarias, que aportaron los siguientes datos:

Hemograma: Cifras de hemoglobina: 122 g/L.

Leucocitos: $8,2 \times 10^9/L$

Recuento diferencial: Segmentados: 0,59 % Eosinófilos: 0,02 % Linfocitos: 0,39 %

Proteínas totales: 83 g/L

Glucemia: 3,9 mmol/L

Creatinina: 100 mmol/L

Factor reumatoideo: Negativo

Nueva ultrasonografía de hígado (18 de octubre del 2005): Hígado de ecoestructura normal. Hepatomegalia de 1 cm, colecistectomizada. Vías biliares no dilatadas

Bazo: Normal

Diagnóstico por ultrasonido: Ambos riñones sin dilataciones caliciales y buena relación corticomedular

Páncreas: Normal

Biopsia de hígado: Cilindro hepático segmentado, que mostraba 2 espacios porta y presentaba reacción inflamatoria crónica granulomatosa, con algunas células gigantes de Langhans. Prueba de Ziel Nelssen: Negativa.

Diagnóstico: Granulomatosis hepática de origen tuberculoso

Evolución

Se inició tratamiento con tuberculostáticos, según dosis normadas por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, el 23 de septiembre del 2005. A las 3 semanas del plan terapéutico, los síntomas generales habían desaparecido y había recuperado su buen estado general.

Los estudios evolutivos revelaron una regresión hacia la normalidad de las alteraciones hepáticas y torácicas encontradas en los primeros exámenes.

Comentarios

La granulomatosis hepática como elemento inicial de una enfermedad tuberculosa es muy poco frecuente y en esa rareza estriba la importancia del análisis de este caso desde el punto de vista docente, pues si no se sospecha la presencia de esa alteración y se diagnostica tardíamente, se corre el riesgo de que se produzca una destrucción masiva de lobulillos hepáticos, los cuales son sustituidos por fibrosis, que de ser muy extensa, provoca una insuficiencia funcional del hígado.⁶⁻⁸

Los medicamentos antituberculosos prescritos curaron la enfermedad y eliminaron la insuficiencia hepática.

Referencias bibliográficas

1. Bhargava KD. Peritoneal tuberculosis: Laparoscopic patterns and its diagnostic accuracy. *Am J Gastroenterol* 1992; 87:109-12.
2. Crofton J, Home N. Tuberculosis clínica. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud, 1994: 9-63.
3. Maltezan HC, Spyridis P, Kaftzis D. Tuberculosis during infancy. *Int J Tuber Lung Dis* 2000; 4(5): 414-9.
4. Mansilla M, Braselli A. Fiebre de origen desconocida [biblioteca virtual en línea] <<http://www.infecto.edu.uy/revisiointemas/tema22/fodtema.2002.html>> [consulta: 12 junio 2005].
5. Arana Yi C, Anchorena J, Saolari J, Pereyra L, Gamarra J, Cassinelli M. Compromiso intestinal en la enfermedad de Buerger (tromboangiitis obliterante): reporte de un caso. *Arch Bronconeumol* 2002;38:246-8.
6. Ruiz A, Mederos L, Capó V. Aislamiento de *Mycobacterium avium* intracelular a partir de biopsia hepática. *Rev Gastroenterol Perú* 2003; 23(2):138-41.
7. Cruz L, Rodríguez H, Pérez D. Fiebre de origen desconocido: revisión de 105 pacientes. *Rev Cubana Med Trop* 2002;54(2):161-3.
8. Rodríguez M, Montagud JB, Robert J, Mayol MJ, Merino J. Hepatitis granulomatosa idiopática con orquiepididimitis bilateral y erupción cutánea. *Rev Méd Chile* 2002;130:1273-6.

Dr. Eduardo Castillo Varona. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Juan Bruno Zayas", Carretera del Caney s/n, Reparto Pastorita, Santiago de Cuba
E mail: eduardocastillo@yahoo.es

¹ Especialista de I Grado en Neumología. Instructor

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Castillo Varona E. Granulomatosis hepática de origen tuberculoso [artículo en línea]. *MEDISAN* 2006; 10(1) http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_1_06/san11106.htm [consulta: fecha de acceso].