

Seudotumor abdominal debido a infección por micobacterias en un paciente con sida.

F. SACRISTÁN-LISTA, J.L. REY-SANJURJO, M. BOUSO-MONTERO Y E. VÁZQUEZ-MARTUL.

Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

Desde la descripción del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), se ha constatado en los pacientes que presentan este cuadro un aumento de la incidencia de infecciones micobacterianas (1,2). Desde entonces, diversas comunicaciones recogen casos de infecciones por dichos microorganismos manifestadas como pseudotumores en pacientes con SIDA (3-6).

Se comenta el caso de un paciente infectado por ambos agentes con presentación clínica poco usual.

Paciente varón de 30 años, que dos años antes acude a nuestro hospital por presentar historia de adelgazamiento no cuantificado, astenia, disnea de esfuerzo y fiebre de 38,5 grados y donde se le detectaron anticuerpos anti-VIH 1 y 2 positivos.

Un mes antes de su último ingreso presenta un cuadro de diarrea crónica y fiebre de 39 grados, pero es dado de alta a petición propia, sin poder realizarle más estudios. Ingresa a los tres días por diarrea de 36 horas de evolución con doce deposiciones al día. Refiere fiebre y sudoración. El abdomen es doloroso a la palpación de manera difusa y en 24 horas el paciente sufre un deterioro progresivo del nivel de conciencia, siendo éxitus. El estudio autopsico demostró una gran masa en retroperitoneo, de 30x20 cms que se extendía por grasa mesentérica sin infiltrar macroscópicamente las asas intestinales, las cuales mostraban una mucosa con pliegues ensanchados, tanto en el intestino delgado como en el grueso. Histológicamente, la masa retroperitoneal correspondía a un gran conglomerado adenopático sin límites definidos entre los diferentes ganglios, cuya celularidad habitual estaba sustituida por células de

amplio citoplasma eosinófilo y núcleo central redondeado, de aspecto macrofágico, sin identificarse pleomorfismo nuclear ni figuras de mitosis. La masa aún conservaba arquitectura ganglionar, con cápsula fibrosa y senos vasculares (fig. 1). En ningún caso se identificaron células gigantes multinucleadas, granulomas ni focos de necrosis. Los macrófagos, con la tinción de Ziehl-Neelsen se mostraron repletos de bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) (fig. 2). Encontramos las mismas células, con sus citoplasmas repletos de BAAR, a lo largo de toda la lámina propia del intestino delgado y grueso, así como en el hígado e intersticio pulmonar.

Algunos de los gérmenes que clásicamente afectan a los pacientes infectados por el VIH son las micobacterias, siendo su forma habitual de presentación una afectación generalizada, con presencia de bacilos en múltiples órganos, debido a que infecta las células del sistema Retículo-Endotelial y se desplaza con ellas. Este caso muestra una infrecuente forma de presentación. Aunque hay casos descritos como pseudotumores de adenopatías y bazo (3-6), no hay casos comunicados como masas intraabdominales que alcancen un tamaño



Figura 1.- Imagen de la masa intraabdominal, con arquitectura de ganglio linfático y sustitución de las células linfoides habituales por macrófagos cargados de BAAR, (HE x 40).



Figura 2.- Imagen de la gran cantidad de bacilos ácido-alcohol resistentes que albergaban los citoplasmas de los macrófagos (Zhiel-Neelsen x 1000).

similar al de este caso. Resulta llamativo que, a pesar del volumen de la masa adenopática, su efecto mecánico fuese mínimo y, sin duda, la clínica se debió a la masiva infiltración del tubo digestivo por macrófagos que habían fagocitado al microorganismo.

A pesar de no disponer de cultivos positivos para germen (por no haberse realizado), la forma histológica

en que están afectados los órganos del paciente nos sugiere que se trate de una micobacteria no-tuberculosa (7,8) y al igual que Suster et al (4) pensamos que se trata de una micobacteria atípica por la selectiva infiltración de la lámina propia del tubo digestivo por macrófagos cargados de BAAR (imitando a la enfermedad de Whipple) y por la masiva afectación ganglionar (y de los otros órganos) sin evidencia microscópica de necrosis ni de formación de granulomas tipo-tuberculoide.

BIBLIOGRAFIA

1. Mallolas J, Soriano E. Resurrección de la tuberculosis. *Med Clin (Barc)* 1988; 91: 142-144.
2. Horsburgh CR. Mycobacterium avium complex infection in the acquired immunodeficiency syndrome. *N Engl J Med* 1991; 324: 1332-1338.
3. Chen KT. Mycobacterial spindle-cell pseudotumor of lymph nodes. *Am J Surg Pathol* 1992; 16: 276-281.
4. Suster S, Moran C, Blanco M. Mycobacterial spindle-cell pseudotumor of the spleen. *Am J Clin Pathol* 1994; 101: 539-542.
5. Wood C, Nickoloff JB, Todes-Taylor NR. Pseudotumor resulting from atypical mycobacterial infection: a "histioid" variety of mycobacterium avium-intracellulare complex infection. *Am J Clin Pathol* 1985; 83: 524-527.
6. Umlas J, federman M, Crawford C, O'Hara CJ, Fitzgibbon JS, Modeste A. Spindle cell pseudotumor due to mycobacterium avium-intracellulare in patients with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Am J surg Pathol* 1991; 15: 1181-1187.
7. Gillin JS, Urmacher C, West R et al. disseminated mycobacterium avium-intracellulare infection in acquired immunodeficiency syndrome mimicking Whipple's disease. *Gastroenterology* 1983; 85: 1187-91.
8. Maliha GM, Hepps KS, Maia DH, Gentry KR, Fraire AE, Goodgame RW. Whipple's disease can mimic chronic AIDS enteropathy. *Am J Gastroenterology* 1991; 86: 79-81.