

Fístula enterovulvar y enteroanal en una paciente infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana

Mario Valerga, María Franchi, Oscar Bases, Claudio Viola y José Macías

Hospital de Enfermedades Infecciosas Francisco Javier Muñiz. Buenos Aires. República Argentina.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, de 30 años de edad, infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana, que ingresa en la sala por presentar diarrea crónica, fiebre y pérdida de peso.

La paciente negaba consumo de drogas ilícitas, era heterosexual, nunca había recibido tratamiento antirretrovírico, ni tenía antecedentes de enfermedades marcaduras. A su ingreso se hallaba lúcida, febril, con signos de deshidratación y palidez cutáneo-mucosa generalizada, se palpaba una hepatomegalia de 8 cm por debajo del reborde costal derecho, lisa, regular, indurada e indolora y presentaba una lesión ulcerada, en beso, en región perianal con un orificio central por el que manaba un material fétido, de aspecto fecaloide, cuyo volumen de salida aumentaba a la palpación profunda abdominal; se interpretó como una fistula enteroanal (fig. 1).

En la analítica hemática se destacaba un recuento de linfocitos CD4 de $50/\text{mm}^3$, leucocitos de $2.000/\text{mm}^3$, eritrosedimentación de 100 mm en la primera hora y una fosfatasa alcalina de 800 U/l.

Se realizaron hemocultivos y cultivo de la secreción perianal.

Una radiografía de abdomen simple de pie mostró una burbuja de aire sobre la sombra del labio mayor izquierdo que se consideró como una fistula enterovulvar (fig. 2).

Una ecografía abdominal informó solamente de hepatomegalia con aumento de la ecogenicidad.

Evolución

Tanto el cultivo de la secreción perianal como el hemocultivo fueron positivos para *Mycobacterium avium-intracellulare* (MAI) (fig. 3), para lo cual se indicó tratamiento con ciprofloxacina (1g/día), claritromicina (1g/día) y etambutol (1.200mg/día).

La paciente evolucionó de forma favorable con desaparición de la fiebre y la diarrea, y reepitelización de la lesión perianal y cierre de las fistulas.

Fue dada de alta después de tres meses de hospitalización para su control ambulatorio.



Figura 1. Fístula enteroanal en periné.

Figura 2. Radiografía simple de abdomen con burbuja de aire sobre zona vulvar.

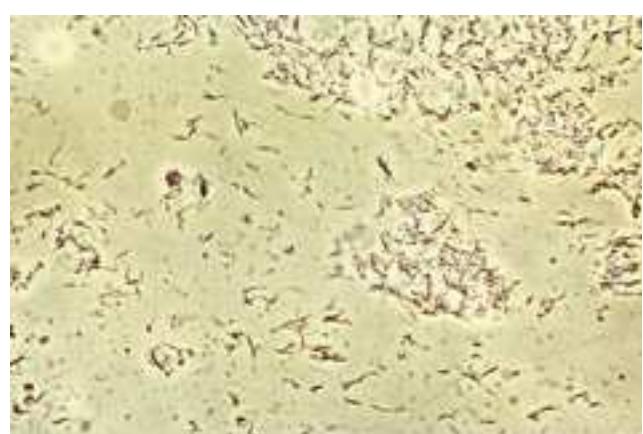


Figura 3. Aislamiento de *Mycobacterium avium-intracellulare*.

Correspondencia: Dr. Mario Valerga.
Virrey Liniers 1424-Código Postal 1241.
Buenos Aires-República Argentina.
Correo electrónico: clauamar@ocp.com.ar

Manuscrito recibido el 19-10-1999; aceptado el 26-04-2000.

Enferm Infect Microbiol Clin 2001; 19: 231-232

Comentarios

La enfermedad por micobacterias no tuberculosas es un hecho relativamente frecuente en pacientes con sida.

En EE.UU. la infección por MAI se observa en el 50% en algunas series necrópsicas, en tanto que en otros países alcanza sólo un 5% a 10%¹.

La infección por MAI se presenta en fases muy avanzadas del sida como una enfermedad diseminada, por lo que se calcula que el riesgo de desarrollarla pasa de un 3% en pacientes con recuentos de linfocitos CD4 de 100 a 200/mm³ a un 40% en pacientes con recuentos menores de 10/mm³.

El cuadro clínico de esta afección se caracteriza por fiebre, pérdida de peso, dolor abdominal, diarrea crónica, anemia, leucopenia y elevación de los valores séricos de las enzimas fosfatasa alcalina y láctico deshidrogenasa³.

La exploración física muestra en muchos casos hepatosplenomegalia, artritis, endoftalmitis, pericarditis y adenopatías mediastinales y retroperitoneales⁴.

El diagnóstico se certifica por hemocultivos, los cuales son positivos en un 85% al 98% de los casos, o por cultivos de médula ósea.

Con respecto al tratamiento, se recomienda un régimen múltiple que debe incluir claritromicina (500mg/12h), etambutol (1.200mg/día), y uno o dos fármacos más de los siguientes: rifabutina (300mg/día), ciprofloxacina (500 a 700 mg/12h) o clofazimina (100 mg/día)⁵.

Habitualmente no es necesario el empleo de corticoides, excepto en aquellos pacientes que presentan com-

promiso de serosas. En estos casos se aconseja el uso de dexametasona en bajas dosis (2mg/kg), durante 7 a 10 días⁶.

La quimioprofilaxis de la infección por MAI se recomienda en todo paciente con recuento de CD4 inferior a 50/mm³, y debe realizarse con rifabutina (300 mg/día) o azitromicina (600 a 1.200 mg/semana).

Nuestro caso en particular, se ajusta a lo descrito en la literatura médica consultada, sin embargo, no hemos hallado casos descritos de fistulas externas por MAI en pacientes con sida.

Bibliografía

1. Nightingale S, Byrd L, Southern P. Incidence of *Mycobacterium avium* intracellulare complex bacteraemia in human immunodeficiency virus positive patients. *J Infect Dis* 1992; 165: 1.082-1.085.
2. Havlick J, Horsburg C, Metchock B. Disseminated *Mycobacterium avium* complex infection: clinical identification and epidemiologic trends. *J Infect Dis* 1992; 165: 577-580.
3. Shafran S. Prevention and treatment of disseminated *Mycobacterium avium* complex infection in human immunodeficiency virus-infected individuals. *Int J Infect Dis* 1998; 3(1): 39-47.
4. Strom R, Gruninger R. AIDS and *Mycobacterium avium-intacellulare* lesions resembling those of Whipple's disease. *N Eng J Med* 1983; 24: 1.323-1.324.
5. Kemper C, Meng T, Nussbaum J. Treatment of *Mycobacterium avium* complex bacteraemia in AIDS with a four-drug oral regimen. *Ann Intern Med* 1992; 116: 466-472.
6. Womser G, Horowitz H, Dworkin B. Low-dose dexamethasona as adjunctive therapy for disseminated *Mycobacterium avium* complex infection in AIDS patients. *Antimicrob Agents Chemoter* 1994; 38: 2.215-2.217.