



## Diagnóstico a primera vista

### Masa renal en paciente con VIH y edad avanzada

### Renal mass in an HIV-positive elderly patient

Alejandro Salinas <sup>a,\*</sup>, Elisa Martínez <sup>a</sup>, Amparo Puerta <sup>a</sup> y Syonghyun Nam-Cha <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario de Albacete, Universidad de Castilla-La Mancha, Albacete, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario de Albacete, Universidad de Castilla-La Mancha, Albacete, España

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

On-line el 13 de febrero de 2009

#### Caso clínico

Mujer de 75 años que ingresó en nuestra unidad por fiebre. Entre sus antecedentes destacaba una infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en seguimiento en nuestra consulta desde hacía muchos años. Desde al año 2000 se encontraba en tratamiento con AZT 300 mg/12 h, 3TC 150 mg/12 h y efavirenz 600 mg/24 h con excelente tolerancia y cumplimiento. El estudio de poblaciones linfocitarias mostraba 320 linfocitos CD4/ $\mu$ l (23,5%) y la carga viral de VIH era indetectable. Unos días antes de su ingreso comenzó con fiebre elevada, dolor en fossa renal izquierda y polaquiuria. Se solicitó una ecografía del aparato urinario que mostró hidronefrosis severa izquierda (grado IV/IV). Un sedimento de orina reveló piuria intensa. En los hemocultivos y urocultivos seriados no se aislaron microorganismos. Una tomografía computarizada (TC) abdominal (fig. 1) mostró una colección de 6,5 cm de diámetro en el riñón izquierdo, de aspecto irregular, con crecimiento en espacio perirrenal, que traspasaba la fascia de Gerota hasta contactar con la pared abdominal. Por este motivo fue evaluada por el servicio de urología que efectuó nefrectomía radical izquierda. En el estudio anatopatológico se identificó un riñón atrófico, con múltiples cavidades en su interior (fig. 2). La tinción de Ziehl-Neelsen mostró bacilos ácido-alcohol resistentes. El cultivo microbiológico objetivó crecimiento de *Mycobacterium tuberculosis*.

Al revisar la historia clínica de la paciente observamos que poco después de su diagnóstico inicial de infección por el VIH, en el pasado, se efectuó intradermorreacción con tuberculina con resultado negativo. Sin embargo, debido a un contacto estrecho con un familiar afecto de tuberculosis pulmonar bacilífera se inició profilaxis para tuberculosis con isoniazida y rifampicina en pauta corta (3 meses), la cual hubo que suspenderla poco después por episodio de reacción alérgica a los fármacos administrados.

#### Evolución

Al establecerse el diagnóstico de tuberculosis genitourinaria, y tras confirmar la tolerancia a isoniazida, se inició terapia tuberculostática oral con etambutol 20 mg/kg/24 h+pirazinamida 20 mg/kg/24 h+levofloxacino 500 mg/24 h+isoniazida 5 mg/kg/24 h durante un período total de 12 meses. La terapia con levofloxacino se mantuvo durante las primeras 8 semanas y luego se retiró. Un estudio de poblaciones linfocitarias mostró 331 linfocitos CD4/ $\mu$ l (32,5%) y la carga viral del VIH fue indetectable. La evolución de la



Figura 1. Tomografía computarizada abdominal. Masa renal izquierda que contacta con la pared abdominal.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [asalinabotran@yahoo.es](mailto:asalinabotran@yahoo.es) (A. Salinas).



Figura 2. Nefrectomía radical. Riñón atrófico con cavitaciones múltiples.

paciente fue buena con correcto cumplimiento terapéutico. La TC abdominal de control y las baciloscopias seriadas en orina no mostraron recidiva de la enfermedad.

## Discusión

La tuberculosis genitourinaria supone una de las causas más frecuentes de tuberculosis extrapulmonar, que llega en algunas series a representar el 40,9% de los casos<sup>1</sup>.

La clínica más frecuente es la aparición progresiva de dolor en flanco en relación con síntomas miccionales (disuria, polaquiuria, hematuria), junto con un cuadro constitucional de larga evolución<sup>2</sup>. El hallazgo de piuria con cultivo de orina estéril siempre debe hacer pensar en el diagnóstico de tuberculosis del tracto urinario<sup>3,4</sup>, mientras que la TC se muestra como la técnica de imagen de elección para determinar la extensión de las lesiones<sup>5</sup>. En el caso que nos ocupa, se observa que la piuria estéril podría haber sido la clave que apuntase desde un principio al diagnóstico de tuberculosis renal. Se confirma así una vez más que, en ocasiones, son las pruebas más sencillas y menos sofisticadas las que conducen al clínico a un diagnóstico correcto.

## Bibliografía

1. García-Rodríguez JA, García-Sánchez JE, Muñoz-Bellido JL, Montes-Martínez I, Rodríguez-Hernández J, Fernández-Goroztarzu J, et al. Genitourinary tuberculosis in Spain: Review of 81 cases. *Clin Infect Dis*. 1994;18:557-61.
2. Navarro-Vilasaró M, Font B, Sala M, Prera A, Malet A, Mariscal D, et al. Micobacteriosis genitourinaria: estudio retrospectivo de 45 casos en un Hospital General. *Enferm Infect Microbiol Clin*. 2009 [en prensa].
3. Pérez S, Andrade M, Bergel P, Bracho Y, De Waard JH. A simple algorithm for the diagnosis of AIDS-associated genitourinary tuberculosis. *Clin Infect Dis*. 2006; 42:1807-8.
4. Eastwood JB, Corbishley CM, Grange JM. Tuberculosis and the kidney. *J Am Soc Nephrol*. 2001;12:1307-14.
5. Gibson MS, Puckett ML, Shelly ME. Renal tuberculosis. *Radiographics*. 2004;24: 251-6.