

ABSCESO RENAL EN EL PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH EN LA ERA DE LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL DE ALTA EFICACIA

A. BLANCO ESPINOSA, J. MORENO IZARRA*, J.C. REGUEIRO LÓPEZ,
F.J. ANGLADA CURADO, M.J. REQUENA TAPIA

Servicio de Urología. *Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Regional Universitario Reina Sofía. Córdoba.

PALABRAS CLAVE:
Absceso renal. VIH. HAART.

KEY WORDS:
Renal abscess. HIV. HAART.

Actas Urol Esp. 25 (5): 396-399, 2001

RESUMEN

El absceso renal es una rara complicación en la infección por VIH y normalmente ocurre en pacientes con severa inmunodeficiencia. El estado inmunitario del paciente es el factor determinante de la progresión de la enfermedad. La terapia antiretroviral de alta eficacia (HAART) mejora el recuento de subpoblaciones linfocitarias CD4. Presentamos un caso de absceso renal por *Aspergillus niger* en un paciente VIH+, que debutó con una masa en flanco derecho y fiebre. Realizamos una revisión de la literatura y analizamos el manejo en este tipo de pacientes.

ABSTRACT

Renal abscess is a very rare complication of HIV infection, usually occurs in patients with severe immune deficiency. The immune status is the main factor that predict disease advancement. Highly activite anti-retroviral therapy (HAART) improve the CD4 cell count. We present a case of renal abscess for *Aspergillus niger* in a HIV+ patient who complained of right flank mass and fever. We review relevant literature and the management of these patients.

Los abscesos renales son una rara complicación en el contexto de una infección por VIH. Habitualmente, ocurre en pacientes con afectación severa de su inmunodeficiencia. La frecuente asociación con la adicción a drogas por vía parenteral, hace que la puerta de entrada cutánea así como la diseminación hematogena como consecuencia de otros focos primarios sean las principales vías de afección renal. Actualmente las bacterias gram-negativas son cada vez más frecuentes precisamente por el factor inherente a la inmunodepresión pero lo que caracteriza a este tipo de pacientes es la presencia de infecciones oportunistas siendo la infección fúngica la más característica.

En cuanto al manejo de este tipo de pacientes se constata cambios en el tratamiento antiretroviral lo que ha provocado una mejora sustancial en su esperanza de vida. Las nuevas terapias antiretovirales de alta eficacia (HAART) logran fortalecer el estado inmunitario, por lo que cada vez más nos encontramos pacientes con una defensa inmunológica más competente ante las infecciones oportunistas cuando las padecen.

Por otro lado los abscesos renales en pacientes inmunocompetentes tanto en su etiología como en el manejo han sufrido cambios con respecto a conceptos históricos previamente establecidos. Actitudes agresivas como primera intención han sido sustituidas por tratamientos conservadores.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 30 años, adicto a drogas por vía parenteral y conocedor de infección por VIH, no cumplidor habitual de tratamiento antiretroviral. Entre sus antecedentes personales destacaba el diagnóstico hace 6 meses de una infección por Complejo Mycobacterium avium (MAC) en forma de abscesos cutáneos diseminados, no completando el tratamiento indicado al alta.

En esta ocasión fue ingresado al presentar desde hacía 2 meses una tumoración en región lumbar derecha, con un crecimiento lentamente progresivo y poco dolorosa; se asoció a la presencia de sensación febril intermitente y escalofríos. No refirió antecedente traumático alguno sobre la zona, ni sintomatología miccional o hematuria. En una primera exploración sólo destacó su afección abdominal no presentando otra sintomatología acompañante por aparatos y sistemas, a excepción de una marcada caquexia y palidez de mucosas. Presentaba una gran tumoración en fosa lumbar derecha de consistencia gomosa y fluctuante a la palpación, no siendo dolorosa y sin apenas signos flogóticos. Se solicitaron pruebas complementarias de estudio presentando los siguientes datos: 9.700 leucocitos/mm³ con 81% de neutrófilos, hemoglobina 8 gr/dl, plaquetas 467.000/ mm³, VSG 116, actividad de protrombina 58%, HbsAg y anticuerpos anti-VHC positivos, subpoblaciones linfocitarias: 1 CD4/mm³ y 59 CD8/ mm³, carga viral: 149.000 copias/ml. No se encontraron alteraciones bioquímicas significativas. En la radiografía de tórax presentó solamente un leve patrón intersticial bilateral.

En base a los antecedentes del paciente y su estado inmunitario se consideró en primer lugar la posibilidad de infección por el Complejo Mycobacterium avium (MAC), iniciándose tratamiento específico con rifabutina, claritromicina y myambutol, así como tratamiento antiretroviral con estavudina, lamivudina y nelfinavir. A pesar de este primer diagnóstico no concluyente se solicitaron pruebas de imagen complementarias, una ecografía abdominal y TAC abdomino-pélvico (Figs. 1 y 2); donde se evidenció una masa de predominio quístico que afectaba al riñón derecho y que se extendía a musculatura posterior.

La Unidad de Enfermedades Infecciosas de nuestro hospital contactó con el servicio de



FIGURA 1. Ecografía renal donde se evidencia masa renal.



FIGURA 2. Absceso renal derecho que se extiende a musculatura posterior.

Uroología para la valoración de abordaje quirúrgico por nuestra parte. Nosotros consideramos que debido al grave estado de inmunodepresión del paciente (1 CD4/mm³) con alto riesgo de diseminación sistémica era necesaria la realización del drenaje quirúrgico del absceso. El postoperatorio cursó de forma favorable, excepto por la persistencia de fiebre diaria. Al séptimo día de la intervención se recibió el resultado del cultivo de exudado purulento, identificándose *Aspergillus niger*. Se inició tratamiento con anfotericina B intravenosa, remitiendo la fiebre en las siguientes 24 horas. En el día +11 el paciente solicitó el alta voluntaria.

Se indicó tratamiento domiciliario con itracanazol (400 mgr/día), antiretrovirales, anti-MAC y trimetropim-sulfametoazol. El paciente no cumplió el tratamiento y falleció 28 días después.

DISCUSIÓN

Los pacientes con infección por VIH tienen como factor determinante el estado inmunitario, de manera que enfermos con un recuento menor de 50 CD4/mm³, el riesgo de afectación sistémica se multiplica¹. La frecuente asociación con la adicción a drogas por vía parenteral hace que la fungemia y posterior siembra sea consecuencia de la inyección de droga contaminada². Actualmente con las nuevas terapias antirretrovirales de alta eficacia (*HAART*) han conseguido modificar la tendencia evolutiva de estos pacientes. En las unidades de infecciosos de nuestros hospitales el patrón del enfermo con infección por VIH es el del paciente no cumplidor del tratamiento y como consecuencia de ello afecto de una severa inmunodepresión. El riesgo de infecciones oportunistas con afectación sistémica es muy elevado. Por el contrario los pacientes que cumplen los tratamientos mantienen unos niveles de CD4 aceptables de manera que su respuesta ante la infección se comportaría cada vez más a la de un paciente inmunocompetente.

En pacientes VIH+ con sintomatología sugestiva como sensación de masa en flanco, fiebre y dolor nos debe hacer sospechar la posibilidad de un absceso renal⁶⁻⁸. Esta presunción se debe apoyar en métodos diagnósticos siendo de especial interés la ecografía y la tomografía axial computerizada (TAC). Los ultrasonidos permiten evidenciar lesiones hipoeocicas desde 2-3 cm de diámetro. Otro aspecto importante de la ecografía es que nos permite guiar la punción aspiración percutánea permitiendo el drenaje de la colección así como la obtención de muestra para cultivo. El TAC es actualmente el método de elección ante la sospecha de un absceso renal. Nos permite identificar las características de la colección así como sus relaciones anatómicas.

En cuanto al tratamiento de los abscesos renales en este tipo de pacientes, actitudes agresivas de primera intención quedan relegadas por tratamientos más conservadores³. Por otro lado debemos tener en cuenta en este tipo de pacientes que las escasas perspectivas de vida antes de la era *HAART* podrían justificar aún más el tratamiento conservador⁴.

Tal y como consideran López Alcina y cols.³ la punción percutánea es una medida utilizada ampliamente en la actualidad y altamente resolu-

tiva. Ante la sospecha de una colección abscesificada el drenaje es obligado, siempre que sea técnicamente posible. La obtención de material permite un uso dirigido de los antimicrobianos desde el principio, lo que en pacientes inmunodeprimidos lo hace todavía más relevante debido a la frecuente presencia de infecciones oportunistas que padecen. Sólo encontrarían indicada la nefrectomía cuando la actitud conservadora no fuera resolutiva, persistiendo tras un periodo prudente de observación o si la presencia de shock séptico nos obligara a la intervención quirúrgica de urgencias.

Rey y cols. en una reciente publicación⁵ y animados por los resultados de la terapia antirretroviral de alta eficacia proponen una pauta de actuación similar a la de los pacientes inmunocompetentes. Un recuento de subpoblaciones linfocitarias CD4 > 500/mm³ podría justificar un tratamiento conservador en un primer momento y dejando una actitud más agresiva en función de la resolución o no del proceso. En abscesos renales se han comunicado resultados satisfactorios utilizando únicamente tratamiento médico, basado en antimicóticos y terapia antirretroviral de alta eficacia².

Nosotros consideramos que los pacientes con infección por VIH que desarrollen un absceso renal es el status inmunitario el que debe establecer la actitud terapéutica a seguir. Pacientes con una severa inmunodepresión (1 CD4/mm³) por consiguiente con un elevado riesgo de afectación sistémica el drenaje quirúrgico y la nefrectomía estarían indicadas. No obstante la terapia antirretroviral de alta eficacia (*HAART*) ha cambiado sustancialmente el estado inmunitario de estos pacientes. Consideramos que ante un paciente cumplidor de su tratamiento con unos niveles aceptables de linfocitos CD4 el manejo sería el mismo que para un paciente inmunocompetente prevaleciendo el tratamiento conservador sobre el agresivo. Un aspecto importante actualmente con este tipo de pacientes es que el estereotipo del enfermo de SIDA ingresado en las unidades de infecciosos de nuestros hospitales cada vez más se parece al caso clínico expuesto. No cumplidores de ningún tipo de tratamiento, un componente psicosocial que imposibilita cualquier seguimiento, por lo que las opciones de tratamiento eficaz se limitarían a la cirugía.

Por el contrario el enfermo de SIDA que responde a la terapia *HAART*, con un estado inmunitario aceptable se podría considerar hoy en día igual que un paciente inmunocompetente de manera que la actitud conservadora en un primer momento estaría plenamente justificada.

REFERENCIAS

1. BENNET JE: Aspergillus species. En Mandell GE, Bennet JE, Dolin R: Principie and Practice of Infectious Diseases 1995; **2**: 2.306-2.311.
2. SANTOS J, PALACIOS R, ESTEVE A, RIVERO A, MÁRQUEZ M: Fungemias en pacientes con infección por el VIH. *An Med Interna* 1998; **15 (10)**: 523-527.
3. LÓPEZ ALCINA E, ARLANDIS GUZMÁN S, MONSERRAT MONFORT JJ, FUSTER ESCRIVÁ F, JIMÉNEZ CRUZ F: Abscesos renales y perirrenales. *Actas Urol Esp* 1999 Feb; **23 (2)**: 135-139.
4. VALLE GERHOLD J, MONZÓN ALEBESQUE F, LÓPEZ LÓPEZ JA: Tratamiento percutáneo de absceso renal micótico por Aspergillus fumigatus en un paciente con SIDA. *Actas Urol Esp* 1992 Jun; **16 (6)**: 492-494.
5. REY D, de MAUTORT E, SAUSSINE C et al.: Isolated renal Aspergillus abscess in an AIDS patient with a normal CD4+ cell count on highly active antiretroviral therapy. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1999 Feb; **18 (2)**: 137-141.
6. MARTINEZ JABALOYAS J, OSCA JM, RUIZ JL, BEAMUD A, BLANES M, JIMÉNEZ CRUZ F: Renal aspergillosis and AIDS. *Eur Urol* 1995; **27 (2)**: 167-169.
7. SEGARRA J, CHECHILE G, SOLÉ BALCELLS F: Renal abscess due to Aspergillus fumigatus in a patient with the acquired immunodeficiency syndrome. *Urol Int* 1995; **55 (1)**: 60-62.
8. KÜMMERLE S, WEDLER H: Renal abscesses in an AIDS patient caused by Aspergillus fumigatus. *Urol Int* 1998; **61 (1)**: 52-54.

Dr. A. Blanco Espinosa
Avda. de Guerrita, 19, 1-1
14005 Córdoba

(Trabajo recibido el 26 enero de 2001)