

Médica Sur

Volumen **11**
Volume

Número **1**
Number

Enero-Marzo **2004**
January-March

Artículo:

Hepatitis granulomatosa

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Médica Sur Sociedad de Médicos, AC.

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

Hepatitis granulomatosa

Magali Herrera Gomar,* Marco Alcántara,* Ulises Pérez,* Carmina Zavala,* Javier Lizardi Cervera**

Resumen

Se reporta el caso de un hombre de 55 años de edad, que presentaba un cuadro de fiebre de origen desconocido. Después de haberse realizado todo el protocolo de estudio para el diagnóstico, se tuvo que llegar hasta la biopsia hepática, donde finalmente se demostró la presencia de tuberculosis hepática.

Palabras clave: Fiebre de origen desconocido, tuberculosis hepática, hepatitis C, diagnosis y tratamiento.

Se trata de paciente del sexo masculino de 55 años de edad, agente de seguros, originario y residente de la ciudad de México, tiene antecedentes familiares de enfermedad vascular cerebral, es sedentario, de nivel socioeconómico medio, no convive con animales o mascotas. Refiere ingesta de alcohol desde hace 30 años, ingiriendo cuatro copas a la semana. Niega tabaquismo y otras toxicomanías. Inició su vida sexual a los 14 años de edad, casado y heterosexual. Su grupo y tipo sanguíneo O Rh positivo. Como antecedentes traumáticos tuvo una fractura de clavícula en 1977 tratada con manejo conservador sin secuelas ni complicaciones. Refiere intolerancia a la lactosa manifestada por meteorismo, diarrea y flatulencia. Aparentemente se le diagnosticó hiperuricemia, por lo cual ingiere alopurinol de manera errática, en la actualidad lo tiene suspendido. El resto de los antecedentes de enfermedades cronicodegenerativas, fueron interrogados y negados.

Como antecedente de importancia refiere viaje a Pekín hace seis meses donde se encontraba a temperaturas de 10 °C bajo cero a 3,600 mts sobre el nivel del mar.

Inició su padecimiento actual hace seis meses durante un viaje que realizó al Tibet; manifestado por malestar general, astenia, adinamia, dolor inespecífico de intensidad 4/10 en músculos y huesos, rinorrea

Abstract

We present the case of a 55 year old man, who had fever of unknown origin. He was studied, but there was no clear diagnosis, so he had a liver biopsy, which finally cleared the diagnosis as hepatic tuberculosis.

Key words: Unknown origin fever, hepatic tuberculosis, hepatitis C, diagnosis and treatment.

nasal transparente, estornudos acompañados de tos seca, no cianozante ni emetizante y disnea que le condicionaba el uso de una almohada por las noches durante siete días. Al regresar a la Ciudad de México persistió con astenia y adinamia durante dos semanas, para posteriormente agregarse fiebre no cuantificada con escalofríos por las noches, motivo por el cual acude con facultativo quien diagnostica neumonía y hepatitis tipo B mediante serología realizada en un laboratorio externo. Por continuar con fiebre, acude para valoración y tratamiento. A su ingreso en la exploración física pesó 87 kg, talla 1.77, IMC 27.8, superficie corporal de 2.04, FC 90, TA 120/80, FR 20, temperatura 38.7°C. Se encontraron los siguientes datos de relevancia: temp 38.7°C, se palpa hepatomegalia de 3 cm por debajo del reborde costal derecho, se percute a 9 x 6 x 3 cm de dimensión, esplenomegalia de 1 cm por debajo del reborde costal izquierdo; el resto de la exploración dentro de los parámetros normales.

Se le estudia durante una semana, permaneciendo febril en el transcurso de los mismos: Los resultados de laboratorio mostraron Hb 12.7 mg/dL, Hto 36.5%, plaquetas 174 cel/mL, leucocitos totales 6.1, neutrófilos 71.5, TP 17.5 seg, glucosa 152, BUN 7.7, Cr 1.09, Na 135 mEq/L, K 4.36 mEq/L, Ca 7.7 mEq/L, Ca corregido 8.98 mEq/L, fósforo 2.87 mEq/L, BT 0.9 mg/dL, BD 0.23 mg/dL, BI 0.67 mg/dL, TGP 88UI/L, TGO 55UI/L, FA 178UI/L, GGT 186UI/L, PT 5.01 g/dL, alb 2.45 g/dL. Perfil viral: Ac Hep B core+, Ac Hep Be +. Ac anti-HCV positivos. Antígeno prostático específico 1.29UI/L. ELISA para anticuerpos anti-HIV negativo. PPD negativo, gota gruesa negativo, reacciones febriles negativas con brucella

* Departamento de Medicina Interna.

** Subdirección Académica.
Fundación Clínica Médica Sur

1:40. BAAR en expectoración negativo. Serología para rickettsias negativa. Electroforesis de proteínas normal. ANA´s, anti-sm, factor reumatoide, anti-scl 70 negativos, velocidad de sedimentación globular 20. Ligeras bandas de proteína anormal en las gammaglobulinas pero dentro de los valores de referencia 0.9 (0.5-1). Sus estudios de gabinete con ecocardiograma transtorácico que mostró válvulas normales, presiones y gradientes normales. Ecocardiograma transesofágico normal. Radiografía de tórax, con tejidos blandos y óseo íntegros, con zonas de atelectasia en la base derecha. Tomografía de tórax con bronquiectasias y lesiones líticas en vertebras torácicas. Serie ósea metastásica, sin alteraciones, no se observan zonas líticas ni blásticas. Gammagrafía ósea con talio normal, Doppler de miembros pélvicos sin evidencia de coágulos, venas superficiales, profundas y perforantes permeables. Gammagrama óseo normal. USG de próstata normal; USG y TAC abdominales con ligera hepatoesplenomegalia (*Figuras 1 y 2*).

Por los datos no concluyentes, después de una semana de haber permanecido hospitalizado, se le somete a biopsia hepática por laparoscopia, donde se encuentra también la vesícula biliar edematizada y se decide extirpar. La biopsia hepática, finalmente, reporta cambios granulares periportales (*Figura 3*), a la misma se le realizan estudios de inmunohistoquímica para el diagnóstico diferencial con linfoma, sin embargo los mismos son negativos. Por los hallazgos anteriores, se concluye que se trata de tuberculosis, en este caso hepática.



Figura 1. USG abdominal donde se encuentra hepatomegalia, sin presencia de alguna otra alteración.

Discusión

Se trata de paciente del sexo masculino de 55 años de edad que tiene como antecedente un viaje a Pekin hace seis meses y hace dos semanas al Tibet. En esta ocasión acude por presentar fiebre de dos semanas de evolución de predominio vespertino de hasta 38°C.

Se considera que una fiebre es prolongada o de larga duración cuando su evolución es superior a las 2 ó 3 semanas, con evidencia de temperaturas superiores a 38.3 °C en varias ocasiones. Cuando la fiebre es la manifestación única o dominante de la enfermedad del paciente y no se ha llegado al diagnóstico etiológico tras una semana de investigación hospitalaria, se le considera fiebre de origen desconocido (FOD), como llegó el

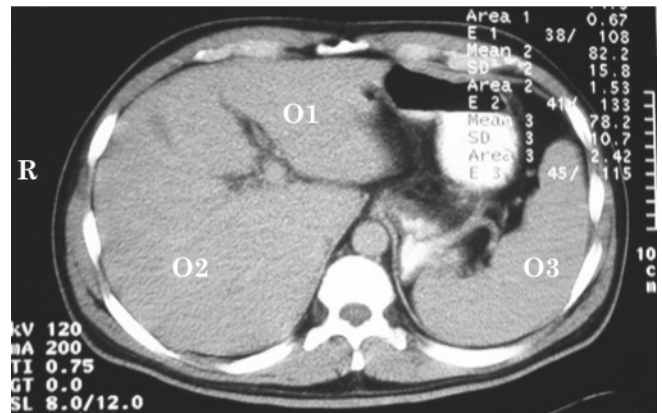


Figura 2. Tomografía axial computarizada con doble contraste de abdomen donde se muestra hepatoesplenomegalia, sin infiltrados o alguna otra alteración.

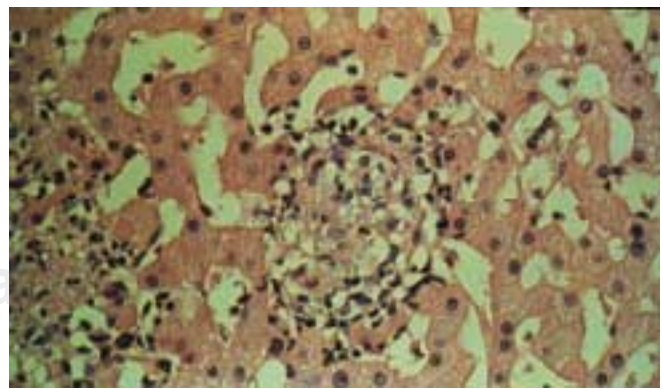


Figura 3. Microscopia de biopsia hepática, donde se pueden observar células gigantes e histiocitos periportales.

caso que nos compete. Los criterios anteriores, acuñados por Petersdors y Berson, fueron enunciados así para excluir las enfermedades víricas comunes, las fiebres posoperatorias, las fiebres autolimitadas aunque la etiología no se aclare, las hipertermias habituales y otras causas obvias. La semana de investigación hospitalaria, que también puede ser ambulatoria, ha de incluir una historia clínica detallada y una exploración física completa y minuciosa. Si con ellas no se obtiene una orientación, comprenderá también un mínimo de exámenes complementarios.²

Las FOD suelen deberse a enfermedades habituales pero que presentan una localización, unas manifestaciones iniciales o una evolución poco frecuentes o atípicas. Aunque las infecciones siguen siendo la causa más frecuente de FOD (40%), su incidencia relativa es muy inferior a la de fiebres de corta duración (80%).⁴ Las neoplasias y las enfermedades del tejido conectivo contribuyen con un 15% cada una. El resto se reparte entre una larga lista que comprende otras varias causas, y una proporción de casos que quedan sin diagnóstico etiológico a pesar de una observación prolongada y una investigación completa.³

En la mayoría de las series amplias descritas, independientemente de su composición y del área geográfica de procedencia, la tuberculosis, los abscesos intraabdominales, las infecciones del árbol biliar, los abscesos hepáticos, la endocarditis, los linfomas, las vasculitis y el lupus eritematoso generalizado (LEG) constituyen aproximadamente la mitad de las FOD que se diagnostican.

Ante un paciente con una FOD cuyo estado general se deteriora y en el que han fracasado todos los medios menos traumáticos disponibles, hay que pensar en última instancia en la laparotomía exploradora. Su morbilidad es del 10-29% y su mortalidad del 0-5%, aproximadamente. Estas cifras deben interpretarse, sin embargo, teniendo en cuenta que las complicaciones no son despreciables. El rendimiento de la laparotomía oscila entre el 30 y el 90% y es superior en presencia de algún dato orientativo de afección intraabdominal o retroperitoneal. Biopsia, laparoscopia y laparotomía.⁷ Las biopsias, junto con la laparotomía, son los dos tipos de exploraciones que suelen proporcionar un porcentaje mayor de diagnósticos etiológicos.⁷ Cuando están indicadas, su práctica no debe retrasarse innecesariamente, aunque tampoco hay que precipitarse si existe la posibilidad de obtener un rendimiento análogo mediante técnicas más inocuas.⁶ El material obtenido por medio de una biopsia ha de ser

examinado de forma exhaustiva en los laboratorios de anatomía patológica y microbiología. La relación riesgo-beneficio de la biopsia hepática es muy favorable a este último. Su rendimiento es superior cuando hay una hepatomegalia o la función hepática está alterada. El examen de la superficie hepática y del resto de la cavidad abdominal por medio de la laparoscopia proporcionó, en una serie, datos que contribuyeron al diagnóstico en más de la mitad de los casos. Cuando se combina con el de la punción biopsia hepática dirigida, el diagnóstico se logra en alrededor del 70% de los casos en los que se indica.⁶ En otras series, no obstante, sólo permitió efectuar el diagnóstico etiológico en el 10-15% de los casos. La posibilidad de una hepatitis granulomatosa debe considerarse siempre antes de abandonar temporalmente las investigaciones de un paciente portador de una FOD.

Los granulomas hepáticos se pueden presentar en una variedad de condiciones. Su detección en el hígado puede ser la primera clave de una enfermedad sistémica coexistente. La consideración de síntomas coexistentes y la caracterización y localización de los granulomas hepáticos, generalmente llevan a un diagnóstico definitivo. En el caso de la tuberculosis, se trata de granulomas, con necrosis central (caseo), que se observaron en otros cortes de la biopsia hepática de este paciente. La fiebre es el síntoma más común, especialmente en los casos de tuberculosis, junto con diaforesis nocturna y pérdida de peso. Pueden llegar a presentar hepatomegalia y esplenomegalia. Pueden llegar a presentar ligera transaminasemia, pero el denominador común es que se encuentren dentro de los rangos normales.¹

En el caso de la tuberculosis, se presentan granulomas hepáticos en más del noventa por ciento de los pacientes con tuberculosis miliar, sesenta por ciento en aquéllos con la presentación extrapulmonar y veinticinco en los que se presentan con afección pulmonar aislada. Los síntomas incluyen fiebre, diaforesis nocturna, fatiga, anorexia y pérdida de peso. Las transaminasas pueden encontrarse mínimamente elevadas y rara vez se encuentra ictericia. Los granulomas generalmente se encuentran en el área portal y pueden o no formar caseo; ocasionalmente presentando bacilos ácido-alcohol resistentes. Este paciente es portador de hepatitis B y C, la infección por tuberculosis y la infección por virus de hepatitis C son enfermedades con características similares, ambas tienen distribución mundial, con una alta prevalencia y con características epidémicas y endémicas. La tuberculosis afecta a un tercio de la po-

blación mundial y la infección por virus de hepatitis C a 1.5-2% de la población mundial. Hasta el momento no se ha identificado una relación directa entre la infección por VHC y tuberculosis, solamente cuando se encuentran asociadas con infección por VIH o en consumidores de drogas ilegales. Con la presencia de granulomas en pacientes con sólo infección por VHC el espectro morfológico observado se amplía aún más. Cuando se encuentren granulomas epitelioides en biopsia hepática una de las etiologías a descartar será la infección por virus de la hepatitis C.⁸

El paciente fue dado de alta, con antifímicos.⁵ El pronóstico del paciente es oscuro, debido a la cantidad de agresores hepáticos a los cuales se encuentra sometido; ya que es portador de virus B y C, tuberculosis hepática y la hepatotoxicidad de los antifímicos.

Referencias

1. Branwald E, Fauci SA, Kasper D, Stephen HL, Longo DL, Jameson LJ. *Harrison Principios de Medicina Interna* 15ª. edición. Capítulo Séptimo. 2002.
2. Aduan Rp, Fauci As, Dale Dc, Herzberg Jh, Wolff Sm. Factitious fever and self-induced infection. *Ann Intern Med* 1979; 90: 230-242.
3. Kuoekaert Dc, Vanneste Lj, Bobbaers Hj. Recurrent or episodic fever of unknown origin. *Medicine* 1993; 72: 184-196.
4. Larson EB, Featherstone HJ, Petersdorf RG. Fever of undetermined origin: Diagnosis and follow-up of 105 cases, 1970-1980. *Medicine* 1982; 61: 269-292.
5. Mensa J, Gatell JM (Eds). *Guía Práctica de terapéutica antimicrobiana*, 5a ed. Barcelona, Masson-Salvat, 1995.
6. Moreno A, Ruiz L, Larraona JI. Utilidad de la biopsia hepática en la fiebre de origen desconocido. *Med Clin (Barc)* 1985; 85: 228-230.
7. Solis HJ, Benita V, González P. Valor de la laparoscopia en el diagnóstico etiológico de la fiebre de origen desconocido. *Gastroenterol Hepatol* 1978; 1: 9-14.
8. Pichardo-Bahena, Méndez SN. Presencia de granulomas epitelioides en paciente con infección por virus de la hepatitis C. *Médica Sur* 2002; 1: 4-6.

Correspondencia:

Dra. Magali Herrera Gomar
Puente de Piedra No. 150. Col Toriello
Guerra. Tlalpan 14050
México, Distrito Federal
Subdirección Académica. Tercer Piso de
Hospitalización.

