



Abscesos Cerebrales por *Mycobacterium tuberculosis* en Pacientes con Infección por HIV: Presentación de 3 Casos



D Nicita, D Masini, E Vazquez, D Risso, N Trione, H Metta, M Corti
Hospital F.J. Muñoz. División B. Unidad 17. CABA, Argentina

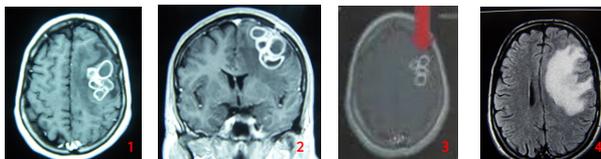
Introducción

Los abscesos cerebrales representan una forma presentación infrecuente de tuberculosis del sistema nervioso central en pacientes con infección por HIV. A continuación se describen 3 casos clínicos:

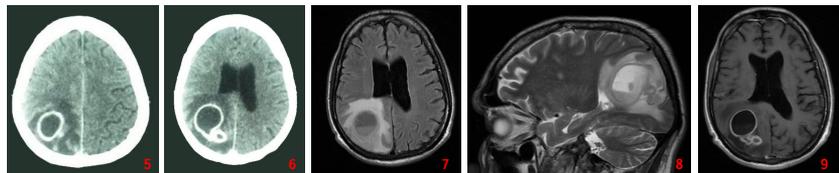
Casos Clínicos

Primer caso: varón de 32 años HIV positivo, linfocitos T CD4+: 126 cél/ul (12 %) con antecedentes de tuberculosis pulmonar sensible a drogas de primera línea con abandono del tratamiento que ingresó por cefalea, déficit motor y convulsiones. Serologías: toxoplasmosis (IgG) reactiva 1/16, Chagas (IgG) no reactiva. Esputo seriado y lavado broncoalveolar para BAAR: negativos. Radiografía de tórax: sin anomalías. **Segundo caso:** varón de 48 años HIV positivo de reciente diagnóstico, linfocitos T CD4+: 70 cél/ul (15%) con tuberculosis pleuropulmonar sensible a drogas de primer línea que evolucionó con cefalea y convulsiones. Serologías: toxoplasmosis (IgG) reactiva. Chagas (IgG): no reactiva. Cultivo de Esputo y Líquido Pleural positivo para *M. tuberculosis*. **Tercer caso:** varón de 47 años HIV positivo, linfocitos T CD4+: 113 cél/ul (17 %) con antecedentes de tuberculosis pulmonar con abandono del tratamiento que ingresó por deterioro del sensorio y déficit motor. Serologías: toxoplasmosis (IgG-ELFA) 145 UI/ml. Chagas (IgG): no reactiva. Radiografía de tórax: sin anomalías.

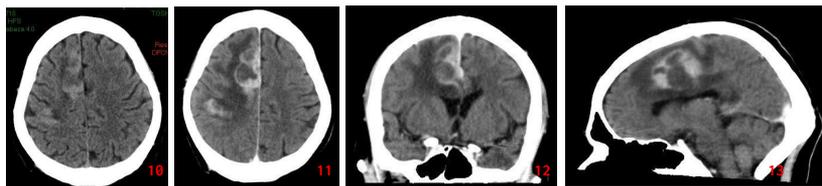
En todos los casos se inició tratamiento empírico para toxoplasmosis cerebral sin respuesta clínica ni en neuroimágenes. Posteriormente se agregó, por antecedentes personales, tratamiento antifímico con respuesta parcial evidenciándose en TC imágenes multilobuladas que reforzaban con el contraste asociado a edema perilesional.



Caso 1: A nivel fronto-parietal izquierdo se observaron imágenes multilobuladas, hipointensas en T1 e hiperintensas en T2 con captación periférica del contraste en forma anular, edema perilesional y efecto de masa, con borramientos de surcos en la convexidad y desviación de la línea media (imágenes 1 a 4, RMN).



Caso 2: A nivel occipito-parietal derecho se observan áreas de edema vasogénico con voluminosa imagen nodular de contenido quístico y halo hiperdenso que progresa hasta el centro semioval y convexidad del mismo lado con colapso parcial del asta occipital y borramiento de surcos y cisuras (imágenes 5 y 6, TC c/cte). Imágenes similares en RMN (6 a 8).



Caso 3: Múltiples imágenes hipodensas localizadas en centro semioval derecho adyacentes a la línea media y en lóbulo parietal con realce anular y nodular luego de la administración del contraste. A nivel occipital se observaron imágenes de similares características (imagen 10, TC s/cte. Imágenes 11 a 13, TC c/cte).

En el **primer caso** se realizó biopsia estereotáxica de cerebro comprobándose resistencia de la cápsula de los abscesos y obteniéndose un granuloma no bien definido en la anatomía patológica con tinción de Ziehl Neelsen positiva con bacilos fragmentados y disgregados. Posteriormente se realizó exéresis de la masa certificándose la etiología tuberculosa con evolución favorable. En el **segundo caso**, durante el tratamiento antifímico por tuberculosis pleuropulmonar confirmada, el paciente presentó los síntomas neurológicos descritos. Luego de certificada la presencia de lesión ocupante de espacio se realizó la exéresis informando en el examen anatomopatológico la presencia de numerosos bacilos ácido alcohol resistentes. El paciente presentó buena evolución clínica y fue dado de alta en fase de consolidación. En el **tercer caso** se realizó una biopsia estereotáxica de cerebro por persistencia de las lesiones ocupantes de espacio a pesar de la mejoría clínica con el tratamiento antifímico instaurado cuyo examen anatomopatológico informó la ausencia de granulomas y la presencia de extensas áreas de necrosis y elementos baciliformes pequeños compatibles con BAAR fragmentados. Se decidió programar su exéresis quirúrgica.

Conclusiones

En pacientes con tuberculosis y síntomas neurológicos focales se debe considerar la posibilidad de abscesos cerebrales. Debido a la escasa penetración de las drogas específicas la resección quirúrgica es necesaria en lesiones con cápsulas gruesas y multilobuladas.