

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinaria, Ciudad de México, México.

ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2026,

Volumen 10, Número 1.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i1

COEXISTENCIA DE LINFADENITIS TUBERCULOSA RESISTENTE A RIFAMPICINA Y SARCOMA DE KAPOSI GANGLIONAR EN UN PACIENTE QUE VIVE CON VIH. REPORTE DE CASO

**COEXISTENCE OF RIFAMPICIN-RESISTANT TUBERCULOUS
LYMPHADENITIS AND LYMPH NODE KAPOSI'S SARCOMA IN A
PATIENT LIVING WITH HIV. CASE REPORT**

Dr. Uriel Gadiel Solis García
Hospital Regional Presidente Juárez ISSSTE

Dra. Abigail Cruz Juárez
Hospital Regional Presidente Juárez ISSSTE

Dra. Diana Valeria Ruiz García
Hospital Regional Presidente Juárez ISSSTE

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i1.22303

Coexistencia de linfadenitis tuberculosa resistente a rifampicina y Sarcoma de Kaposi ganglionar en un paciente que vive con VIH. Reporte de caso

Dr. Uriel Gadiel Solis Garcia¹

sogu15@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-7247-6123>

Médico residente en Medicina Interna, Hospital Regional Presidente Juárez ISSSTE, Oaxaca de Juárez, México

Méjico

Dra. Abigail Cruz Juárez

abigail.juarez@issste.gob.mx

<https://orcid.org/0009-0004-1039-8996>

Medicina Interna e Infectología adscrito al servicio de Medicina Interna, Hospital Regional Presidente Juárez ISSSTE, Oaxaca de Juárez, México.

Méjico

Dra. Diana Valeria Ruiz García

valeriaruizgar02@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-3746-9029>

Médico residente en Medicina Interna, Hospital Regional Presidente Juárez ISSSTE, Oaxaca de Juárez, México.

Méjico.

RESUMEN

La tuberculosis (TB) es la principal causa infecciosa de mortalidad y morbilidad en el mundo con una incidencia anual de 20 millones de casos nuevos, la TB extrapulmonar representa aproximadamente el 15-20% de los casos de TB a nivel mundial, siendo la linfadenitis tuberculosa la presentación más frecuente, en pacientes con coinfección TB/VIH la presentación clínica extrapulmonar se observa con mayor frecuencia. El sarcoma de Kaposi coexistente con VIH se presenta en personas homosexuales coinfecctados con HHV-8 y CD4+ < 200 cél/mL. Se reporta en la literatura que en estos pacientes hay además un riesgo de 30% de presentar infección extrapulmonar por *Mycobacterium tuberculosis* (MTB). Presentaremos el caso de paciente masculino que fue diagnosticado con VIH y que presentó coexistencia de linfadenitis tuberculosa resistente a Rifampicina y Sarcoma de Kaposi.

Palabras clave: tuberculosis, linfadenitis, extrapulmonar, vih, sarcoma de kaposi

¹ Autor principal

Correspondencia: sogu15@hotmail.com

Coexistence of rifampicin-resistant tuberculous lymphadenitis and lymph node Kaposi's sarcoma in a patient living with HIV. Case report

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is the leading infectious cause of mortality and morbidity worldwide, with an annual incidence of 20 million new cases. Extrapulmonary TB accounts for approximately 15-20% of TB cases globally, with tuberculous lymphadenitis being the most frequent presentation. In patients with TB/HIV coinfection, the extrapulmonary clinical presentation is more frequently observed. HIV-associated Kaposi's sarcoma occurs in homosexual men coinfected with HHV-8 and CD4+ counts < 200 cells/mL. The literature reports that these patients also have a 30% risk of developing extrapulmonary Mycobacterium tuberculosis (MTB) infection. We will present the case of a male patient who was diagnosed with HIV and who presented with coexisting tuberculous lymphadenitis resistant to Rifampicin and Kaposi's sarcoma.

Keywords: tuberculosis, lymphadenitis, extrapulmonary, hiv, kaposi's sarcoma

*Artículo recibido 10 diciembre 2025
Aceptado para publicación: 10 enero 2026*



INTRODUCCION

La tuberculosis es la enfermedad infecciosa más prevalente en el mundo con una incidencia anual de 20 millones de casos nuevos. El país con mayor número de casos es la India el cual concentra 2/5 de los casos a nivel mundial. El termino TB extrapulmonar es el termino en el cual se describe la aparición aislada de TB en sitios del cuerpo distinto al pulmón (1).

La tuberculosis de los ganglios linfáticos también llamada linfadenitis tuberculosa es una de las formas más comunes de tuberculosis extrapulmonar, la TB extrapulmonar representa aproximadamente el 15-20% de los casos de TB a nivel mundial mientras que la linfadenitis tuberculosa representa el 35% de estos casos (2).

Para el diagnostico de linfadenitis tuberculosa el GeneXpert detecta positividad del ADN de MTB en el 61.37% de los casos en comparación con 28.93% en el cultivo, sin embargo la primera detecta también casos de resistencia a rifampicina y tiene una sensibilidad y especificidad del 85.71% y 48.54% respectivamente (3). En 2014, la OMS recomendó el GeneXpert en lugar de las pruebas convencionales para analizar muestras no respiratorias específicas. Este ensayo GeneXpert MTB/RIF se basa en la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) anidada en tiempo real y la tecnología de balizas moleculares (4).

La infección por VIH incrementa el riesgo de tuberculosis activa, ambas infecciones son causa frecuente de mortalidad en todo el mundo. El VIH altera la producción de citocinas, lo que favorece la diseminación bacteriana, a su vez, la replicación del VIH es inducida por los macrófagos infectados por M. tuberculosis (5). Algunos factores como: carga viral de VIH elevada, conteo reducido de CD4+, falta de terapia antirretroviral y bajo índice de masa corporal favorecen la asociación con M. tuberculosis (6). El Sarcoma de Kaposi (SK) concomitante con infección por VIH ocurre con más frecuencia en personas homosexuales coinfecadas por virus del herpes humano tipo 8 (HHV-8) con CD4+< 200 cél/mL, con el mismo conteo de CD4+ existe riesgo de infección extrapulmonar por M. tuberculosis. La localización más frecuente es la piel, principalmente la cara, la cavidad oral y las extremidades inferiores, hay afección pulmonar hasta en 30% de los casos (7). Las manifestaciones clínicas incluyen lesiones cutáneas tipo máculas rojizas, indoloras y sólidas, con áreas de hiperqueratosis y tendencia a ulcerarse. En estadios avanzados, estas lesiones son bilaterales, palpables, no pruriginosas y pueden afectar



extensamente las extremidades y las mucosas. La infección por HHV-8 es esencial para el desarrollo del SK, ya que actúa como un oncogén al promover la proliferación celular, inhibir la apoptosis y favorecer la angiogénesis. La aparición del SK se ve influenciada por factores como la inmunosupresión y la activación inflamatoria. (8).

INFORME DE CASO

Paciente masculino de 43 años, soltero, grupo sanguíneo A factor RH positivo, AHF: tío materno finado por cáncer de colon.

APNP: niega COMBE o viajes recientes, así como visitas a cuevas o grutas, refiere consumo de alimentos no pasteurizados en la infancia, zoonosis positiva a perros. Cuenta con 2 vacunas COVID-19 en 2021, sin otra inmunización.

APP: Alcoholismo social desde los 15 años cada 3 a 4 días, sin llegar a la embriaguez, a base de destilados, ultimo consumo 15 días antes de su valoración médica, niega tabaquismo, consumo de drogas o alergias. Quirúrgicos: septumplastia en 2013, mastectomía bilateral en 2023. Niega traumáticos, transfusionales y hospitalizaciones previas. Refiere migraña desde el 2005 en tx con Paracetamol.

IVSA a los 18 años, NPS 25, bisexual, uso de método de barrera en el 80%, ITS previas negadas, nunca se había realizado prueba de VIH.

Inicia en Septiembre del 2023 con diaforesis matutina y vespertina con malestar general, en Julio del 2024 presenta lesiones dérmicas en dedo índice de mano izquierda tipo pápula que progresó a necrosis, continuo con lesiones verrugosas en brazo izquierdo que siguieron un trayecto lineal en codo y antebrazo izquierdo, no dolorosas, no pruriginosas, acudiendo a múltiples médicos donde le era manejado con tratamiento sintomático.

En Julio del 2025 presenta perdida de la clase funcional y 13 kgs de peso, con aparición de lesión violácea en cavidad oral, así como crecimiento ganglionar cervical e inguinal bilateral, en Octubre de agrega disgeusia, fiebre no cuantificada, sin diaforesis ni cuadros diarreicos. El 12.10.25 inicia con tos seca, aumento de tamaño de la lesión violácea en cavidad oral y de los ganglios cervicales realizando anticuerpos anti-VIH siendo reactivos, motivo por el cual es referido a esta institución para su valoración.



El día 03.11.25 es valorado en la consulta externa de infectología con resultados de laboratorio y a la EF consciente, four score de 16 puntos, normohidratado, normocéfalo, pupilas isocóricas, normorreflécticas, narinas permeables, cavidad oral con presencia de lesión de coloración violácea (Imagen 1), cuello con ganglios en región retroauricular, adenopatías cervicales de 2x3 cms

Imagen 1. Paciente en consultorio el 03.11.25

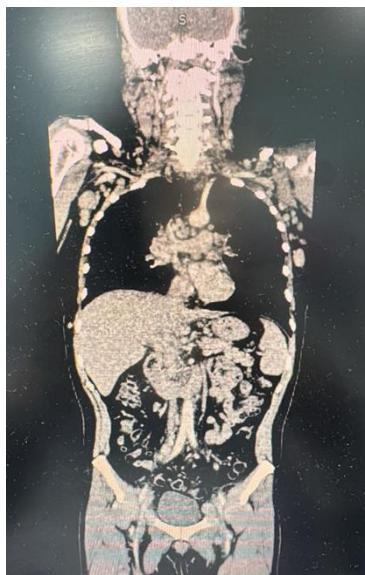


Dermatosis localizada en borde superior de segundo ortejo de mano izquierda, pruriginosas, escoriadas de 2 cms aproximadamente y bordes elevados, así como una lesión nodular violácea en región de incisivos superiores de la cavidad oral.

tórax simétrico con campos pulmonares ventilados, precordio rítmico, de adecuada frecuencia e intensidad, sin agregados, abdomen asignológico, peristalsis normal, sin datos de irritación peritoneal ni megalias, con ganglios a nivel inguinal bilateral, extremidades con lesiones en codo, antebrazo y segundo ortejo de extremidad izquierda, el resto con buen tono e intensidad, fuerza muscular conservada Daniels 4/5, rems ++, arcos de movilidad conservada.

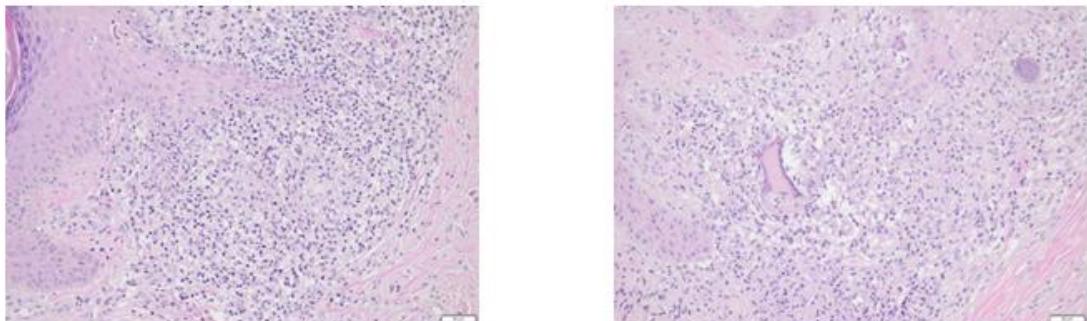
Es ingresado al servicio de urgencias el 03.11.25 para protocolo médico quirúrgico donde se toman estudios con Hb 10.8 g/dl, plaquetas 132 mil, leucocitos 4,500, neutrófilos de 2,050, Glucosa 86 mg/dl, creatinina 0.7, Anti-HIV reactivo, anti-Hep B Y Hep-C: no reactivo, carga viral para VIH 5600 copias, CD4+162, TORCH negativo, BAAR de expectoración negativo y TAC de 4 regiones (Imagen 2), se inicia profilaxis con Trimetoprim y sulfametoxazol.

Imagen 2. TAC de 4 regiones en corte coronal 03.11.25



Conglomerado ganglionar cervical bilateral de 3 cms de diámetro, ganglionares axilares bilaterales de 8, 12, 17 y 24 mms, conglomerado ganglionar inguinal bilateral con múltiples ganglios de 12, 14, 15, 17 mms.

Imagen 3. Biopsia de piel 06.11.25 Sin evidencia de atipia celular en el material examinado.



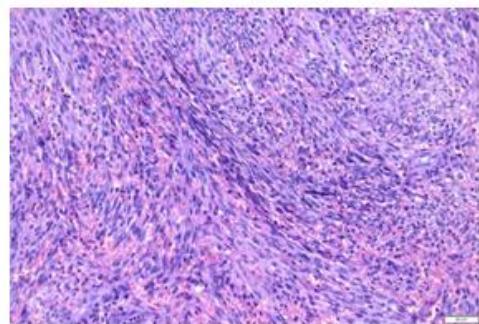
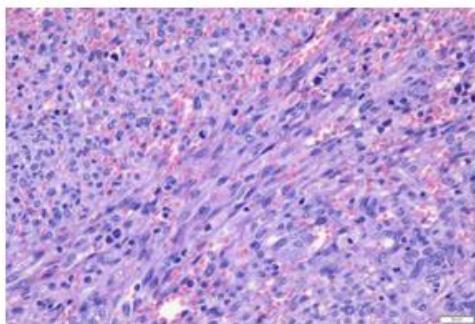
Piel con moderada hiperqueratosis y zonas de hiperplasia pseudoepitelomatosa, en la dermis papilar se observan zonas con incontinencia de pigmento con varios hemosiderófagos acompañados de abundante infiltrado inflamatorio crónico conformado por linfocitos maduros, células plasmáticas de aspecto reactivo y abundantes histiocitos con citoplasma amplio espumoso, varios de ellos formando granulomas no necrotizantes. Se observan varias células gigantes de tipo cuerpo extraño y tipo Langhans.

Se toma biopsia de lesión cutánea el 06.11.25 (Imagen 3) y se envía a cultivo e histopatología (tabla 1), posteriormente es valorado por cirugía general y pasa a toma de biopsia de ganglio linfático de región inguinal izquierda el 12.11.25 la cual se envía a estudios patológico (Imagen 4) y gen Xpert.

Tabla 1. Cultivo micológico de biopsia de piel

Estudio:	Resultado:	Referencia:
Observación en fresco (KOH) 20%	Negativo (no se observaron blastoconidios ni filamentos)	Negativo
Tinción de Gram	No se observan microorganismos	Negativo
Tinción de Ziehl- Neelsen	Negativo (no se observan bacilos Acidó-alcohol resistentes)	Negativo
Cultivo micológico	Negativo (sin desarrollo de levaduras ni hongos filamentosos)	Negativo
Se siembra en medios de cultivo enriquecidos y selectivos. El reporte final se emite a 45 días de sembrada la muestra		

Imagen 4. Ganglio linfático del 12.11.25 con infiltración por neoplasia vascular maligna compatible con Sarcoma de Kaposi.



Ganglio linfático con infiltración por neoplasia vascular maligna que se dispone en un patrón fascículo y está constituida por células fuso celulares entremezcladas con canales vasculares dilatados. Se observan amplias zonas con extravasación de glóbulos rojos y varias mitosis atípicas. Focalmente se

identifica parte de ganglio linfático conservado constituido por folículos linfoides primarios y secundarios con centros germinales.

Se recaba Gen Xpert de ganglio del 12.11.25 para MTB/RIF/ULTRA con resultado de Tuberculosis detectada con resistencia a Rifampicina positiva.

RESULTADOS Y DISCUSION

El estudio de Gene Xpert ultra es un método que reporta positividad ante escasa cantidad de bacterias (hasta 10 micobacterias). La prueba gene Xpert MTB/ RIF puede detectar M. tuberculosis y mutaciones en el gen rpoB asociadas con resistencia a rifampicina. (3).

El tratamiento para tuberculosis no difiere en pacientes que viven con o sin VIH, consta de cuatro fármacos: isoniazida, rifampicina, etambutol y pirazinamida. Si se comprueba resistencia a rifampicina debe informarse a los comités de farmacorresistencia para iniciar tratamientos de acuerdo a las directrices actuales (esquema BPAL, BPALM).

En cuanto al inicio de la terapia antirretroviral, existen estudios como el SAPIT en el que se analizaron 642 adultos de Sudáfrica, con conteo de CD4+ < 500 células/mm³ y baciloskopias positivas demostrando que la terapia antirretroviral debe iniciarse antes de completar el tratamiento antituberculoso con mortalidad de 56% más baja versus iniciar la terapia antirretroviral después de finalizar la fase intensiva.

En el estudio CAMELIA se analizaron 661 adultos en Camboya con tuberculosis pulmonar con un conteo medio de CD4+ de 25 células/ mm donde la tasa de mortalidad decreció desde 13.77 por cada 100 personas por año en el grupo de la semana 8 de inicio de tratamiento antirretroviral (TARGA), hasta 8.28 por cada 100 personas por año en el grupo de la semana 2 de inicio del TARGA (con valor p = 0.002) y 95% de los participantes que sobrevivieron tuvieron supresión viral (10).

CONCLUSIONES

Se confirmó el diagnóstico de infección por VIH en este paciente, además de linfadenitis tuberculosa resistente a Rifampicina por estudio de biología molecular que coexiste con un Sarcoma de Kaposi ganglionar mediante estudio patológico.

En pacientes que no han recibido tratamiento antirretroviral este debe iniciarse a las 2 semanas de iniciado el tratamiento para tuberculosis, si hay evidencia de meningitis tuberculosa la terapia



antirretroviral puede iniciarse a las ocho semanas de haber iniciado el tratamiento antituberculoso. La terapia antirretroviral debe modificarse para evitar interacciones farmacológicas y mantener la supresión virológica (11).

En el caso de este paciente se decidió inicio de TARGA con abacavir/lamivudina 600/300 mg+ dolutegravir 50 mg cada 12 horas, se encuentra ya con tratamiento para tuberculosis establecido por comité de farmacorresistencia con adecuada evolución clínica; no ha presentado alguna otra manifestación clínica ni empeoramiento en relación con el Sarcoma de Kaposi y se mantiene en vigilancia y seguimiento por oncología médica.

Finalmente, este caso se considera relevante por los retos diagnósticos y terapéuticos que se presentan en pacientes que viven con VIH en estadios avanzados los cuales pueden presentar coexistencia de múltiples oportunistas que requieren de manejo de tratamientos antibióticos, antirretroviral e inmunosupresor al mismo tiempo.

Conflictos de interés

Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

Financiamiento

Ninguno.

Agradecimientos

Al personal médico, de enfermería, químicos, asistencial y compañeros residentes del servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Presidente Juárez ISSSTE, Oaxaca de Juárez, México.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Informe Mundial sobre la Tuberculosis 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 MIGO. Sitio web. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>
2. Dasgupta S, Chakrabarti S, Sarkar S. Tendencia cambiante de la linfadenitis tuberculosa a lo largo de una década: un estudio de la región oriental de la India. Biomed J. 2017; 40:284–9. doi: 10.1016/j.bj.2017.08.001.
3. Mukhida S, Vyawahare CR, Mirza SB, Gandham NR, Khan S, Kannuri S, Bhaumi S. Role of GeneXpert MTB/RIF assay for the diagnosis of cervical lymph node tuberculosis and rifampicin



resistance. *Tzu Chi Med J.* 2022 Sep 5;34(4):418-422. doi: 10.4103/tcmj.tcmj_86_22. PMID: 36578636; PMCID: PMC9791852.

4. Organización Mundial de la Salud (OMS); 2011. [Último acceso: 7 de junio de 2022]. Implementación rápida de la prueba diagnóstica Xpert MTB/RIF: Consideraciones prácticas técnicas y operativas. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44593>
5. Márquez-Quiroz O, Flores-Barrientos O, Góñez-Romo MA. VIH y tuberculosis en concomitancia con sarcoma de Kaposi y otras infecciones oportunistas. Atención en un hospital de referencia del estado de Tabasco, México. *Med Int Mex.* 2020 marzo-abril;36(2):255-264. <https://doi.org/10.24245/mim.v36i2.2945>
6. Beltrán-León M, Pérez-Llanos F, Sánchez L, Parra-López M, Sánchez R, Awad C, Granda A, Quintero E, Briceño O, Cruz O, Murcia M. Prevalencia y factores asociados a tuberculosis y las micobacteriosis en pacientes positivos para HIV en Bogotá. *Biomédica* 2018. <https://doi.org/10.7705/biomédica.v38i0.3410>
7. Lambert A, Merlo A, Human immunodeficiency virusassociated lung malignances. *Clin Chest Med* 2013 Jun;34(2):255-72. doi: 10.1016/j.ccm.2013.01.008.
8. Hernandez Navas J, Andres Dulcey L, Gomez Ayala J y colabs. Enero de 2025; Sarcoma de Kaposi diseminado en paciente VIH-sida a propósito de un caso clínico y su abordaje, Actualizaciones en Sida e Infectología Fundación Huésped - Sociedad Argentina de Infectología, 32(116) páginas 36-41; disponible en <https://doi.org/10.52226/revista.v32i116.340>
9. AIDSinfo guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in adults and adolescents with HIV. *Mycobacterium tuberculosis infection and disease.* September 2019. V1-V40.
10. Blanc F, et al. Earlier versus later start of antiretroviral therapy in HIV adults with tuberculosis. *N Engl J Med* 2011;365:1471. doi: 10.1056/NEJMoa1013911.
11. Machuca I, Vida E, De la Torre-Cisneros J, Rivero-Román A. Tuberculosis en pacientes inmunodeprimidos. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* Diciembre 2017. DOI: 10.1016/j.eimc.2017.10.009.

