

Absceso tuberculoso de pared torácica secundario a tuberculosis ganglionar; presentación atípica

Fritz Cajuste-Sequeira, Juan Luis Bueno-Wong, Óscar Rosas-Carrasco, Carolina González-Vergara
y Olivia Bieletto-Trejo

Hospital Ángeles Mocel, Ciudad de México, México

Resumen

La Tb de pared torácica es una rara presentación debido a que representa menos del 5% de todos los casos de Tb musculoesquelética y solo el 1-2% de la Tb en general. Presentamos el caso de una mujer de 81 años con el diagnóstico de Tb de pared torácica secundaria a Tb ganglionar en el que, debido a su presentación poco usual, el diagnóstico puede pasar desapercibido ya que la enfermedad suele imitar otras enfermedades, como absceso piógeno y tumores de pared torácica, entre otras.

PALABRAS CLAVE: *Tuberculosis. Absceso tuberculoso. Tuberculosis ganglionar.*

Abstract

Tuberculosis (tb) of the chest wall is uncommon and it represents less than 5% of all cases of musculoskeletal tb and only 1-2% of tb. We present the case of an elderly woman with tb of the chest wall secondary to a nodal tb with an unusual presentation. The diagnosis of this entity is difficult because the disease often mimics other diseases such as pyogenic abscess, chest wall.

KEY WORDS: *Tuberculosis. Tuberculous abscess. Nodal tuberculosis.*

Introducción

La Tb sigue siendo un importante problema de salud global. En 2013 se estimó que 9 millones de personas desarrollaron esta enfermedad y hubo 1.5 millones de muertes a causa de ella, incluyendo 360,000 muertes de pacientes con VIH¹.

En las últimas dos décadas los casos de Tb han disminuido, principalmente la Tb pulmonar; en 2012 se reportaron 0.8 millones de casos de Tb extrapulmonar a nivel mundial², siendo la linfadenitis tuberculosa la forma más frecuente, responsable del 43% de linfadenopatía periférica en el mundo^{3,4}.

La presentación de Tb en la pared torácica es poco común y suele ser secundaria a antecedentes de Tb pulmonar, pleural o ganglionar, como en el caso que a continuación presentamos⁵.

Presentación del caso

Mujer de 81 años de edad sin antecedentes personales de importancia ni enfermedades crónico-degenerativas como diabetes mellitus. En el interrogatorio dirigido negó antecedente de convivencia con personas con Tb. Los síntomas se iniciaron 2 semanas antes de su ingreso con aumento de volumen en la región infraclavicular

Correspondencia:

Fortunato Ramírez-Guillén
Gobernador Gregorio Villa Gelati, 29
Col. San Miguel Chapultepec
C.P. 11850, Ciudad de México, México
E-mail: guillen_nato@hotmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 04-05-2016
Fecha de aceptación: 19-05-2016

Gac Med Mex. 2017;153:401-5
Contents available at PubMed
www.anmm.org.mx

izquierda, sin cambio de temperatura o coloración en dicha región; 1 semana después se añadió dolor en la zona, malestar general, diaforesis e hipertermia no cuantificada de predominio nocturno, que requirió medios físicos y paracetamol para su control; esta sintomatología persistió en días posteriores, por lo que acudió a nuestro hospital. A su ingreso, durante la exploración física se encontró un tumor infraclavicular izquierdo de 8 x 6 cm a tensión fija, además de dolor ardoroso al tacto superficial, sin cambios en coloración y temperatura; también se encontró linfadenitis de cadena axilar ipsilateral, cuyo mayor tamaño fue de 1.5 cm aproximadamente (Fig. 1). El resto de la exploración fue normal. Los datos de laboratorio indicaron la existencia de una leucocitosis de 16,900/ml a expensas de una neutrofilia de 15,717/ μ l; también se realizó telerradiografía de tórax (Fig. 2 A).

Continuando con el protocolo se realizó tomografía computarizada (TC) de tórax, donde se observó lesión ocupante de hemitórax izquierdo, posterior e inferior al músculo pectoral menor, con diámetro de 4.3 x 5.3 mm, densidad heterogénea, múltiples adenopatías de cadena axilar ipsilateral y masa ganglionar supraclavicular izquierda asociada con compromiso cutáneo y graso, con engrosamiento intersticial difuso en lóbulos inferiores y presencia de bulas pulmonares aisladas (Fig. 2 B-D).

Se sospechó absceso piógeno y se inició manejo de manera empírica con moxifloxacino durante 6 días con disminución del volumen de la masa, por lo que se dio el alta por mejoría clínica. Un mes después del alta inició con fiebre de 38 °C de predominio nocturno acompañada de diaforesis; se automedicó con paracetamol y disminuyó la temperatura. Este cuadro se repitió durante los 3 días posteriores y acudió al hospital nuevamente. En la exploración física se encontró lesión de 11 x 6 cm en el músculo esternocleidomastoideo izquierdo de las mismas características que la anterior, con la presencia de ganglios cervicales ipsilaterales. El resto de la exploración fue normal.

La TC de tórax simple y contrastada con imagen hipodensa de 100 x 50 mm localizada debajo del músculo esternocleidomastoideo izquierdo se extiende hasta la línea media desplazando la tráquea hacia la derecha y comprimiendo estructuras vasculares de la región cervical izquierda. Con el contraste presentó reforzamiento periférico, lo que indicó como diagnóstico absceso a este nivel. No se encontraron ganglios abdominales ni renales.

Se drenó el absceso guiándose por fluoroscopía y se obtuvieron 90 cc de material purulento; se realizó tinción Ziehl-Neelsen y se encontraron bacilos ácido-alcohol-resistentes (BAAR) y se envió a cultivo (Fig. 3 A).



Figura 1. Fotografía clínica que demuestra el aumento de volumen localizado en la región pectoral infraclavicular izquierdo, sin hipermmia ni alteraciones cutáneas.

Dos días después de la punción se encontró aumento de volumen del absceso y se realizó drenaje quirúrgico, así como resección del ganglio yugular izquierdo, con reporte histológico de linfadenitis granulomatosa tuberculosa (Fig. 3 C, D). Se realizaron *Purified Protein Derived* (PPD), que fue positivo; tres baciloscopias, con resultados negativos, y Quantiferon-TB para Tb, con resultado indeterminado. A las 8 semanas del drenaje se reportó crecimiento de *Mycobacterium tuberculosis* en medio de cultivo Löwenstein-Jensen (Fig. 3 B), por lo que se inició tratamiento con rifampicina (RIF), isoniazida (INH), pirazinamida (PZA) y etambutol (EMB). Actualmente está siendo vista en consulta externa con reporte de mejoría clínica y hasta el momento no ha presentado recidiva del absceso.

Discusión

La afección tuberculosa de la pared torácica, como el caso que presentamos, es poco frecuente y representa menos del 5% de todos los casos de Tb musculoesquelética y solo el 1-2% de la Tb en general; suele ser ocho veces más frecuente en hombres que en mujeres y más de la mitad de los pacientes presenta antecedentes de Tb pulmonar, a diferencia del caso que presentamos, que no tenía antecedentes de afección pulmonar^{5,6}.

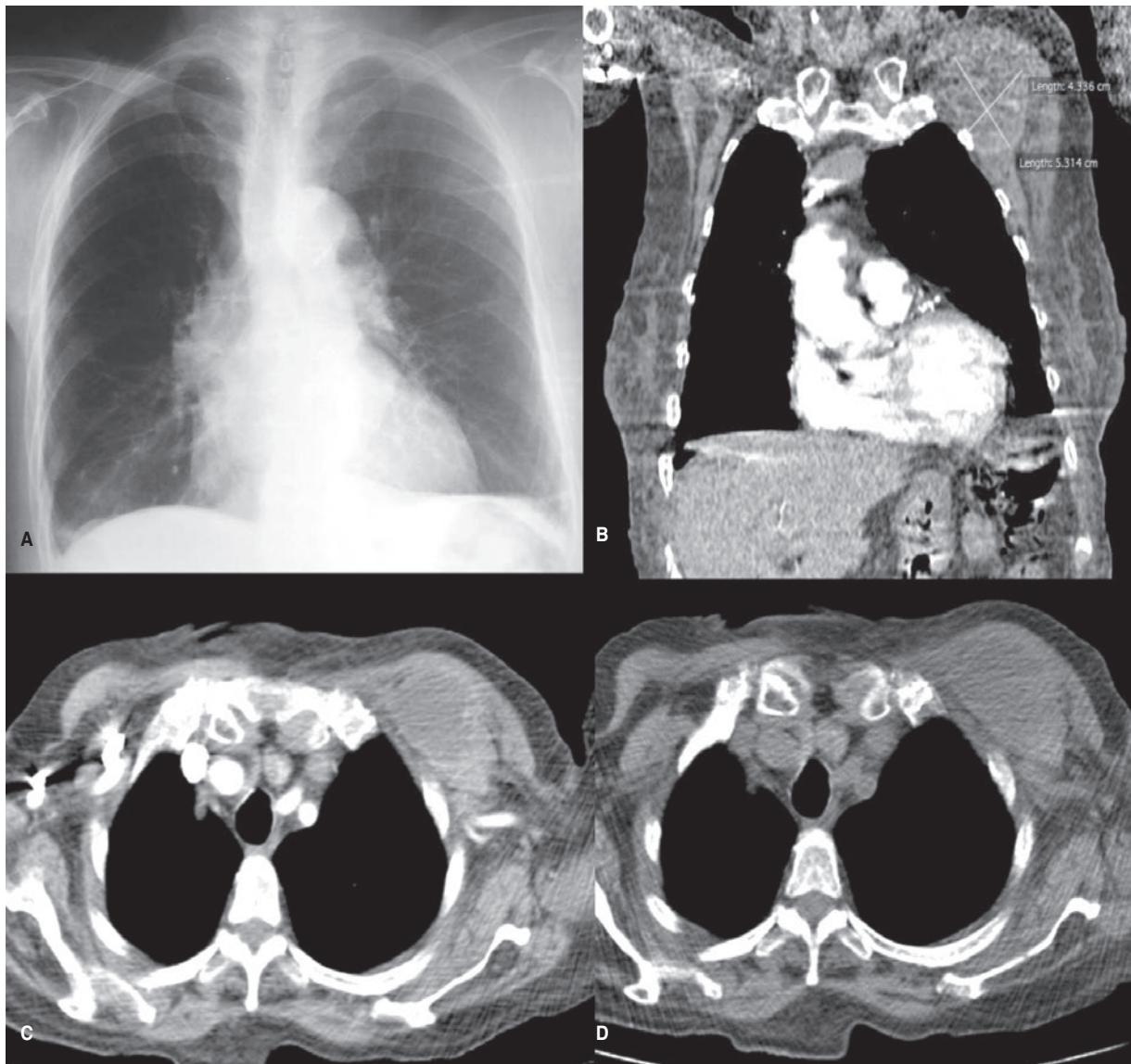


Figura 2. **A:** telerradiografía de tórax con asimetría evidente entre ambas regiones infraclaviculares y desplazamiento superior de la clavícula izquierda. Nótese el aumento en densidad de la porción superior del hemitórax ipsilateral. **B:** reconstrucción coronal de tomografía axial computarizada (TC) que demuestra el absceso tuberculoso de la región infraclavicular izquierda. Cortes de TC en las fases simple (**C**) y contrastada (**D**) que muestran una colección subpectorral izquierda con cápsula gruesa que refuerza de forma anular tras la administración de contraste iodado intravenoso no iónico, de contenido semiliquido.

En una serie de 181 casos de linfadenitis tuberculosa, Smaoui, et al. demostraron que un 55.2% ($n = 100$) tuvo linfadenopatía extensa y las localizaciones más frecuentes fueron la cervical (83.4%), axilar (6.6%) y unilateral (78.4%). Además encontraron Tb extrapulmonar concomitante en 13 pacientes: miliar en 5, pleural en 2 y abdominal, de piel y otros solo en 1⁷.

La afección de Tb de tejidos blandos se asocia generalmente a un trastorno subyacente, como colagenopatías, terapia de inmunosupresión o lesiones locales; sin embargo nuestra paciente no contaba con ninguno, por lo que de inicio era difícil llegar al diagnóstico⁸.

Algunos tejidos, como médula ósea, hígado y bazo, casi siempre son invadidos pero rara vez permiten la replicación y otros promueven el crecimiento (ápicos pulmonares, riñones, cerebro y hueso)⁹. Los abscesos de Tb de pared torácica se encuentran con mayor frecuencia en los márgenes del esternón, a lo largo de los ejes de las costillas y también pueden localizarse en las uniones costocondrales y costovertebrales. La baja incidencia de Tb torácica puede ser debida a que el tejido mamario y el musculoesquelético parecen ser relativamente resistentes a la Tb⁶.

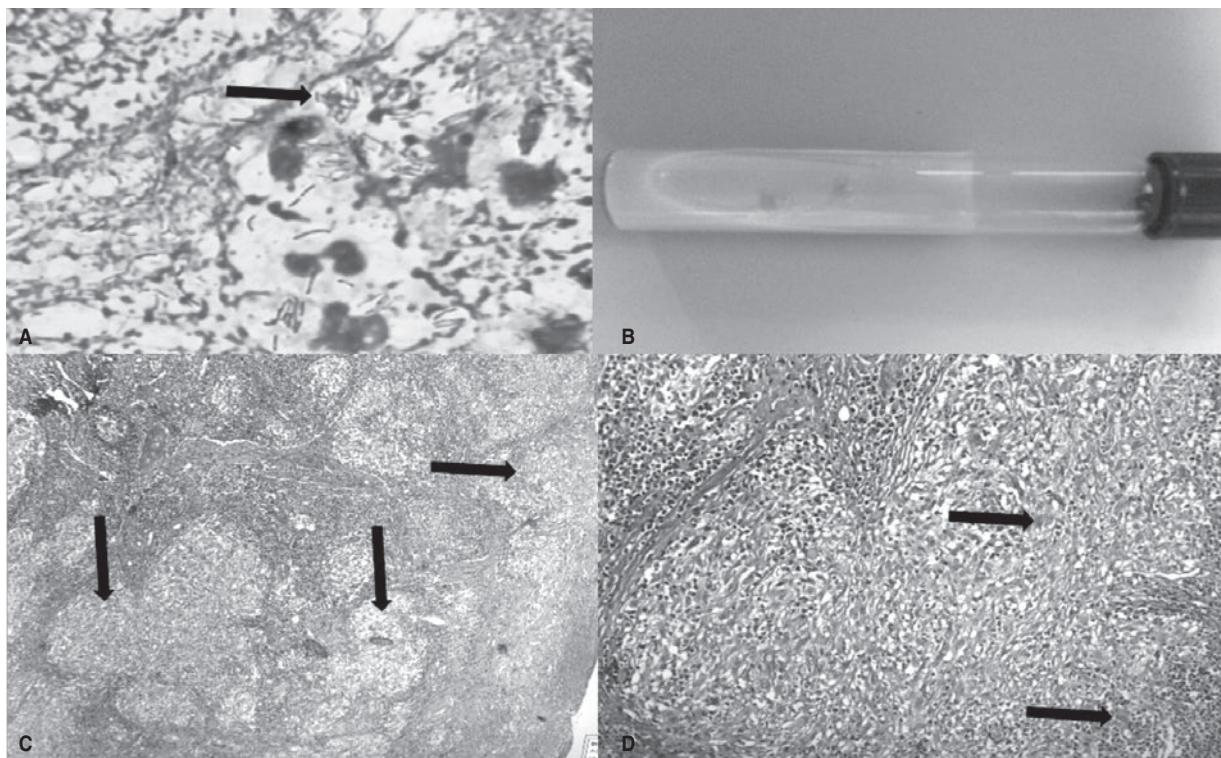


Figura 3. A: Tinción Ziehl-Neelsen con abundantes BAAR (objetivo 100X con aceite de inmersión). B: cultivo Löwenstein-Jensen positivo. C: ganglio linfático con distorsión de la arquitectura a expensas de lesión granulomatosa multifocal (objetivo 5X). D: lesión granulomatosa con células gigantes multinucleadas y epitelioides (objetivo 25X).

Clínicamente se presenta como un tumor doloroso, pastoso, suave o firme, como en el caso de nuestra paciente⁶. Otras de las manifestaciones clínicas sistémicas descritas son pérdida de peso, fiebre, astenia y diaforesis nocturna⁷.

En ocasiones los abscesos pueden formar fistulas hacia la cavidad pleural con destrucción subyacente de hueso y cartílago. Hay tres mecanismos en la patogénesis de un absceso tuberculoso de la pared torácica: 1) extensión directa de la Tb pleural o pulmonar subyacente, 2) extensión directa de linfadenitis de la pared torácica y 3) diseminación hematogena por presencia de Tb latente¹⁰.

Existe una clasificación por la localización y el nivel de afección por TC: 1) lesión confinada a la pared torácica, 2) lesión confinada a la pared torácica interior debajo de las costillas y también que sobresale en el espacio pleural y 3) lesión que involucra la mayor parte de la pared torácica y que también sobresale en el espacio pleural¹⁰.

El diagnóstico de la enfermedad es complicado ya que a la Tb se la conoce como «la gran imitadora» y sus manifestaciones clínicas se presentan de acuerdo con el órgano afectado. Debido a lo anterior, la posibilidad de absceso frente a neoplasia fueron los dos

principales diagnósticos probables¹¹. Nonaka, et al. reportaron positividad para BAAR solo en un 35% de casos y cultivos positivos solo en aproximadamente un 60% de pacientes con Tb de pared torácica¹².

El tratamiento del absceso tuberculoso de pared torácica es controvertido pero la combinación de tratamiento médico y quirúrgico resulta el mejor abordaje con una duración recomendada de 6 a 12 meses de tratamiento médico con 2 meses de medicamentos antituberculosos cuádruples diarios (INH, RIF, EMB y PZA) y 4 meses de terapia dual diaria con INH y RIF o 3 veces a la semana con al menos dos medicamentos principales antituberculosos prescritos durante el curso del tratamiento. En la actualidad no hay un consenso claro global para el tratamiento, incluyendo su duración^{5,7}.

Los métodos de tratamiento quirúrgico son controvertidos. Se menciona en la bibliografía que esta enfermedad se trata mejor con antibióticos, drenaje y desbridamiento y se reserva la escisión para los casos más extensos. El enfoque quirúrgico óptimo consiste en extirpar el absceso y en el cierre primario de las heridas, pero la extensión de la resección no está definida. Sin embargo, la extirpación y el tratamiento médico mediante fármacos antituberculosos durante el postoperatorio son obligatorios para lograr una tasa de curación

aceptable y el pronóstico generalmente es bueno si se realiza la detección oportuna¹⁰.

Conclusión

El diagnóstico de Tb de pared torácica es siempre difícil ya que su presentación clínica suele imitar al absceso piógeno o a tumores de pared torácica, pero su posibilidad debe sospecharse siempre incluso en ausencia de historia de enfermedad tuberculosa.

Bibliografía

1. WHO. Global tuberculosis report 2014. Geneva: World Health Organization; 2014. http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/index.html (acceso 9 septiembre, 2015).
2. Sanches I, Carvalho A, Duarte R. Who are the patients with extrapulmonary tuberculosis? Rev Port Pneumol. 2015;21(2):90-3.
3. Fontanilla JM, Barnes A, von Reyn CF. Current diagnosis and management of peripheral tuberculous lymphadenitis. Clin Infect Dis. 2011;53:555-62.
4. Dandat MC, Mishra BM, Dash SP, Kar PK. Peripheral lymph node tuberculosis: a review of 80 cases. Br J Surg. 1990; 77:911-2.
5. Abid H, Toujani S, Ammar J, et al. Chest swelling with adenopathy: Don't forget tuberculosis. Respiratory Medicine CME. 2011;47-9.
6. Teo THP, Ho-GH, Chaturverdi A, Khoo BK. Tuberculosis of the chest wall: unusual presentation as a breast lump. Singapore Med J. 2009;50(3):97-9.
7. Smaoui S, Amine MM, Hammami B, et al. Tuberculosis lymphadenitis in a southeastern region in Tunisia: Epidemiology, clinical features, diagnosis and treatment. International Journal of Mycobacteriology. 2015;4(3):196-201.
8. Sabat D, Kumar V. Primary tuberculous abscess of rectus femoris muscle: a case report. J Infect Dev Ctries. 2009;3(6):476-8.
9. National Tuberculosis Management Guidelines 2014, TB DOTS Strategy Coordination, Department of Health, Republic of South Africa. http://www.sahivsoc.org/upload/documents/NTCP_Adult_TB%20Guidelines%2027.5.2014.pdf (acceso 9 septiembre, 2015).
10. Keum DY, Kim JB, Park CK. Surgical treatment of a tuberculous abscess of the chest wall. Korean J Thorac Cardiovasc Surg. 2012;45:177-82.
11. Morris BS, Maheshwari M, Chalwa A. Chest wall tuberculosis: a review of CT appearances. Br J Radiol. 2004;77:449-57.
12. Nonaka M, Arai T, Inagaki K, et al. Analysis of surgical treated chest Wall tuberculosis. Nippon Kokyukigeka Gakkai Jpn Assoc Chest Surgery. 1991;5:724-7.