

Neumología y Cirugía de Tórax

Volumen
Volume **62**

Número
Number **1**

Enero-Junio
January-June **2003**

Artículo:

Tuberculosis endobronquial. Reporte de un caso
Tuberculosis endobronquial.

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, 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



Tuberculosis endobronquial. Reporte de un caso

Gloria Gema Martínez-Carbajal,¹ Guillermo Zúñiga-Vázquez,¹ David Hugo Ramírez-San Juan,¹
Guillermo Castellanos-Pallares²

RESUMEN. La tuberculosis endobronquial es una manifestación rara de tuberculosis. Se presenta el caso de una paciente de 8.5 años de edad que tuvo un cuadro neumónico basal derecho de difícil resolución a pesar de diversos antimicrobianos. En la broncoscopia se observó una lesión nodular que ocluía el segmento posterior del lóbulo inferior derecho. Las biopsias de esta lesión y de un ganglio linfático axilar mostraron lesiones granulomatosas. Ante la fuerte sospecha de tuberculosis, se inició tratamiento con isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol y prednisona, con remisión de la sintomatología y resolución de la imagen radiológica.

Palabras clave: Tuberculosis, Mycobacterium tuberculosis.

ABSTRACT. Endobronchial tuberculosis is an uncommon manifestation of tuberculosis. We report here an 8.5 years old female patient who presented a pneumonic process in the right lower region that persisted in spite of several antimicrobial agents. During the bronchoscopy study a nodular lesion that occluded the posterior segment of the right lower lobe could be observed. Biopsies from this lesion and from an axilar lymphatic node showed granulomatous lesions. Due to the strong suspicion of tuberculosis, treatment was started with isoniazid, rifampicin, pyrazinamide, ethambutol and prednisone, with remission of the symptoms and resolution of the radiological image.

Key words: Tuberculosis, Mycobacterium tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

Debido al aumento de la tuberculosis entre la población general, la tuberculosis infantil es inevitablemente un problema de salud pública. En los niños la tuberculosis endobronquial es, la mayoría de las veces, una complicación de la tuberculosis pulmonar primaria. Su mecanismo de producción es la erosión del árbol traqueobronquial que provocan los ganglios linfáticos infectados. La tuberculosis endobronquial ocasiona cicatrización concéntrica que puede provocar estenosis bronquial, atelectasia, neumonía secundaria y bronquiectasias. La broncoscopia flexible constituye una técnica diagnóstica utilizada recientemente para efectuar el diagnóstico temprano de tuberculosis pulmonar en niños; en tanto que en el adulto se ha empleado tanto para el diagnóstico como para vigilar la respuesta al tratamiento de la tuberculosis endobronquial.

Aunque en pacientes con tuberculosis pulmonar es frecuente encontrar lesiones endobronquiales, es raro descubrir este tipo de lesiones como manifestación única de tuberculosis.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trató de una paciente femenina de 8 años 6 meses de edad, cuyos padres y una tía materna eran tosedores crónicos. Procedía de medio socioeconómico bajo y tenía esquema de vacunación completo (cicatriz de BCG de 1 cm). Inició 40 días antes de su ingreso con fiebre, odinofagia y tos seca que después se hizo productiva de esputo blanco-amarillento. Recibió penicilina procaínica y luego trimetoprim-sulfametoxazol, sin mejoría. En su hospital de zona se diagnosticó neumonía basal derecha debido a que en la radiografía de tórax se observaba una opacidad basal y posterior derecha. Se le administró penicilina sódica por 10 días, con mejoría parcial, pero continuando con tos productiva de esputo blanquecino y persistencia de la opacidad radiológica, por lo que se envió a nuestro hospital. A su ingreso se encontró con lesiones eritematosas y costras melicéricas en narinas; ganglio linfático axilar derecho de aproximadamente 2 x 3 cm, doloroso, móvil, no adherido a planos profundos; tórax con submatidez y ruidos respiratorios disminuidos en regio-

¹ Departamento de Neumología, ² Departamento de Patología, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, México D.F., México.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dra. Gloria Gema Martínez-Carbajal. Toluca 403-3, Col. Sánchez, C.P. 40500, Toluca, Estado de México, México.

Correo electrónico: ggmc@prodigy.net.mx

nes mamaria, axilar y subescapular derechas; costras hemáticas escasas de aproximadamente 2 mm en piernas y glúteos. La reactividad al PPD fue de 10 mm. Las radiografías de tórax mostraron una opacidad homogénea, redonda y sin broncograma aéreo en la región basal derecha; en la radiografía lateral dicha imagen se localizaba en el segmento posterior del lóbulo inferior (*Figura 1*). La tomografía computada de tórax mostró atelectasia segmentaria probablemente obstructiva en el lóbulo inferior derecho (*Figura 2*). La biometría hemática, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático e inmunoglobulinas fueron normales. Por la persistencia de la



Figura 1. Radiografías de tórax de la paciente a su ingreso. En la proyección posteroanterior (arriba) se observa una opacidad heterogénea en la región basal derecha, de bordes mal definidos, que en la proyección lateral (abajo) se localizaba en zonas posteriores. Se observa además una opacidad heterogénea extrapulmonar, en región axilar derecha, redondeada y de bordes bien delimitados, que en la proyección lateral se proyecta por arriba de la sombra cardíaca.

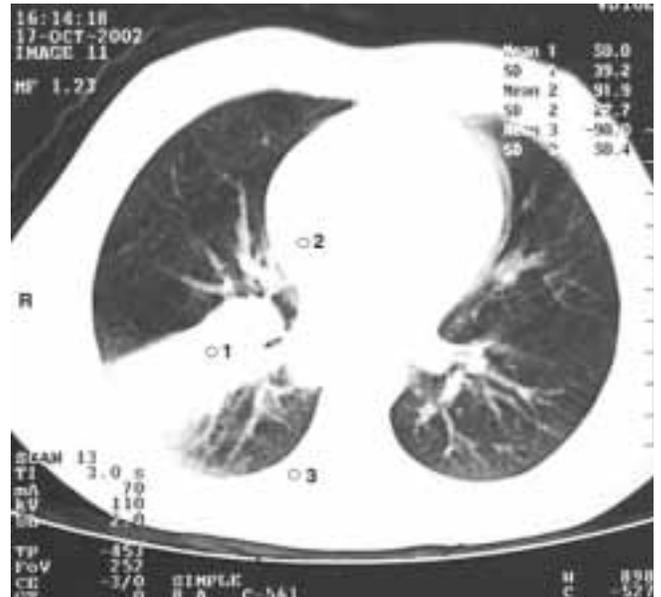


Figura 2. Tomografía computada de tórax en la que se observa la localización posterior de la lesión basal derecha.

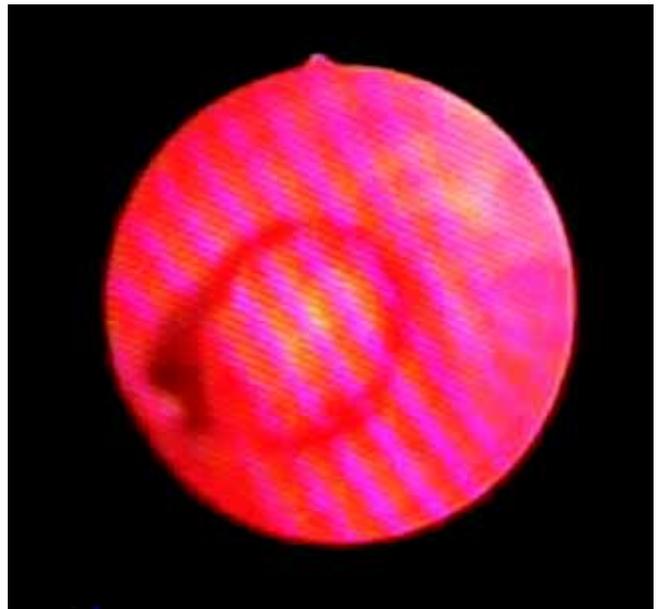


Figura 3. Imagen bronoscópica de una tumoración, protruyendo del bronquio del segmento posterior del lóbulo inferior derecho.

imagen radiológica descrita se efectuó broncoscopia, donde se observó una lesión nodular con tejido de granulación que obliteraba el bronquio del lóbulo inferior derecho en su segmento posterior (*Figura 3*). Las tinciones y cultivos para *M. tuberculosis* en esputo y lavado broncoalveolar fueron negativos. Se reportó biopsia de lesión bron-



Figura 4A.

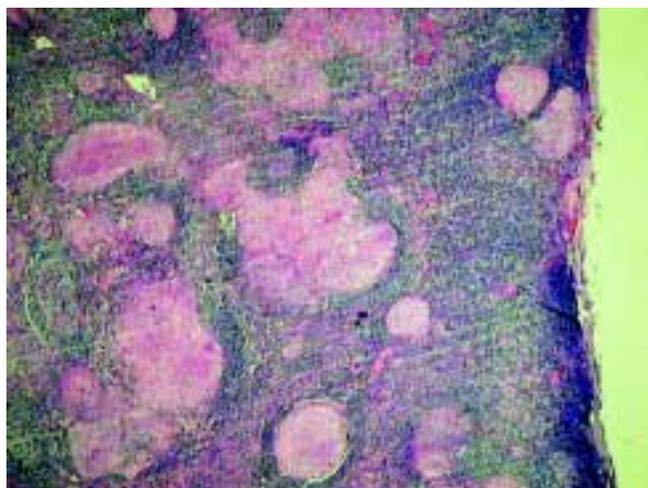


Figura 4B.

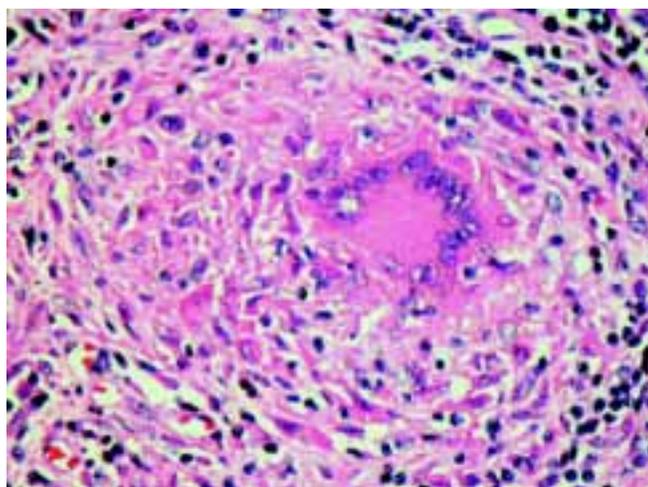


Figura 4C.

Figura 4. Pieza quirúrgica del ganglio linfático extirpado (arriba), que en el estudio microscópico mostró lesiones granulomatosas (abajo) sin presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes.

quial con tejido de granulación e inflamación crónica granulomatosa inespecífica. La biopsia del ganglio linfático axilar derecho mostró datos de necrosis caseosa por linfadenitis granulomatosa probablemente secundaria a micobacterias (Figura 4). Ante la fuerte sospecha de tuberculosis, se inició tratamiento con isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol y prednisona, con remisión de la sintomatología y resolución parcial de la imagen radiológica de neumonía, misma que 5 meses después prácticamente había desaparecido (Figura 5).

DISCUSIÓN

La tuberculosis endobronquial como manifestación aislada de tuberculosis es poco frecuente. En estos pacientes existe una alta posibilidad de desarrollar obstrucción bronquial, por lo que suele manifestarse por atelectasias o neumonías persistentes. En nuestra paciente la obstrucción bronquial por la lesión granulomatosa ocasionó una neumonía de difícil resolución. En la tuberculosis endobronquial la radiografía de tórax puede ser completamente normal, pero también pueden observarse datos radiológicos de atelectasia, consolidación, sobredistensión pulmonar o congestión hiliar. Las imágenes observadas en la broncoscopia pueden ser: edema, hiperemia, congestión, compresión peribronquial, infiltración submucosa, granulomas o lesiones polipoides. En el caso que aquí presentamos se encontraron datos de consolidación y atelectasia en la radiografía, mientras que en el estudio broncoscópico la le-



Figura 5. Radiografía de la paciente 5 meses después de iniciado el tratamiento antituberculoso, mostrando resolución casi completa de la imagen neumónica.

sión observada fue un granuloma, que coincide con las lesiones vistas con mayor frecuencia en los casos reportados en la literatura. Aun cuando la biopsia de la lesión no sea diagnóstica de tuberculosis, los hallazgos de la broncoscopia, apoyados por los datos clínicos y radiológicos, pueden ser suficientes para establecer el diagnóstico de tuberculosis endobronquial y administrar tratamiento específico. La broncoscopia es una herramienta útil y segura para realizar el diagnóstico temprano de tuberculosis endobronquial, lo cual permite la instalación de tratamiento antituberculoso apropiado, así como la administración de esteroides que provocan una disminución en la incidencia de complicaciones en estos pacientes.

REFERENCIAS

1. Lee JH, Park SS, Lee DH, Shin DH, Yang SC, Yoo BM. Endobronchial tuberculosis. Clinical and bronchoscopic features in 121 cases. *Chest* 1992; 102: 990-994.
2. Chan S, Abadco DL, Steiner P. Role of flexible fiberoptic bronchoscopy in the diagnosis of childhood endobronchial tuberculosis. *Pediatr Infect Dis J* 1994; 13: 506-509.
3. Altin S, Cikrikcioglu S, Morgül M, Kosar F, Özyurt H. Fifty endobronchial tuberculosis cases based on bronchoscopic diagnosis. *Respiration* 1997; 64: 162-164.
4. De Blic J, Azevedo I, Burren CP, Le Bourgeois M, Lallemand D, Scheinmann P. The value of flexible bronchoscopy in childhood pulmonary tuberculosis. *Chest* 1991; 100: 688-692.
5. Lee JH, Chung HS. Bronchoscopic, radiologic and pulmonary function evaluation of endobronchial tuberculosis. *Respirology* 2000; 5: 411-417.
6. Chung HS, Lee JH. Bronchoscopic assessment of the evolution of endobronchial tuberculosis. *Chest* 2000; 117: 385-392.
7. Kim YH, Kim TK, Lee KS, Uh ST, Cung YT, Park CS. Serial fiberoptic bronchoscopic observations of endobronchial tuberculosis before and early after antituberculosis chemotherapy. *Chest* 1993; 103: 673-677.