

Neumología y Cirugía de Tórax

Volumen
Volume **62**

Número
Number **2**

Julio-Diciembre
July-December **2003**

Artículo:

Tuberculosis extrapulmonar

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*



Edigraphic.com



Tuberculosis extrapulmonar

Frumencio Medina Morales,¹ Rufino Echegoyen Carmona,² Lilia Estela Medina Zarco³

RESUMEN. Estudio retrospectivo de la tuberculosis extrapulmonar en el "CH 20 de Noviembre" de 1983 a 1999. Se efectuó con el propósito de valorar este padecimiento en el ISSSTE. La casuística comprende 24 enfermos, 14 hombres y 10 mujeres con edades que oscilaron entre los 6 meses a los 70 años. Los enfermos fueron enviados al "CH 20 de Noviembre" de otros hospitales del Distrito Federal y del interior de la república. Se analizan los procedimientos diagnósticos utilizados y su localización en el abdomen, los nodos linfáticos, las meninges, la columna vertebral. Se establece la relación con las edades y con las enfermedades inmunodeficientes concomitantes como el SIDA, la desnutrición y el alcoholismo, así como el tratamiento instituido.

Palabras clave: *Tuberculosis posprimaria, patogenia, inmunodeficiencia.*

ABSTRACT. A retrospective study was done about extrapulmonary tuberculosis in Medical Center "20 de Noviembre" from 1983 to 1999 in Mexico City. The purpose was to evaluate this disease in the Social Security Government Services. Twenty four cases, 14 male and 10 female were registered. The range of ages were from 6 months to 70 years old. All patients were sent from other hospitals of the City and other states of Mexico, with different diagnosis, but none as tuberculosis. The diagnostic procedures were followed, and the localization in abdomen, the lymph nodes, the meninges and the spin were analyzed in all ages. Also in all cases concomitants diseases were diagnosed as AIDS, malnutrition, and alcoholism. At this time, tuberculosis is present in Mexico, and it is important to think in this disease and to follow diagnostic procedures in patients with immunodeficient diseases.

Key words: *Postprimary tuberculosis, pathogenesis, immunodeficiency.*

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa de distribución mundial, producida por el bacilo de Koch caracterizado por ser ácido alcohol resistente, formar necrosis caseosa y granulomas. Actualmente la tuberculosis ya no constituye un problema primario en los países desarrollados, sin embargo, en años recientes, la pandemia por el virus de la inmunodeficiencia humana ha incrementado el número de casos en estos países. Son también sujetos susceptibles los diabéticos, los silicosos, los alcohólicos, los cirróticos, los desnutridos y los enfermos que han recibido tratamiento con inmunosupresores o esteroides a largo plazo.

El bacilo ingresa al organismo generalmente por el aparato respiratorio, con menos frecuencia por vía digestiva. Gracias al control de los animales tuberculosos

y a la pasteurización de la leche en nuestro país se ha eliminado la tuberculosis producida por el *Mycobacterium bovis*, otras vías de entrada excepcionales son la cutánea, la ocular, la nasal y la genital.

La primera lesión que produce el bacilo a su ingreso, es una neumonitis en el pulmón, una ulceración en la última porción del íleon o un foco inflamatorio en la amígdala. El proceso parenquimatoso, la linfangitis y la adenitis constituyen la tuberculosis primaria y se conoce como complejo primario de Ranke. En casi todos los casos cura dejando únicamente una inmunidad relativa detectada por la reacción de Mantoux.

Puede producirse una siembra hematogena a diferentes órganos, en donde los bacilos permanecen en forma indefinida sin producir sintomatología. Si pasados algunos meses o años el sujeto sufre una inmunodeficiencia, la enfermedad se reactiva dando lugar a una tuberculosis de reinfección en el órgano a donde llegó el bacilo como consecuencia de la diseminación hematogena posprimaria.¹

Gracias a la campaña antituberculosa desarrollada en nuestro país, la tuberculosis extrapulmonar ha disminuido en forma importante. Esto ha dado lugar a que los médicos familiares y aun los especialistas olviden la patogenia de la enfermedad y que la tuberculosis extrapulmonar se confunda con otros padecimientos del órgano afectado.²

¹ Unidad de Investigación. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" ISSSTE.

² Hospital "Gral. Ignacio Zaragoza", ISSSTE.

³ Clínica Ignacio Chávez, ISSSTE.

Correspondencia y solicitud de sobretiros:

Dr. Rufino Echegoyen Carmona. Bulgaria No. 88. Col Portales C.P. 03300. Tel. 55-39-15-65

Cuadro 1. Procedencia de los enfermos.

Hospitales generales		Hospitales regionales		Clínicas de especialidades	
Veracruz	5	Oaxaca	2	Churubusco DF	4
S.L. Potosí	3	Zaragoza DF	2	Indianilla DF	3
Morelia	1	1º. de Octubre	1		
Tacuba DF	2				
Edo. Quiroz DF	1				
Total	12		5		7

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente trabajo tuvo como objetivo conocer la incidencia de la tuberculosis extrapulmonar en un hospital dedicado a diagnósticos y tratamientos especializados, como es el CH 20 de Noviembre del ISSSTE.

MATERIAL Y MÉTODOS

El material comprende 24 expedientes de enfermos egresados del CH 20 de Noviembre del ISSSTE con diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar, de 1983 a 1999.

Todos los enfermos procedían de Clínicas y Hospitales tanto del Distrito Federal como de los estados de la República y que habían sido tratados sin respuesta satisfactoria, por lo que fueron enviados al CH 20 de Noviembre.

Se ha analizado el tipo de hospital de donde procedían, la edad y el sexo de cada enfermo, los estudios de gabinete y laboratorio que se efectuaron para establecer el diagnóstico definitivo, así como la respuesta al tratamiento instituido.

RESULTADOS

Llama la atención que trece de ellos procedían de Clínicas de Especialidades, Hospitales Generales y Hospitales Regionales del Distrito Federal. El resto, 11 pacientes provenían de Hospitales de diferentes Estados de la República. Un poco más de Veracruz, pero también había de Oaxaca, Morelia y San Luis Potosí (*Cuadro 1*).

Si bien al principio pareció interesante establecer una relación entre el cuadro clínico y los exámenes de laboratorio previos al ingreso con el diagnóstico final, el análisis de los primeros casos mostró su inutilidad ya que muchas veces sólo justificaban el envío.

En el lapso de nuestra revisión observamos que no existía una regularidad anual o mensual en el número de ingresos, pues hubo años vacíos y otros con 2 a 5.

Del total de enfermos, 14 correspondieron al sexo masculino y 10 al femenino, con edades muy variables, desde 6 meses el más pequeño hasta los 70 años el más viejo (*Cuadro 2*).

Cuadro 2. Edad y sexo.

Edad	Sexo	
	Masculino	Femenino
6 meses	1	0
10 meses	0	1
13 meses	1	0
20 a 25 años	6	2
40 a 50 años	5	2
55 a 70 años	1	5
Total	14	10

Cuadro 3. Localización de la tuberculosis.

Columna vertebral	7
Ganglios linfáticos	5
Riñón	4
Hígado	4
Meninges	2
Peritoneo	2
Total	24

La localización de la tuberculosis extrapulmonar fue variable. Llama la atención la localizada en abdomen, ya sea en el hígado, el riñón, los ganglios mesentéricos o el peritoneo (*Cuadro 3*).

Relacionando la localización de la tuberculosis con la edad de los enfermos, observamos un predominio de las localizaciones meníngeas y ganglionares en los niños. Es importante señalar que la afección de los ganglios linfáticos se encuentra en todas las edades (*Cuadro 4*).

Lo que tiene relación con los padecimientos concomitantes que presentaban los enfermos. Podemos afirmar que todos ellos padecían condiciones de inmunodeficiencia, ya sea por estar infectados con el VIH, o por presentar diabetes, alcoholismo o desnutrición (*Cuadro 5*).

Cuadro 4. Edad y tipo de tuberculosis.

Edad	Tipo	Número
6 a 13 meses	Meníngea	2
	Nodos linfáticos	1
20 a 25 años	Vertebral	4
	Riñón	2
40 a 50 años	Nodos linfáticos	2
	Riñón	1
55 a 70 años	Hígado	2
	Peritoneo	2
	Nodos linfáticos	2
	Vertebral	3
	Hígado	2
	Nodos linfáticos	1
Total		24

Cuadro 5. Padecimientos concomitantes.

Padecimiento	Número	Tipo de tuberculosis	
VIH	5	Nodos linfáticos	3
		Peritoneo	1
		Hígado	1
DM	5	Riñón	4
		Vertebral	1
Alcoholismo	3	Hígado	2
		Vertebral	1
Desnutrición	9	Hígado	1
		Vertebral	3
		Nodos linfáticos	2
		Peritoneo	1
		Meninges	2
Traumatismos	2	Vertebral	2
Total	24		24

De los estudios que se les realizaron a estos pacientes fueron constantes los exámenes de imagen, desde una radiografía simple hasta un estudio topográfico o gammagráfico. En todos los enfermos se realizaron exámenes para identificar el bacilo de Koch como el agente causal, pero casi fue una regla no encontrarlo, tal como sucedió en las meningitis, las formas abdominales y las óseas. La identificación del bacilo ácido alcohol resistente en la orina sólo se logró en 2 enfermos después de repetir la serie varias veces. Igual sucedió con la cutirreacción de Mantoux, ya que sólo fue positiva en 6 pacientes. El PCR fue positivo en 16 enfermos sin ser definitivo para el diagnóstico. El estudio anatomo-patológico por biopsia o estudio de la pieza fue definitivo en 10 enfermos. La peritoneoscopia fue útil en 2 casos.

Correlacionando todos estos datos podemos afirmar que el diagnóstico se efectuó al conjuntar datos clínicos, imagenológicos, quirúrgicos y anatomo-patológicos. El común denominador fue pensar en tuberculosis y darle un valor específico a cada estudio.

Una vez establecido el diagnóstico se les proporcionó el tratamiento antituberculoso a base de HAIN, pirazinamida y rifampicina. En todos ellos se agregó etambutol y otras medidas terapéuticas acordes con la localización específica del padecimiento. No se hicieron estudios de resistencia a drogas pero todos mejoraron.

DISCUSIÓN

Es indudable que de la casuística presentada no puede inferirse la situación epidemiológica de la tuberculosis en México. Tampoco nos proporciona una idea de la incidencia de la tuberculosis en los derechohabientes del ISSSTE. O la predominancia de este padecimiento en algún estado de la República, ya que la mayor parte se localizaron en el Distrito Federal. Lo que sí puede pensarse es que la cercanía de los Hospitales Generales y Regionales al CH 20 de Noviembre en el Distrito Federal permite el traslado temprano. Seguramente existen muchos más casos en estados como Veracruz, Oaxaca o Chiapas teniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas de los pacientes de estos estados. Sigue vigente el señalar que la tuberculosis está directamente relacionada con el estado de pobreza e ignorancia de los enfermos.

Los resultados señalan que algunos de los enfermos fueron etiquetados con diagnósticos insuficientemente fundamentados por lo que al proporcionarles tratamientos empíricos se les llevó hacia la cronicidad y al deterioro progresivo.

Frente a la disminución de la tuberculosis pulmonar, la tuberculosis extrapulmonar se ha confundido con otros padecimientos en auge, como es el cáncer de tipo linfoblástico o las neoplasias de los órganos abdominales. En el caso de las meningitis con líquido cefalorraquídeo claro sin identificación de bacterias o bacilos se pensó en una etiología viral a comprobar con estudios específicos.^{3,4}

Los avances en la imagenología, las endoscopias y el estudio anatomo-patológico con muestras pequeñas obtenidas por aspiración y tratadas con diferentes tinciones han permitido hacer diagnósticos más precisos y rápidos. Sin embargo, la clínica o el hospital debe contar con estos medios diagnósticos para poder echar mano de ellos.

El cuadro clínico puede orientar hacia el diagnóstico de una tuberculosis, sin embargo, es requisito *sine qua non*, pensar en ella. Esta condición es indispensable en el proceso de estudio.

Si tenemos en cuenta la patogenia de la tuberculosis de reinfección tanto en los pulmones como en otros órganos, debemos pensar en factores que disminuyendo la inmunidad del sujeto permitan la reactivación de esos bacilos que han permanecido inactivos en el sitio donde el organismo consiguió mantenerlos estáticos. Para que el bacilo tuberculoso llegue a los huesos, a las meninges o al riñón, tiene que ser por vía hematógena y ésta se produce después de la tuberculosis primaria. La casuística nos muestra que todos los enfermos transcurrieran con un periodo de inmunodeficiencia cuando se reinició la actividad de los bacilos en el órgano que previamente los alojaba.

Como regla primaria para establecer un diagnóstico preciso se necesita identificar el agente etiológico. En la tuberculosis extrapulmonar no siempre se consigue identificar el bacilo de Koch. Por ejemplo, en la meningitis, la peritonitis o la tuberculosis ósea. Aquí la valoración clínica y los auxiliares de gabinete juegan un papel definitivo que puede constatarse con la respuesta al tratamiento.^{5,6}

CONCLUSIÓN

A pesar de la casuística tan corta en un lapso grande, consideramos que el estudio refleja la necesidad de tener en cuenta a la tuberculosis de órganos extratorácicos en enfermos en los cuales confirmar otro diagnóstico ha sido difícil. En estos casos se debe recordar que la tu-

berculosis es la gran simuladora, puede simular patologías variadas en diferentes órganos.

Si se sospecha una tuberculosis extrapulmonar y no se tienen los medios necesarios para confirmarla, será conveniente enviar al paciente a un centro especializado para completar el diagnóstico a la brevedad posible, en especial tratándose de niños.

REFERENCIAS

1. Gómez RN, Ibáñez RJ, Ferreiro SJL, Sevillano CJ. Disseminated extrapulmonary tuberculosis with skin, lymph node and bone involvement. *Anales de Medicina Interna* 1999; 16 (810): 525-6.
2. Pacheco CR, Fujigaki LA. Salud y Enfermedad en el medio rural de México. Secretaría de Salud. México: 1991.
3. Wang HK, Hsueh PR, Hung CC, Chang SC, Luh KT, Hsieh WC. Tuberculous peritonitis: analysis of 35 cases. *Chinese Journal of Microbiology & Immunology* 1998; 31(2): 113-8.
4. Singh-Ranger D, Rockall T, Narward AH, Haldane M, Abrahams R, McDonald P. Abdominal tuberculosis: the problem of diagnostic delay. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases* 1999; 31(5): 517.
5. Luk KD. Tuberculosis of the spine in the new millennium. *European Spine Journal* 1999; 8(5): 338-45.
6. Pérez del Río MJ, Fresno FM, Díaz IJM, Veiga GM, Álvarez PE, Ablanedo P, et al. Intestinal tuberculosis, a difficult suspected diagnosis. *Anales de Medicina Interna* 1999; 16(9): 4469-72.

