



Tuberculosis postprimaria: hallazgo incidental por TCMD

Gaspar Alberto Motta Ramírez,* Laura Lucía Peralta Aceves,† Irene Pérez del Ángel‡

Paciente femenino de 81 años que ingresó al Servicio de Urgencias por ataque al estado general, hemoptisis y pérdida de peso no cuantificada; se le realizó un estudio radiológico de tórax y una tomografía computada de multidetectores (TCMD) de tórax simple y contrastada.

En la telerradiografía de tórax (Figura 1a) se identificó la lesión pulmonar izquierda tipo caverna, así como imágenes hacia la base pulmonar izquierda que corresponden al patrón alveolar.

La selección de imágenes de la TCMD de tórax simple y contrastada (Figuras 1b-1e) corroboró la presencia



* Médico Radiólogo, adscrito al Área de TC del Departamento de Radiología e Imagen del Hospital Ángeles del Pedregal.

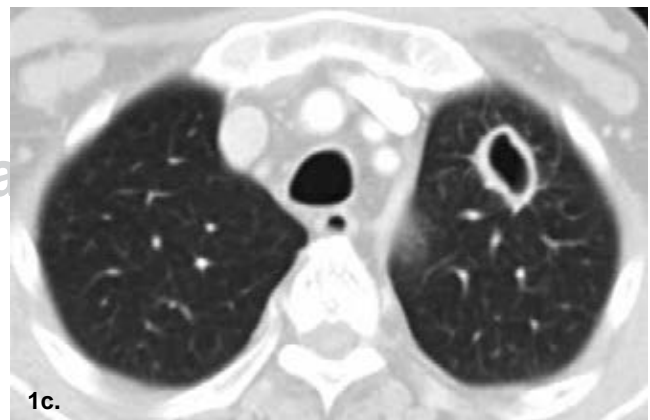
† Técnicos Radiólogos, adscritos al Departamento de Radiología e Imagen del Hospital Ángeles Clínica Londres.

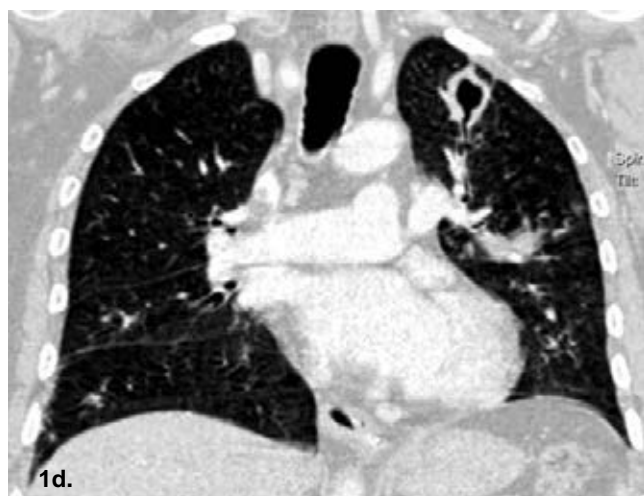
Correspondencia:

Dr. Gaspar Alberto Motta Ramírez
Departamento de Radiología e Imagen
Hospital Ángeles del Pedregal
Camino a Santa Teresa 1055, Col. Héroes de Padierna, 10700,
México, D.F.
Correo electrónico: gamottar@yahoo.com.mx

Aceptado: 30-04-2012.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>





de la caverna de medición al corte máximo axial de 1.8 por 2.8 cm, de paredes regulares, sin evidenciar lesiones intralesionales, asociada a la afección parenquimatosa pulmonar, evidenciada en la telerradiografía de tórax (Figura 1a), como se demuestra en la reconstrucción multiplanar (RMP) sagital (Figura 1e), característica de nódulos centroacinares ramificados (imágenes en “árbol de gemación”). Además, en la RMP (Figuras 1d y 1e) se definió la comunicación que existe entre la lesión necrótica pulmonar y el árbol traqueobronquial.

TUBERCULOSIS POSTPRIMARIA¹⁻³

Presentación clínica

En los países en desarrollo, la tuberculosis (Tb) pulmonar sigue siendo una de las causas más importantes, tanto de lesiones pulmonares tipo caverna como de la presentación clínica por hemoptisis.¹

La Tb postprimaria corresponde a una reactivación y/o reinfección de la Tb en un paciente previamente sensibilizado. Aunque casi siempre es por reactivación de un foco latente de infección primaria, también se puede deber a una nueva infección. Por ello se prefiere el término “postprimaria”. Los bacilos se reactivan en periodos de inmunosupresión, desnutrición y/o vejez. La caverna por Tb corresponde a un tuberculoma que se ha comunicado a la vía aérea, condicionando el vaciamiento parcial o total de su contenido caseoso; la caverna constituye la característica probablemente más importante de la Tb postprimaria.^{2,3}

Una cavitación es un espacio lleno de gas, demostrado como un área de lucencia o de baja atenuación, dentro

de una consolidación pulmonar, una masa o un nódulo. En el caso de consolidación cavitada, la consolidación original puede resolver y dejar sólo una pared delgada. Una cavitación normalmente es producida por la expulsión o el drenaje de la parte necrótica de la lesión a través del árbol bronquial. A veces contiene un nivel líquido. La identificación de la cavitación no es sinónimo de absceso. La caverna es una cavidad formada por reblandecimiento y vaciamiento del tejido caseificado. La caverna reciente se presenta recubierta interiormente por un proceso de necrosis caseosa; dicha superficie es irregular, grumosa y con colgajos de tejido; sus límites son imprecisos. A medida que transcurre el tiempo, la caverna adquiere clara delimitación y la pared queda formada por una membrana granulomatosa que reviste la cavidad. Luego se organiza el tejido conjuntivo, y la caverna antigua presenta una pared formada por una lámina de tejido fibroso más o menos densa, revestida por epitelio de tipo bronquiolar.

En el estudio de TC de alta resolución, la mayoría de las veces la caverna tuberculosa se asocia típicamente con nódulos centroacinares ramificados (imágenes en “árbol de gemación”), indicativo del proceso inflamatorio de los bronquiolos, los cuales dilatados, muestran el exudado inflamatorio en su interior. Estas opacidades son características de la Tb y su presencia debe sugerirla entre

las primeras posibilidades diagnósticas, especialmente al asociarse a una cavidad pulmonar.^{2,3}

Además de la amplia gama de alteraciones que *per se* ocasiona la Tb, hay algunas complicaciones propias de los cambios resultantes de la enfermedad (entre ellas la hemoptisis) que son secundarias a bronquiectasias residuales, al aneurisma de Rasmussen roto (en la pared de una caverna antigua), la sobreinfección micótica o bacteriana de una caverna como el caso que nos ocupa y a la broncolitiasis.

REFERENCIAS

1. Machado-Villareal L, Trujillo-Chávez J, Pérez-Romo A, Navarro-Reynoso F, Cueto-Robledo G y Cicero-Sabido R. Revisión de 21 enfermos con hemoptisis estudiados en un año, con énfasis en seis de hemoptisis masiva. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex* 2006; 19(2): 108-112.
2. Motta-Ramírez GA, García-Arayza MG, Ortiz-León JL, Castillo Lima JA. Detección radiológica y por imagen de lesiones pulmonares cavitadas: Abordaje para el médico general. *Rev Sanid Milit Mex* 2008; 62(4): 174-186.
3. Leung AN. Pulmonary tuberculosis: The essentials. *Radiology* 1999; 210: 307-322.