

Hidroneumotórax por tuberculosis en una mujer adulta

Hydropneumothorax due to tuberculosis in an adult woman

MsC. Mireysi Calás Rosales, MsC. Haidee Marrero Rodríguez, Dr. Joaquín López González, MsC. Ernestina del Campo Mulet y MsC. Nancy Nápoles Smith

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una paciente de 28 años de edad, que fuera remitida al Servicio de Neumología del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba por presentar síntomas respiratorios (tos húmeda y expectoración mucosa) durante un período aproximado de 6 meses, además de síndrome general y, en ocasiones, febrícula. Posteriormente manifestó una disnea progresiva, que se volvió moderada ante los pequeños esfuerzos, unido a dolor torácico agudo en el lado izquierdo. Se determinó clínicamente y radiológicamente la existencia de hidroneumotórax; por lo que se le realizó una pleurotomía mínima baja y se inició el tratamiento antibacilar. Igualmente se efectuó la prueba de esputo para la búsqueda de bacilos ácido-alcohol resistentes, y se obtuvo codificación 8, de modo que fue confirmado el diagnóstico de tuberculosis pulmonar.

Palabras clave: hidroneumotórax, tuberculosis pulmonar, tratamiento antibacilar, Servicio de Neumología.

ABSTRACT

The case report of a 28 year-old patient is presented who was remitted to the Pneumology Service of "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" Teaching General Hospital in Santiago de Cuba for presenting breathing symptoms (humid cough and mucous expectoration) during an approximate period of 6 months, besides general syndrome and, in occasions, slight fever. Later on she complained of progressive dyspnea which became moderate when making other small efforts, together with acute thoracic pain in the left side. It was determined clinically and radiologically the existence of an hydropneumothorax; for which a low minimum pleurotomy was carried out and the antibacillar treatment was applied. Equally the sputum test was carried out for finding acid-alcohol resistant bacilli, and code 8 was obtained, so the diagnosis of lung tuberculosis was confirmed.

Key words: hydropneumothorax, lung tuberculosis, antibacillar treatment, Pneumology Service.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis pulmonar es la forma de expresión clínica más frecuente de la tuberculosis (de 89-95 % entre todas las variedades), la cual está en correspondencia con las condiciones ambientales y socioeconómicas de las poblaciones y suele presentarse en personas de todas las edades, aunque predomina en los adultos.

Generalmente es ocasionada por siembras hemáticas, que se producen durante o después de una primo-infección, y aparece tiempo más tarde (años) al reactivarse los focos tuberculosos latentes, o por una sobreinfección exógena a través de contactos con bacilos procedentes de afectados con tuberculosis.¹⁻⁴

Se diferencia de la primo-infección por su mayor tendencia a progresar, su frecuente ubicación en las partes altas y dorsales de los pulmones, dado que se disemina por vía broncogénica, y por su tendencia a producir extensas zonas de necrosis y cavidades. Su evolución fluctúa desde un cuadro clínico agudo, con avance rápidamente destructivo y fatal en pocas semanas, hasta el cuadro "solapado" a través de meses, con manifestaciones respiratorias, donde la tos y la expectoración son constantes. En ocasiones puede establecerse un equilibrio entre el hospedero y el huésped, en el que la afección no progresá, pero no logra ser controlada por las defensas orgánicas, lo cual determina la existencia de una fuente de infección ambiental por tiempo prolongado.¹⁻⁴

Asimismo los síntomas generales pueden muy pocos o diversos (pacientes polisintomáticos). El estado general suele estar conservado, pero en estados avanzados la pérdida de peso puede ser extrema y la fiebre, frecuente. Como complicaciones importantes (algunas de ellas graves) se encuentran la tuberculosis miliar, la meningitis tuberculosa, las pleuresías con derrame, que pueden progresar hasta empiemas tuberculosos; el neumotórax espontáneo y la insuficiencia respiratoria.¹⁻⁶

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de una paciente de 28 años de edad, de procedencia rural y ocupación recolectora de tabaco, quien había presentado síntomas respiratorios: tos húmeda y expectoración mucosa, durante aproximadamente 6 meses; además de los síntomas generales: astenia, anorexia, pérdida de peso, febrícula (en ocasiones y mayormente vespertinas). Por consiguiente, tuvo que seguir varios regímenes de tratamiento antibiótico y antialérgico, sin resolución de dicho cuadro clínico.

Posteriormente manifestó una disnea progresiva que se volvió moderada ante los pequeños esfuerzos, unido a dolor torácico infraescapular izquierdo agudo del tipo de punta de costado; de manera que acudió a su área de salud en la provincia de Santiago de Cuba, donde fue remitida al Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso".

La paciente refirió no tener antecedentes patológicos personales ni hábitos tóxicos y en cuanto a los antecedentes patológicos familiares expresó que su madre padecía una cardiopatía hipertensiva.

Examen físico

- Desnutrición proteico-calórica.
- Aparato respiratorio: tórax normoconfigurado y expansibilidad torácica disminuida en el campo pulmonar izquierdo. Murmullo vesicular abolido en el campo pulmonar izquierdo hacia la base y el tercio medio. Frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Frecuencia cardíaca de 117 latidos por minuto y tensión arterial de 120/75 mmHg.

Conducta en el Cuerpo de Guardia

Se indicaron rayos X de tórax posteroanterior, que mostraron un hidroneumotórax en el lado izquierdo (figura), por lo que el cirujano de guardia evaluó la situación y decidió realizar una pleurotomía mínima baja.

De igual forma, la paciente fue evaluada por el neumólogo de guardia, quien sugirió su traslado a la sala de Neumología. Tomando en cuenta las características clínicocardiopatológicas y las pruebas radiológicas sugestivas de tuberculosis pulmonar, se decidió iniciar el tratamiento antibacilar específico, aunque faltaba aún el resultado del estudio bacteriológico.



Fig. Neumotórax e imagen cavitada en vértice izquierdo

Exámenes complementarios

- Hemograma completo: hemoglobina de 104 g/L y hematocrito: 0,34 L/L
- Leucocitos: $11,2 \times 10^9/L$; segmentados: 0,76; y linfocitos: 0,24
- Plaquetas: $210 \times 10^9/L$
- Velocidad de sedimentación globular: 85 mm/h
- Glucemia: 3,7 mmol/L
- Creatinina: 51 mmol/L
- Triglicéridos: 0,9 mmol/L
- Colesterol: 2,4 mmol/L
- Transaminasa glutámico pirúvica: 36 U/I
- Transaminasa glutámico oxaloacetica: 42 U/I
- Urato: 265 mmol/L
- Prueba del virus de inmunodeficiencia humana: negativo
- Electrocardiograma: taquicardia sinusal
- Prueba de esputo para la búsqueda de bacilos ácido-alcohol resistentes: codificación 8

COMENTARIOS

Para determinar el diagnóstico de tuberculosis pulmonar es necesario manejar elementos epidemiológicos, clínicos, radiográficos, bacteriológicos, inmunológicos, anatomo-patológicos y, en ocasiones, terapéuticos. Los estudios bacteriológicos y

anatómicos y las técnicas inmunológicas son los medios fundamentales para obtener un diagnóstico positivo, pero a veces es necesario el concurso de todas las disciplinas mencionadas para llegar a una conclusión.^{2,4,7}

Por otra parte, el neumotórax o el hidroneumotórax no son frecuentes en la población de Santiago de Cuba, a diferencia de lo que ocurre en otros países, donde constituyen uno de los síntomas iniciales de la enfermedad.⁸ El tratamiento curativo antituberculoso se sustenta en 3 premisas básicas que se han de cumplir para obtener resultados satisfactorios: administración de varios medicamentos en la etapa inicial terapéutica, prolongación de la medicación y su aplicación bajo un control estricto, dado que la enfermedad es un problema eminentemente bacteriológico.

Hoy esta política de tratamiento llamada estrategia DOTS o TAES (tratamiento acortado estrictamente supervisado) es el método de lucha recomendado por la Organización Mundial de la Salud en momentos de reemergencia de la enfermedad.² La paciente de este caso clínico recibió la categoría 1 de tratamiento, según lo expuesto en el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en Cuba.⁷

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buernet M, White DO. Historia natural de la enfermedad infecciosa. 4 ed. Madrid: Alianza Editorial; 1982.
2. Farga V, Caminero JA. Tuberculosis. 3 ed. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2011.
3. Farreras R, Rozman C. Tratado de medicina interna. 14 ed. Madrid: Harcourt-Brace; 1996. p. 292.
4. Iseman MD. En: Arthur Ausiello D, Goldman L. Cecil. Tratado de medicina interna. 23 ed. Madrid: Elsevier; 2009. p. 1724-32.
5. Cayla JA, Jansa JM. Sida y tuberculosis: confluencia de una nueva epidemiología y una vieja endemia. Arch Bronconeumol. 2009; 28: 21-6.
6. Enarson D, Jentgens H, Oberhoffer M. Guía de la tuberculosis para países de alta prevalencia. Paris: UICTER; 1993. p. 43-9.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en Cuba. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Provincial de Higiene y Epidemiología. Informe anual sobre tuberculosis pulmonar y extrapulmonares. La Habana: MINSAP; 2008. p. 58-62.

Recibido: 16 de octubre de 2012.

Aprobado: 21 de diciembre 2012.

Mireysi Calás Rosales. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: hamarrero@hospclin.scu.sld.cu