

Médica Sur

Volumen **10**
Volume

Número **2**
Number

Abril-Junio **2003**
April-June

Artículo:

Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. Reporte de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Médica Sur Sociedad de Médicos, 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 pulmonar y extrapulmonar.

Reporte de un caso

Dra. Paloma Almeda Valdés,* Dr. Javier Lizardi Cervera**

Resumen

La tuberculosis sigue siendo una infección con alta mortalidad. A continuación se presenta el caso clínico de un hombre de 58 años que fue referido con datos de abdomen agudo a consecuencia de tuberculosis intestinal.

Palabras clave: Tuberculosis, abdomen agudo.

Abstract

Tuberculosis is a high-mortality infection. We discuss a 58-year-old male case that presented with acute abdominal signs due to intestinal tuberculosis.

Key words: Tuberculosis, acute abdomen.

Caso clínico

Hombre de 58 años de edad originario y residente de México, D.F., maestro, con antecedentes familiares de hipertensión. Antecedentes personales: inmunizaciones completas incluyendo BCG, Combe negativo, con viaje reciente a Cuernavaca, consumo de alcohol y tabaquismo negados, sin antecedentes patológicos.

Inició su padecimiento dos meses antes de su ingreso con tos no productiva, no hemetizante, no cianozante. Recibió tratamiento con antibióticos no especificados, con mejoría parcial. Días después presenta disnea de medianos esfuerzos y exacerbación de la tos. Recibió tratamiento con bromuro de ipratropio y budesonida inhalados, con mejoría casi total de los síntomas. Un mes después vuelve a presentar disnea de pequeños esfuerzos, tos con expectoración verdosa, odinofagia, disfonía y fiebre de predominio vespertino cuantificada en 38 grados, acompañada de escalofríos y diaforesis. Acudió a hospital por persistencia de fiebre y odinofagia, es ingresado por hipoxemia. Recibe ceftriaxona durante 6 días, nimesulide y tramadol. Se realizó baciloscopia reportándose positiva. Días después de su ingreso presentó dolor abdominal tipo cólico, epigástrico inicialmente y luego generalizado, de intensidad 3/10, con distensión abdominal, náusea y vómito de contenido gastroalimentario

en tres ocasiones, con intolerancia a la vía oral. Posteriormente aumentó la intensidad del dolor, agregándose incapacidad para canalizar gases y para defecar. Por este motivo fue trasladado al servicio de urgencias. En el interrogatorio dirigido refirió pérdida de 14 kilogramos de peso en el transcurso del último año. En la exploración física a su ingreso se encontraron temperatura de 38 grados, frecuencia cardíaca de 113 lpm, respiratoria de 23 por minuto y saturación con apoyo de puntas nasales con oxígeno a 3 litros/minuto de 93%, peso de 45 kg y talla de 1.65, cuello con adenomegalias retroauriculares y supraclaviculares palpables, tórax con datos de dificultad respiratoria, taquipnea, respiración superficial, sin estertores, abdomen distendido, doloroso a la palpación de predominio en mitad superior, timpánico a la percusión, con peristalsis presente y rebote positivo. En la radiografía de tórax se encontraron imágenes reticulares de predominio apical derecho así como imágenes nodulares (Figura 1). La radiografía de abdomen mostró dilatación importante de asas y colon con abundante residuo, así como aire libre en cavidad abdominal (Figura 2).

Se ingresó con diagnóstico de abdomen agudo: probable perforación intestinal, tuberculosis pulmonar activa en tratamiento y desnutrición.

Se realizó laparotomía exploradora, encontrándose obstrucción a nivel de íleon con dilatación y necrosis de intestino proximal, se realizó resección intestinal con entero-entero anastomosis latero-lateral. Se reportó dificultad para intubación por deformidad importante de tejidos del cuello. El diagnóstico histopatológico de la pieza enviada fue positivo para tuberculosis. Se obtuvo culti-

* Residente 2º Año Medicina Interna.

** Departamento de Medicina Interna.
Fundación Clínica Médica Sur. México, D.F.

vo de expectoración positivo para micobacterias. El paciente se ingresó a terapia intensiva y posteriormente subió a piso en condiciones estables recibiendo tratamiento con rifampicina+ isoniazida+ pirazinamida, estreptomycin y ertapenem. Durante su estancia en piso súbitamente desarrolló dificultad respiratoria, se realizó traqueostomía de urgencia por incapacidad para intubación e ingresó nuevamente a la unidad de terapia intensiva donde falleció.

Comentario

La tuberculosis es una de las enfermedades más diseminadas y con mayor mortalidad, el microorganismo causal es *Mycobacterium tuberculosis*. Se considera que un 20 a 43% de la población mundial está infectada con 3 millones de muertes por año.¹ La tuberculosis es la infección crónica transmitida persona a persona más común.² Durante la década de los ochenta el número de casos de tuberculosis se incrementó debido a los casos documentados en pacientes con infección por VIH, además la emergencia de cepas resistentes ha contribuido al aumento en la incidencia.⁴

La infección afecta predominantemente a pacientes desnutridos, en hacinamiento y con malas condi-

ciones de higiene, los pacientes con infección por VIH tienen mayor riesgo de padecer la infección.¹ En pacientes infectados con malas condiciones de vida la mortalidad es 20 veces más que en el caso de pacientes con condiciones óptimas.⁴

Los pulmones son el sitio usual de infección primaria.⁴ La infección comienza cuando la persona inhala las partículas que contienen organismos viables. La forma más común de infección es la inhalación de partículas de secreciones respiratorias expectoradas.² El bacilo que alcanza los alvéolos es fagocitado por los macrófagos alveolares. La infección se desarrolla cuando el inóculo escapa a la fagocitosis. Cuando la infección se establece se disemina por vía linfática y hematógena antes de que se monte una respuesta inmune (tuberculosis primaria), siendo clínica y radiológicamente asintomática.¹ La primoinfección se manifiesta sólo por la aparición de una prueba cutánea de tuberculina positiva.³ En la mayoría de las personas los linfocitos T y los macrófagos forman granulomas que rodean a los bacilos y limitan su multiplicación y diseminación, de esta forma la infección se limita pero no es erradicada ya que pueden permanecer microorganismos viables dentro de los granulomas durante años o décadas.¹ El foco de infección primaria es el complejo de Ghon que con-



Figura 1a.

Figura 1. Placa del tórax.



Figura 1b.

siste en una lesión parenquimatosa o subpleural y ganglios linfáticos que drenan el foco.⁴ Los individuos con infección latente no tienen infección activa y no pueden transmitir el microorganismo. La reactivación de la infección ocurre en estados de inmunosupresión.¹ Los factores relacionados con avance hacia enfermedad clínica son: la edad, lactancia, infancia, adolescencia y vejez; enfermedades subyacentes que deprimen la respuesta inmunitaria celular; diabetes mellitus, gastrectomía, silicosis y sarcoidosis.³ Un 10% de los individuos con infección primaria presentarán reactivación y 50% de los casos ocurren en los primeros dos años después de la infección. En 5% de los casos la respuesta inmune no es apropiada y el paciente desarrolla una infección primaria progresiva acompañada de síntomas.¹ Las consecuencias clínico-patológicas incluyen tuberculosis cavitaria, tuberculosis miliar y bronconeumonía tuberculosa.⁴

Hasta un tercio de los casos de tuberculosis son resultado de infecciones primarias resultado de la transmisión de persona a persona. De las personas expuestas a *Mycobacterium tuberculosis* 30% desarrollan la infección primaria, de este grupo menos de 5% desarrollan infección primaria activa y 5% desarrollan infección por reactivación de la infección primaria.² La tuberculosis extrapulmonar también es consecuencia de reactivación y representa 15% de los casos.³ La escrófula o linfadenitis tuberculosa es la forma más común de tuberculosis extrapulmonar. La tuberculosis miliar constituye el 10% de los casos, se caracteriza por la presencia de nódulos menores de 2 mm en todo el cuerpo. El bazo, hígado y pulmón son frecuentemente involucrados. La enfermedad puede ser aguda y mortal o lentamente progresiva. La mortalidad es hasta 30% aun con tratamiento.² La afección ósea involucra a las vértebras en 50% de estos



Figura 2a.

Figura 2. Placa de abdomen.



Figura 2b.

casos. La tuberculosis abdominal afecta con frecuencia el peritoneo, la tuberculosis ileocecal puede causar enteritis ulcerativa, estenosis y fistulas. La tuberculosis laríngea es usualmente complicación de la tuberculosis pulmonar.² La tuberculosis extrapulmonar es común en pacientes con VIH (en este caso en particular se realizó prueba de ELISA siendo no reactiva). La incidencia de micobacterias resistentes a antituberculosos de primera línea se ha incrementado de forma importante (aproximadamente 15% de los casos en Estados Unidos), los factores de riesgo para desarrollo de resistencia incluyen habitar en zona endémica de tuberculosis con alta resistencia, contacto cercano y prolongado con personas infectadas con tuberculosis resistente, terapia previa no curativa. La mortalidad de estos casos es del 70 a 90% con supervivencia media de 4 a 16 semanas.¹ El curso clínico de la tuberculosis es variable y depende de la actividad, extensión y patrón de distribución de la infección. La

mayoría de los casos responden a la terapia. Algunas causas de fracaso son la coexistencia con SIDA, diabetes o microorganismos resistentes.⁴

Referencias

1. Tierney, Mc Phee, Papadakis. *Current medical diagnosis and treatment* 2003. 42a Edición. Capítulo 9. EUA, 2003.
2. Prakash, Habermann. *Mayo internal medicine board review* 2000-01. Capítulo 21. EUA, 2001.
3. Andreoli, Bennet, Carpenter, Smith. *Cecil Compendio de Medicina Interna*. 4ª Edición. Capítulo 99. México, 1999.
4. Cotran, Kumar, Robbins. *Robbins Pathologic basis of disease*. 5a Edición. Capítulos 8 y 15. EUA.

Correspondencia:
Dr. Javier Lizardi Cervera
Puente de Piedra 150,
Colonia Toriello Guerra,
Delegación Tlalpan.
CP 14050, México, D.F.

