

TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR UN RETO VIGENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Introducción:

La TB es una enfermedad provocada por una bacteria patógena conocida como *Mycobacterium tuberculosis* que pertenece a la familia Mycobacteriaceae. ⁽¹⁾
 La tuberculosis (TB) ha sido tradicionalmente una de las principales causas de enfermedad pleural y hasta las primeras décadas del siglo pasado se mantuvo como un paradigma principal de la "pleuresía". ⁽¹⁾
 Según su localización anatómica suele clasificarse en pulmonar y extrapulmonar. ⁽²⁾ Los sitios afectados con mayor frecuencia son la pleura, los ganglios linfáticos, el tubo digestivo, peritoneo, el sistema osteoarticular, el sistema nervioso central, el aparato genitourinario, las vías aéreas superiores, el pericardio y la piel. ⁽³⁾

Presentación de caso

MI: "dolor en los huesos"

HEA: Paciente femenina de 57 años de edad, con antecedentes de buen estado de salud. Hace aproximadamente 6 meses comienza con dolores óseos generalizados y marcada astenia. Este cuadro fue empeorando progresivamente. Aparece disnea, tos y pérdida de la sensibilidad de los miembros inferiores, con nivel sensitivo a la altura de D11. Al examen físico se observa una paciente con dificultad respiratoria, tos y fiebre elevada.

Examen Físico: A la auscultación se constata abolición del murmullo vesicular del hemitórax derecho.

Complementarios:

Radiografía de tórax: opacidad homogénea que oblitera el ángulo cardíaco y costofrénico derecho que asciende por la pared costal hasta alcanzar en cuerno inferior del hilio, ocultando el mismo, en relación con derrame pleural de mediana cuantía.

Ultrasonido de base pulmonar: constata derrame pleural derecho. Se realiza pleurocentesis guiada por ecografía con estudio del líquido pleural.

Posterior a la evacuación del líquido pleural, se indica Tomografía Axial Computarizada (TAC) donde informa: imagen de aspecto T de base pleural amplia paravertebral derecha a nivel de D11 que mide 48.3 x 29.1mm en corte axial.

Toracocentesis: citológico del líquido pleural negativo a células neoplásicas y presencia de numerosos histiocitos y células mesoteliales.

Dado los antecedentes, el resultado de los estudios realizados y el empeoramiento de cuadro clínico, se indica Resonancia magnética (RM): secuencias SPIN ECO con técnicas de contraste T1 y T2 y secuencias CISS en plano de cortes axial y sagital, donde se visualiza a nivel de D11 imagen nodular de intensidad variable que se comporta hipointenso en T1 e hiperintenso en T2 que mide en corte axial 29.1x48.3mm con una extensión craneocaudal de 58 mm dicha lesión se localiza paravertebral derecha con una base pleural amplia de contornos regulares, bien definidos, que contacta e infiltra el pilar diafragmático, músculos paravertebrales así como los tejidos blandos adyacentes y cuerpo vertebral proceso transverso y espinoso de D11 con áreas de atenuación de la señal en el interior del cuerpo vertebral respetando los discos intervertebrales adyacentes. Se observa además engrosamiento difuso de las meninges provocando compresión y estenosis severa del canal y cambios en intensidad de señal del cordón con pequeña colección epidural anterior de 4.2mm de espesor.

Discusión

El *Mycobacterium* de la TB es un bacilo aerobio, no formador de esporas y neutro a la tinción de Gram. La principal afección es pulmonar con presentación extrapulmonar también en menor por ciento y la transmisión se hace por vía aérea mediante la inhalación de gotas producidas por individuos con enfermedad pulmonar activa. ⁽³⁾

La TBE resulta de la diseminación hematológica o linfática del bacilo, la cual puede darse como resultado de una infección primaria o por la reactivación de un foco latente con la consecuente afectación de cualquier órgano, dentro de ellos la pleura el más frecuente, los ganglios linfáticos, el abdomen, el sistema osteoarticular, el sistema nervioso central, el aparato genitourinario, el pericardio y la piel. ⁽³⁾

La presentación clínica de la TBE es variada, la afección pleural es común y corresponde a casi el 20 % de los casos. Esta no solo puede diseminarse por la pleura sino también a las estructuras adyacentes, como se visualiza en la figura 3 y 4.

Jane A. Shaw et al. plantean que la presentación de la TBE es aguda con una duración de los síntomas de menos de un mes (dos tercios de los casos) o menos de una semana (un tercio de los casos). Se caracteriza por derrame pleural unilateral, disnea, dolor torácico pleurítico, tos no productiva y síntomas constitucionales como fiebre, sudoración nocturna, escalofríos, debilidad y pérdida de peso ⁽⁴⁾ coincidiendo con el caso presentado.

Ramírez-Lapausa y colaboradores también describen casos no tan frecuentes, con una imagen de masa con compromiso costal múltiple en la que se confirmó afectación ósea sin compromiso pleural, por TB, con cultivo positivo. ⁽⁵⁾ En la paciente presentada existía dicha invasión lo que llevo al paciente a cirugía. Ji Yeon Lee plantea que el diagnóstico de la TBE se realiza con tomografía o resonancia magnética, y la confirmación bacteriológica, mediante biopsia y cultivo del tejido afectado, que puede ser de forma no invasiva. ⁽⁶⁾

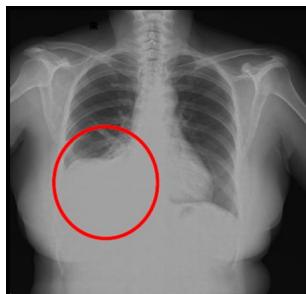


Figura 1: Rx de tórax

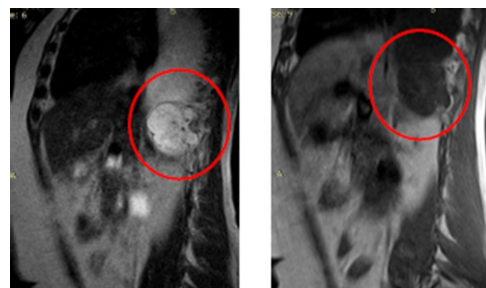


Figura 2: RM secuencia SPIN ECO.

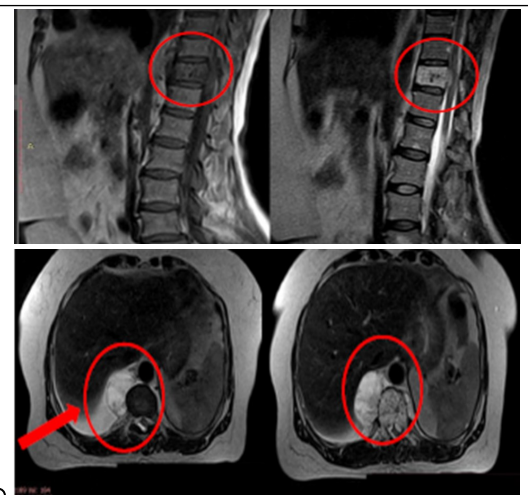


Figura 3y 4: RM secuencia SPIN ECO.

Conclusiones

La TB es una de las principales causas de enfermedad pleural. La forma extrapulmonar más frecuente es la TB pleural. El diagnóstico se realiza con radiografía, TAC o RM, y la confirmación bacteriológica, mediante biopsia y cultivo del tejido afectado. El manejo multidisciplinario ayuda a esclarecer el diagnóstico. Por tanto, fomentar el diagnóstico precoz desde la atención primaria evita futuras complicaciones.

Ref. Bibliogr.

1. Checa OMH, Gamarra MDM, Sánchez MEC, Pilozo MFS. Derrame pleural de origen tuberculoso. RECIMUNDO [Internet]. 2019 [citado 4 May 2023]; 3(3): [275-96 pp.]. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/521/729>.
2. de Peralta YTG, Texidor YG, Guillan JRG, Digón SS, Alba NL. Aspectos clínicos y epidemiológicos de los pacientes con tuberculosis extrapulmonar en la provincia de Santiago de Cuba. MediSan [Internet]. 2020 [citado 4 May 2023]; 24(01): [29-41 pp.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000100029&lng=es.
3. Garzon SA, Mercado SM, Vernaza SM, Lasso JI, Laserna A. Tuberculosis extrapulmonar, un reto clínico vigente. Universitas Medica [Internet]. 2020 [citado 4 May 2023]; 61(4). Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-4.reto>.
4. Ramírez-Lapausa M, Menéndez-Saldaña A, Noguerao-Asensio A. [Extrapulmonary tuberculosis]. Revista española de sanidad penitenciaria [Internet]. 2015 [citado 4 May 2023]; 17(1):[3-11 pp.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25803112/>.
5. Shaw JA, Irusen EM, Diacon AH, Koegelenberg CF. Pleural tuberculosis: A concise clinical review. The Clinical Respiratory Journal [Internet]. [citado 4 May 2023]; 12(5):[1779-86 pp.]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/crj.12900>.
6. Carvalho P, Fernandes C, Cunha S, Teixeira C. Is It Back Pain or Pott's Disease? Cureus [Internet]. 2022 Mar [citado 4 May 2023]; 14(3):[e22834 p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35382198/>.