



Repertorio de Medicina y Cirugía

www.elsevier.es/repertorio



Reporte de caso

Acerca de la tuberculosis extrapulmonar

Walter Chaves^{a,*}, Jhon F. Buitrago^b, Alejandro Dueñas^b y Juan C. Bejarano^b

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital de San José, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá DC, Colombia

^b Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá DC, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de enero de 2017

Aceptado el 18 de abril de 2017

On-line el xxx

Palabras clave:

Tuberculosis extrapulmonar

Adenosina desaminasa

Tuberculosis extrapulmonar pleural,

peritoneal, pericárdica y meníngea

GeneXpert

Keywords:

Extrapulmonary tuberculosis,

Adenosin deaminase

Pleural, peritoneal, pericardic and

meningeal extrapulmonary

tuberculosis

GeneXpert

R E S U M E N

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa de gran prevalencia en países en vía de desarrollo como el nuestro. Aunque el compromiso pulmonar es el más frecuente y de impacto en la salud pública, existen varias formas extrapulmonares con diversas presentaciones clínicas y de difícil diagnóstico, recalando la importancia de sospechar estas patologías para intervenciones oportunas y que impacten en la morbimortalidad. En este artículo se presentan cuatro casos clínicos donde se sospechó tuberculosis extrapulmonar (pericárdica, peritoneal, pleural y meníngea) en el Hospital de San José de Bogotá, describiendo la forma en que se realizó o se descartó la tuberculosis extrapulmonar y haciendo una breve descripción del rendimiento de diferentes pruebas diagnósticas.

© 2017 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

On extrapulmonary tuberculosis

A B S T R A C T

Tuberculosis (TB) is an infectious disease with high-prevalence in developing countries as ours. Although pulmonary involvement is most common and is associated with greater impact on public health, there are various forms of extrapulmonary TB (EPTB) exhibiting various often difficult to diagnose clinical presentations, highlighting the importance of suspecting these pathologies in order to conduct timely interventions that impact their morbidity and mortality rates. This article presents four clinical cases at San José Hospital in Bogotá where EPTB disease was suspected (pericardium, peritoneum, pleura and meninges), describing the way EPTB disease was diagnosed or ruled out and briefly defining the diagnostic performance of various tests.

© 2017 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa causada por el complejo *Mycobacterium Tuberculosis complex*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: wgchs1973@gmail.com (W. Chaves).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reper.2017.04.004>

0121-7372/© 2017 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

(*Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum* y *Mycobacterium microti*, entre otros)^{1,2}. Genera cerca de dos millones de muertes al año, y de ellas el 98% en países en vías de desarrollo, donde las condiciones socioeconómicas y la creciente población con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) permite una rápida diseminación de la enfermedad¹. Al inicio la TB era una enfermedad endémica en animales y transmitida al hombre tras la aparición de la agricultura, por lo que la TB hace parte de la historia de la humanidad y su estudio epidemiológico es el reflejo de diversas culturas^{1,3}. Hacia el año 1882 el microbiólogo alemán Robert Koch descubrió el bacilo de la TB, del cual ya se contaban descripciones detalladas desde el siglo XVII¹.

La tuberculosis extrapulmonar (TBE) es una enfermedad causada por el agente *Mycobacterium tuberculosis* (MT), que puede comprometer cualquier órgano del cuerpo humano, secundario a una diseminación de un foco pulmonar y la cual se facilita por estados de inmunosupresión, en especial en pacientes portadores de VIH^{4,5}, por lo que es conveniente a todo paciente con TB realizar cribado para este⁴. La prevalencia de TBE en pacientes con infección por VIH puede alcanzar cifras de hasta el 62%, mientras que solo el 20% de las manifestaciones extrapulmonares de MT se presentan en pacientes sin VIH⁵.

Las formas más comunes de TBE en pacientes inmunocompetentes son la pleural, la linfática y la de origen genitourinario; sin embargo, en pacientes con VIH las formas ganglionares son las más frecuentes⁶. En Colombia cerca de 18% de los casos de TB (2.385) registrados para 2015 correspondieron a formas extrapulmonares, siendo la pleural, la meníngea y la ganglionar las más altas, con el 36,2, el 18,4 y el 16,4%, y una alta incidencia de casos en tres zonas de Colombia (Antioquia, Bogotá y Barranquilla)⁷, lo cual podría reflejar un subdiagnóstico en el resto de regiones⁶⁻⁸.

El diagnóstico de formas de TBE no requiere seguimiento intrahospitalario⁴; sin embargo, exige una alta sospecha médica, un ejercicio diagnóstico y la toma de exámenes complementarios para confirmar el diagnóstico, todo esto en el contexto de una enfermedad paucibacilar y con múltiples manifestaciones clínicas^{6,8}, siendo la prueba de oro la toma de cultivos, los cuales, al demorar alrededor de 2 a 8 semanas, conlleva al uso de otras estrategias diagnósticas que permitan un tratamiento oportuno y evitar el retraso en su iniciación, lo cual impacta en la morbimortalidad^{5,6,8}.

El estudio histopatológico es una prueba diagnóstica de bajo rendimiento. Sin embargo, ante la sospecha clínica, la evidencia microscópica de granulomas y un contexto epidemiológico o imagenológico adecuados, los hallazgos pueden ser de gran ayuda para confirmar la TBE⁶. Hay que recordar que la presencia de granulomas se debe también a otras micobacterias no tuberculosas, hongos, sífilis y brucelosis, por lo que su interpretación exige estudio clínico soportado por técnicas moleculares o marcadores biológicos. En nuestro medio reviste especial importancia la determinación de adenosina desaminasa (ADA), pues permite el tratamiento oportuno de formas de TBE potencialmente fatales^{6,8,9}.

El tratamiento de la TBE es similar al esquema utilizado para TB pulmonar, en regímenes de 6 meses que incluyen en su esquema rifampicina, isoniazida, pirazinamida

y etambutol. Una excepción es la forma meníngea, por su pobre penetrancia, en la que la segunda fase se extiende a 7 meses^{2,6,9}. Así mismo, la aplicación de corticoide solo muestra beneficio en pacientes con TBE meníngea, impactando en su morbimortalidad⁹.

Se presenta a continuación la experiencia de 4 casos clínicos con sospecha de formas de TBE, evidenciando el ejercicio diagnóstico y la conducta del inicio del tratamiento anti-TBE.

Caso 1

Paciente masculino de 40 años de edad, natural de Candelaria (Valle), que ingresa al Hospital de San José por cuadro clínico que inició hace 2 meses y caracterizado por dolor abdominal mesogástrico, intermitente, de intensidad leve a moderada, asociado con mialgias, artralgias y deposiciones líquidas sin moco ni sangre, resolución de diarrea y dolor abdominal, con persistencia de picos febriles sobre los 39°C, poliartalgias, diaforesis nocturna y pérdida de peso no intencionada (20 kg en 2 meses). El único antecedente fue hipertensión arterial controlada con enalapril. El examen físico evidenciaba disminución de ruidos cardíacos, adenomegalias cervicales y hepatoesplenomegalia.

Se hospitaliza con sospecha de síndrome febril, encontrando en exámenes de rutina anemia microcítica hipocrómica, proteinuria, hematuria y leucocituria con prolongación de tiempos de coagulación y placa de tórax con cardiomegalia; el perfil infeccioso mediante serología, procalcitonina, hemo, copro y urocultivos, baciloscopias, gota gruesa y antígenos infecciosos fueron negativos (hepatotrofos). Ante la persistencia de picos febriles y poliartalgias, se sospecha compromiso autoinmune versus patología neoplásica.

Se toma biopsia de adenomegalias (negativa para malignidad), anti-ADN fuertemente positivo e hipocomplementemia que, sumado a compromiso hematológico, articular y renal, se considera el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico. Se inicia manejo con corticoides y antimaláricos. Durante la estancia hospitalaria el paciente presenta deterioro dado por disnea, ingurgitación yugular, signo de Kussmaul, y a la auscultación cardiopulmonar se detecta frote pericárdico, razón por la cual se decide la toma de un ecocardiograma transtorácico, que confirma derrame pericárdico de aproximadamente 700 cc. Ante la inducción con tres ciclos de metilprednisolona sin remisión para la serositis y la persistencia de picos febriles, se decide cubrimiento antibiótico de amplio espectro, sin mejoría clínica. Como plan de inducción al descartar de nuevo patología infecciosa, se inicia ciclofosfamida. Dado el aumento del derrame pericárdico y el riesgo de taponamiento cardíaco, se programó para ventana pericárdica y toma de biopsia.

En este punto se analiza el paciente que cursa con criterios de lupus eritematoso sistémico y que, a pesar del manejo con inmunomodulador y antimalárico, persiste con fiebre, sin clínica de proceso infeccioso en curso y con aumento progresivo del derrame pericárdico a pesar de los pulsos de corticoesteroides y cubrimiento con antibiótico de amplio espectro. Se considera la posibilidad de TB pericárdica como diagnóstico diferencial, por lo que se solicitan ADA, PCR y cultivo para

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8695965>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8695965>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)