

HOSPITAL NEUMOLÓGICO BENÉFICO JURIDICO

Comportamiento de la tuberculosis extrapulmonar en el Hospital Neumológico “Benéfico Jurídico” durante el quinquenio 1999-2003

Dr. Eberto García Silvera,¹ Dra. Dulce María Yera Pérez,¹ Dra. Solangel Valdés Díaz,² Dra. Marisela Hernández Hernández³ y Dr. Rolando Rives Rodríguez⁴

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en los pacientes egresados del Hospital Neumológico Benéfico Jurídico de Ciudad de La Habana en el quinquenio 1999-2003 con diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar, con el objetivo de describir el comportamiento de esta enfermedad. Se encontró que de un total de 353 enfermos egresados con el diagnóstico de tuberculosis, 14 % correspondía a tuberculosis extrapulmonar. De los enfermos con tuberculosis extrapulmonar 58 % estaba incluido en el grupo de edad de 35 a 54 años, la edad media encontrada fue de 39 años. La forma clínica más frecuente de tuberculosis extrapulmonar fue la pleural (81 %), seguida por la tuberculosis ganglionar (15 %). En 61 % de los casos el diagnóstico se realizó sobre bases clínicas. Solo en 8 % de los enfermos se logró realizar el diagnóstico por aislamiento del bacilo tuberculoso en medio de cultivo de Lowenstein-Jensen.

Palabras clave: Tuberculosis extrapulmonar, tuberculosis diagnóstico, tuberculosis pleural, tuberculosis ganglionar.

Después de los logros alcanzados por los programas de control de la tuberculosis, establecidos entre los años 60 hasta principio de los 90 del pasado siglo, el resurgimiento de esta enfermedad se pone de manifiesto por los múltiples brotes observados en todo el mundo en los últimos años.¹

La tuberculosis extrapulmonar (tbe) se define como la infección por *Mycobacterium tuberculosis* de cualquier órgano o tejido que no sean los pulmones. El diagnóstico debe basarse en el aislamiento del bacilo tuberculoso en un espécimen o en pruebas histológicas compatibles con la enfermedad; aunque con frecuencia se debe hacer por indicios clínicos sólidos, que hacen tomar la decisión facultativa de iniciar tratamiento con quimioterapia específica antituberculosa.² En

muchas ocasiones el diagnóstico es difícil y tardío pues casi siempre evoluciona con escasa población bacilar, lo que dificulta el aislamiento del agente causal, y por otro lado no se tiene en cuenta como posible causa de enfermedad.^{3,4}

La tbe es menos frecuente que la pulmonar y constituye entre 15 y 20 % de los casos de tuberculosis en pacientes inmunocompetentes.^{2,5,6} Estudios previos a la epidemia de SIDA estimaban que por cada paciente con baciloscopia positiva había una incidencia de 1,22 casos de tuberculosis extrapulmonar o pulmonar con baciloscopia negativa.⁷ En la actualidad existe una frecuente asociación entre la tbe y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), por lo que se requieren nuevas estrategias para reducir la morbilidad y mortalidad por esta coinfección.⁸

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Neumología.

² Especialista de II Grado en Neumología. Profesora Auxiliar.

³ Especialista de I Grado en Neumología.

⁴ Especialista de I Grado en Neumología. Profesor Instructor.

En Cuba, el porcentaje de tbe es de 12 %, las tasas más altas están en las provincias orientales.⁹ Esta cifra sitúa al país en un lugar privilegiado en el nivel internacional al superar incluso a algunos países industrializados.¹⁰

El objetivo de este trabajo fue describir el comportamiento de la tbe durante el quinquenio 1999-2003 en el Hospital Neumológico “Benéfico Jurídico” de Ciudad de la Habana. Específicamente, identificar el porcentaje de pacientes con tbe diagnosticados en el período estudiado; establecer la distribución de la muestra por grupos de edades; determinar las formas clínicas diagnosticadas e identificar las formas de diagnóstico de la enfermedad.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en pacientes egresados del Hospital Neumológico “Benéfico Jurídico” de Ciudad de La Habana con el diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar en el período 1999-2003.

Para la recolección de los datos se obtuvieron del departamento de estadísticas los casos egresados con diagnóstico de tuberculosis en el período estudiado, a continuación se seleccionaron los enfermos diagnosticados de tbe y se revisaron sus historias clínicas.

Las variables utilizadas fueron:

- Casos diagnosticados de tuberculosis:
 - Pulmonar.
 - Extrapulmonar.
- Grupos de edades.
- Formas clínicas de tuberculosis extrapulmonar (pleural, ganglionar, ósea, etc.).
- Formas de diagnóstico:
 - Diagnóstico clínico: excluye la biopsia y el cultivo en medio de Lowestein-Jensen.
 - Diagnóstico por cultivo: aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis* en medio de Lowestein- Jensen.
 - Diagnóstico histológico: biopsia obtenida por vía percutánea con aguja fina, pleuroscopia o cirugía, compatible con tuberculosis.
 - Diagnóstico por cultivo e histología: Cultivo en medio de Lowestein-Jensen y biopsia positivos de tuberculosis.

Los datos obtenidos fueron organizados en tablas de distribución de frecuencia para su presentación, análisis y discusión. Para el análisis de todas las variables se utilizó como indicador el porcentaje, y para la variable edad se utilizó además la media.

RESULTADOS

Durante el quinquenio 1999-2003 fueron diagnosticados 353 enfermos de tuberculosis en el Hospital Neumológico “Benéfico Jurídico”: 305 con tuberculosis pulmonar (86 %) y 48 con tuberculosis extrapulmonar (14 %).

En relación con la distribución por grupos de edades, en la tabla 1 se puede observar que el grupo más afectado fue el de 35 a 54 años, con 28 enfermos (58 %), seguido por el grupo de 55 años y más (25 %). No hay enfermos menores de 15 años pues en esta institución no ingresan menores de esa edad. La edad media encontrada fue de 39 años.

En la tabla 2 se puede ver que la forma clínica de tbe más frecuente fue la tuberculosis pleural con 39 casos (81 %), seguida por la tuberculosis ganglionar con 7 enfermos (15 %). Solo se encontraron 2 pacientes no incluidos en estas formas, uno con una tuberculosis ósea y otro con una uveítis tuberculosa.

En cuanto a las formas de diagnóstico, se puede observar en la tabla 3, que en 29 enfermos (61 %) el diagnóstico fue clínico. En 23 % de los casos se hizo el diagnóstico por biopsia. Solamente en 8 % de los pacientes se logró el aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis* mediante cultivo en medio de Lowestein-Jensen. En igual número de enfermos el diagnóstico fue realizado mediante el estudio histológico y el cultivo de especímenes.

TABLA 1. Tuberculosis extrapulmonar. Distribución por grupos de edades

Grupos de edades (años)	Nº de casos	%
15-34	8	17
35-54	28	58
55 y más	12	25
Total	48	100

TABLA 2. Tuberculosis extrapulmonar. Formas clínicas

	Nº de casos	%
Pleural	39	81
Ganglionar	7	15
Ocular (uveítis)	1	2
Ósea	1	2
Total	48	100

TABLA 3. Tuberculosis extrapulmonar. Formas de diagnóstico

	Nº de casos	%
Diagnóstico clínico	29	61
Biopsia	11	23
Cultivo	4	8
Cultivo + biopsia	4	8
Total	48	100

DISCUSIÓN

Se encontró 2 % de casos de tbe por encima del reportado en Cuba hasta el momento, que es de 12 %.⁹ Es posible que esto se deba a que el estudio fue realizado en el Centro de Referencia Nacional de Enfermedades Respiratorias, el cual recibe muchos casos provenientes de todo el país con sospecha clínica de tbe y a los que se les confirma el diagnóstico en esa institución.

El porcentaje de tbe en este estudio tiene valores muy similares a los referidos por autores especializados en el tema como *Fargas*,⁵ que cita entre 15-30 % de tbe entre todos los casos de tuberculosis y *Caminero*,² que refiere 10-20 % de tbe entre pacientes inmunocompetentes. No obstante, el porcentaje de este estudio es inferior a los reportados por otros autores.^{6,11,12} Esto demuestra que en Cuba el Programa de Control de la Tuberculosis ha logrado resultados meritorios en la lucha contra esta enfermedad.

El grupo de edad de 35-54 años resultó el más afectado porque la tuberculosis en sentido general afecta sobre todo a personas adultas jóvenes, grupo de edad económicamente más activo. La edad media encontrada en este estudio es muy similar a la reportada por otros investigadores.^{13,14}

Al igual que aquí en este estudio, otros autores señalan a la tuberculosis pleural como la forma más frecuente de tuberculosis extrapulmonar, seguida por la tuberculosis ganglionar.^{11,13,15}

La tuberculosis pleural sigue siendo una causa frecuente de derrame pleural en todo el mundo, y es citada como la forma más común de tbe, pues

es la complicación más frecuente de la tuberculosis posprimaria; especialmente en niños, adolescentes y adultos jóvenes, aunque puede presentarse a cualquier edad. Aparece entre 3 y 6 meses después de la primoinfección y si no se diagnostica y trata correctamente, la probabilidad de desarrollar una tuberculosis pulmonar o extrapulmonar más grave es de 50-65 %. Por lo que en toda evaluación de un derrame pleural de tipo exudado es importante descartar el diagnóstico de tuberculosis pleural.^{5,16,17}

La otra forma frecuente de tbe es la ganglionar, la cual puede verse como una manifestación posprimaria de infección tuberculosa. Clínicamente se caracteriza por un síndrome adénico con tendencia a la confluencia, abscedación y formación de fístulas locales.^{3,18}

Se puede observar que en el quinquenio estudiado no se reportaron casos de formas graves de tuberculosis, como la meníngea y la miliar, que son formas de tbe excepcionales en Cuba, debido a la aplicación masiva durante años de la vacunación con BCG como parte del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

Pese al desarrollo tecnológico actual, la tbe continúa siendo una enfermedad con grandes limitaciones para su diagnóstico. En un estudio realizado en 3 años, *Ruiz* y otros¹⁹ encontraron que el diagnóstico de tuberculosis pleural era hecho mediante bases clínicas en 72 % de los pacientes, en 20 % por cultivo y en 8 % por cultivo y biopsia.

En la investigación de *Llaca Díaz* y otros²⁰ realizada en Nuevo León, México, para evaluar el diagnóstico de la tuberculosis extrapulmonar mediante el cultivo en medio de Lowenstein-Jensen, se encontró que 6,4 % de los cultivos de líquido pleural y 8,4 % de otros especímenes, eran positivos, porcentajes muy similares al hallado aquí en este estudio.

El porcentaje de casos con tbe en los cuales el diagnóstico se hace mediante biopsia, varía entre 18 y 54 % según las series revisadas, aunque puede ser inferior en los lugares donde exista poca disponibilidad de recursos que posibiliten la realización de este proceder diagnóstico.^{12,14,21}

Una limitante de los métodos microbiológicos convencionales es su pobre sensibilidad para el diagnóstico de la tuberculosis extrapulmonar.²² Esto se debe a que se caracteriza por tener muy poca

población de bacilos, por lo que es muy difícil obtener su crecimiento en los cultivos. Es por eso que ante evidencias clínicas, epidemiológicas, radiológicas y biológicas de tuberculosis, y una vez descartadas otras posibles enfermedades, se hace el diagnóstico clínico en la mayoría de los casos. En pacientes donde los indicios clínicos no sean sólidos y en los enfermos con tuberculosis ganglionar o de otra localización de fácil acceso se debe recurrir a métodos más invasivos como las biopsias. Este proceder rinde resultados superiores a los cultivos en el diagnóstico de la tbe,²³ aunque muchas veces su realización se ve impedida por la localización de la infección tuberculosa en sitios de difícil acceso, quedando el diagnóstico clínico como única opción.

Este trabajo demuestra que el comportamiento de la tuberculosis extrapulmonar en el Hospital Neumológico "Benéfico Jurídico" es muy similar al reportado en la literatura. La tbe se presentó con más frecuencia en adultos jóvenes. Las formas clínicas más observadas fueron la pleural y la ganglionar. En más de la mitad de los casos el diagnóstico se hizo mediante bases clínicas, pues en muy pocos enfermos se logró el aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis* en el cultivo en medio de Lowenstein-Jensen.

Extrapulmonary tuberculosis at "Benéfico Jurídico" hospital in the 1999-2003 period

SUMMARY

A retrospective and descriptive study was conducted on patients diagnosed with extrapulmonary tuberculosis and discharged from "Benéfico Jurídico" neumological hospital in the 1999-2003 period. The objective was to describe the performance of this disease. As a result, it was found out that of a total number of 353 diagnosed patients, 14% had extrapulmonary tuberculosis, 58% of these patients were in the 35-54 years age group, being the average age 39 years. The most frequent clinical manifestation was pleural (81 %) followed by ganglionic tuberculosis (15 %). Sixty one percent of cases were diagnosed based on clinical indications. Only 8 % of patients were diagnosed by isolation of tuberculosis bacillus in a Lowenstein-Jensen culture.

Key words: Extrapulmonary tuberculosis, tuberculosis diagnosis, pleural tuberculosis, ganglionic tuberculosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gala A. Capacidad de respuesta a emergencias epidémicas: recomendaciones para la autoevaluación nacional. *Rev Panam Salud Publica* 2005;18(2):139-48.

2. Caminero JA. Guía de la Tuberculosis para Médicos Especialistas. París, Francia:Ed. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER); 2003.
3. Crofton J, Horne N, Miller F. Tuberculosis clínica. París, Francia:Ed. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER); 1994.
4. Parras JP, Onrubia X, Seller J, Pertusa V, Barbera M. Tuberculosis extrapulmonar en paciente con shock séptico. *Rev Esp Anestesiología Reanim* 2002;49:48-50.
5. Farga V. Tuberculosis. Santiago de Chile:Publicaciones Técnicas Mediterráneas; 1992. p.37-53.
6. Díez Ruiz Navarro M, Hernández Espinosa JA, Bleda Hernández MJ, Díaz Franco A, Castells Carrillo C, Domínguez García AM, et al. Efectos del VIH y otras variables sobre el resultado del tratamiento antituberculoso en España. *Arch Bronconeumol* 2005;41(7):363-70.
7. Colebinders R, Bastron I. A review of diagnosis and treatment of smear negative pulmonary Tuberculosis. *Int J Tuber Lung Dis* 2000;4(2):97-107.
8. Kwara A, Roahen-Harrison S, Prystowsky E. Frecuente asociación entre infección por HIV y tuberculosis extrapulmonar. *Int J Tuber Lung Dis* 2005;9(5):485-93.
9. Marrero Figueroa A, Carreras Corzo L, Santón M. El programa de la Tuberculosis en Cuba. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1996;12(4):381-5.
10. Sauret Valet J. La tisis en los cubanos. *Arch Bronconeumol* 2001;37(4):212-4.
11. Calpe JL, Chiner E, Marín J, Armero V. Evolución de las características epidemiológicas de la tuberculosis en el área 15 de la comunidad valenciana en el período 1987-2001. *Arch Bronconeumol* 2005;41(3):118-24.
12. Navarrete O, Lara B, Abad A, Ramos A, Juretschke MA. Tuberculosis en la población inmigrante del área 10 de Madrid. *Arch Bronconeumol* 2004;40(2):147-8.
13. Fernández MA, Ramos L, Ruiz T. Tuberculosis extrapulmonar nuestra experiencia en 10 años. *Arch Bronconeumol* 2001;37:112-3.
14. Blanco Aparicio M, Vázquez P. Diagnóstico de la tuberculosis pleural. *Arch Bronconeumol* 2001;37(1):114.
15. Antolin García MT, García Arroyo MI, Asperilla M. Tratamiento de la tuberculosis: resultados en nuestra área de salud. *Arch Bronconeumol* 2001;37(1):113-4.
16. Valdes L, Álvarez D, San José E. Tuberculous Pleuresy. A study of 254 patients. *Arch Intern Med* 1998;158:2017-21.
17. Light RW, Ferrer J. Diagnóstico de la pleuritis tuberculosa. *Arch Bronconeumol* 1999;35:105-7.
18. Harries AD, Dermot M. TB/VIH Manual clínico para América Latina. Ginebra:OMS; 1997.
19. Ruiz E, Alegre J, Alemán C. Engrosamiento pleural residual en la pleuritis tuberculosa. Factores de riesgo. *Arch Bronconeumol* 2000;36:506-9.
20. Llaca Díaz JM, Flores Arechiga A, Martínez Guerra MG, Cantu Martínez DC. La baciloscopia y el cultivo en el diagnóstico de la tuberculosis extrapulmonar. *Rev Salud Pub Nutr* 2003;4(3):34-5.
21. García García JM. Programa de control de la tuberculosis en el área sanitaria de Aviles. *Arch Bronconeumol* 2001;37(1):148-9.
22. Midorikato M, Bobadilla del Valle M, Martínez Gamboa A, Hernández Cruz A, Ramírez Mora I, Cerón Enríquez N. Eficacia e impacto de la prueba de PCR en el diagnóstico de la tuberculosis extrapulmonar. *Rev Invest Clin* 2002;54(6):509-14.
23. Río Ramírez MT, Villena V, López A. Biopsia pleural en tuberculosis. Asociación con tamaño del derrame y fórmula leucocitaria del líquido pleural. *Arch Bronconeumol* 2001;37(1):132-3.

Recibido: 30 de enero de 2006. Aprobado: 18 de agosto de 2006.
Dr. Eberto García Silvera. Calle 28 N° 4115 e/ 41 y 43 municipio Playa, Ciudad de La Habana. Teléf.: 203 5123 Correo electrónico: ebertog@infomed.sld.cu