

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas
Salvador Allende. Hospital Neumológico Benéfico Jurídico

Neumonía tuberculosa. Presentación de caso

Tuberculous pneumonia. Case presentation

Manuel Díaz Toledo^I, Norma Fernández Olivera^{II}, Magali L. Valdés Quintana^{III}, Tatiana T. Crespo Díaz^{IV}, Reinaldo Sánchez de la Osa^V

^IEspecialista Primer Grado en Neumología y Medicina General Integral. MSc. Longevidad Satisfactoria. mdtoledo@infomed.sld.cu

^{II}Especialista Primer Grado en Neumología. Instructor. norma.fdez@infomed.sld.cu

^{III}Especialista Primer Grado en Neumología. magalislourdes@infomed.sld.cu

^{IV}Especialista Primer Grado en Neumología.

^VEspecialista Primer Grado en Imagenología. Asistente.

RESUMEN

Introducción: la Neumonía Tuberculosa es una forma infrecuente y grave de presentación de la tuberculosis pulmonar, cuyas características clínicas inducen al diagnóstico erróneo de Neumonía bacteriana, especialmente al diagnóstico de Neumonía neumocócica.

Objetivo: actualización de una entidad poco frecuente a través de la presentación de un caso con diagnóstico confirmado.

Presentación del caso: presentamos el caso de una paciente de 22 años de procedencia extranjera con el diagnóstico de neumonía tuberculosa, hospitalizada en el Servicio de Tisiología de mujeres del Hospital Neumológico Benéfico Jurídico. La paciente consultó por fiebre mayor de 38^oc, tos seca y síntomas generales. Al examen físico, se encontró un típico síndrome de condensación pulmonar. La radiografía de tórax reveló una consolidación del espacio aéreo del lóbulo superior derecho con broncograma aéreo. El hematocrito fue de 0.35%, leucocitos en cifras normales: 8x 10⁹/l, la vsg en 138 mms/h. Mantoux en 18 mm y el primer examen del esputo BAAR directo codificación 8 y cultivo 6.

Conclusiones: la paciente recibió tratamiento antituberculoso de primera línea, con magnífica respuesta clínica, radiológica y bacteriológica.

Palabras clave: neumonía, tuberculosis pulmonar, neumonía bacteriana.

ABSTRACT

Introduction: the TB pneumonia is an infrequent serious manifestation of the lung TB, whose clinical features lead to the erroneous diagnosis of bacterial pneumonia, particularly to the diagnosis pneumococcal pneumonia.

Objective: our objective was to update an infrequent entity through the presentation of a case with confirmed diagnosis.

Presentation of the case: we are presenting the case of a foreign 22-year-old female patient with TB pneumonia diagnosis who was hospitalized under the TB services for women at Hospital Neumológico Benéfico Jurídico in the TB Service. The patient had fever higher than 38°C, dry coughing, and dyspnea and symptoms in general. During the physical exam the typical syndrome of lung condensation was found. The thorax x-ray revealed a consolidation of the air space in the right high lobe with air bronchogram. The hematocrit measurement of 0.35%, leucocytes with normal count: 8×10^9 eritrosedimentation at 138 mms/h. Mantoux at 18 mm and the first sputum exam with direct BAAR with 8 coding and culture at 6.

Conclusions: patient received anti TB treatment of first line with a great clinical, radiological and bacteriological response.

Key words: pneumonia, lung TB, bacterial pneumonia.

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis, es una enfermedad que presenta distribución universal; se estima que la tercera parte de la población mundial está infestada. En los últimos años, se ha producido en el mundo la emergencia o reemergencia de eventos epidemiológicos, entre ellos el incremento de la Tuberculosis, que ha vuelto a surgir como problema sanitario de primera magnitud.^{1,2}

En nuestro país, con una tasa de incidencia de 6.5 por 100 000 habitantes se ubica entre los países con posibilidades de eliminación de la enfermedad como problema de salud. Existen formas poco frecuentes y de presentación especial de la Tuberculosis como es la Neumonía Tuberculosa, considerada la más grave y destructiva de la Tuberculosis tipo adulto, por su rápida evolución y difícil diferenciación con otros tipos de gérmenes.^{3,4}

En ocasiones, su diagnóstico es tardío precisamente por sus características clínicas y radiológicas que muchas veces inducen al diagnóstico erróneo de neumonía bacteriana. Las manifestaciones clínicas pueden oscilar desde un cuadro neumónico clásico caracterizado por expectoración frecuentemente hemoptoica, fiebre elevada y gran toma del estado general, hasta una bronconeumonía o neumonía fulminante, asociada a diseminación hematogena del bacilo con siembras bronconeumónicas agudas y progresivas, desarrollando necrosis y destrucción de los lobulillos pulmonares, síndrome de *distress* respiratorio del adulto y *shock* séptico.^{5,6,7,8}

Anatómicamente se trata de un conglomerado de lesiones bronconeumónicas granulomatosas, preferentemente de los lóbulos superiores, con gran tendencia a la necrosis caseosa y formación de cavernas. Puede comprometer desde varios segmentos hasta todo un lóbulo pulmonar.⁹

En la radiografía de tórax, aparece una condensación del espacio aéreo de uno o varios lóbulos, al inicio indistinguible de la neumonía neumocócica, pero rápidamente aparecen cavidades irregulares y múltiples. Por lo regular no se observa retracción de la cisura, sino por el contrario abombamiento.⁹

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico, la radiografía de tórax y los exámenes bacteriológicos del esputo, buscando bacilos ácido alcohol resistentes.⁹

Su evolución depende de la rapidez del diagnóstico y la terapia antituberculosa; de no ser así, comienza la aparición de lesiones destructivas del tipo cavernas, ulceraciones y nódulos. A pesar de que ahora son totalmente curables con la quimioterapia, determinan una serie de lesiones residuales que puede ser causa de complicaciones posteriores.⁹

OBJETIVO

Actualización de una entidad poco frecuente a través de la presentación de un caso con diagnóstico confirmado.

Presentación del caso

Paciente femenina de 22 años, estudiante procedente de Uruguay, con antecedentes de salud. Dos semanas antes del ingreso, comienza a presentar tos seca, fiebre de 39⁰ C de inicio súbito y síntomas generales: astenia, anorexia y pérdida de peso.

Examen Físico

Mucosas: Húmedas y normocoloreadas.

Aparato Respiratorio: Polipnea. FR. 26 por minutos. Matidez a la percusión, vibraciones vocales aumentadas, murmullo vesicular disminuido en tercio superior del hemotórax derecho y estertores crepitantes.

Resto del examen normal

Exámenes Complementarios

Hemoglobina 106 g/l Eritrosedimentación. 138 mms/h

Hematocrito 0.35%

Creatinina 72.50 umol/l

Leucograma. Leucocitos 8x 10⁹/l TGP 17 UI

P 0.75 TGO 19 UI

L 0.22

E 0.03 HIV negativo.

Mantoux. 18 mm

BAAR- D- cod. 8. cultivo Mycob. TBC cod 6.

BAAR- D- cod. 0. cultivo Mycob. TBC cod 7.

Radiografía de tórax. Consolidación del espacio aéreo con broncograma aéreo del lóbulo superior derecho, infiltrado alveolar de aspecto nodular confluyente en campo medio e inferior derecho, impresiona existir cavitaciones en las lesiones del lóbulo superior derecho (LSD). Figura 1



Figura 1. Radiografía de tórax en el momento del diagnóstico de la enfermedad.

TRATAMIENTO

Antituberculoso de primera línea: primera fase: Rifampicina 10 mg/ Kg, Isoniacida 5mg/ Kg, Pirazinamida 20 mg/ Kg y Etambutol 20 mg/ Kg, por la gravedad del caso se asoció un aminoglucósido, Amikacina 15 mg/ Kg; todo este tratamiento se utilizó durante 3 meses, de forma diaria, excepto la amikacina que se indicó durante el primer mes de tratamiento. La segunda fase: Rifampicina 10 mg/ Kg e Isoniacida 15 mg/ Kg, de forma bisemanal durante 6 meses.

Prednisona oral: 20 mg / día durante 2 meses, se redujo la dosis progresivamente hasta concluir la primera fase.

EVOLUCION

Clínica, radiológica y baciloscópica favorable. Figura 2

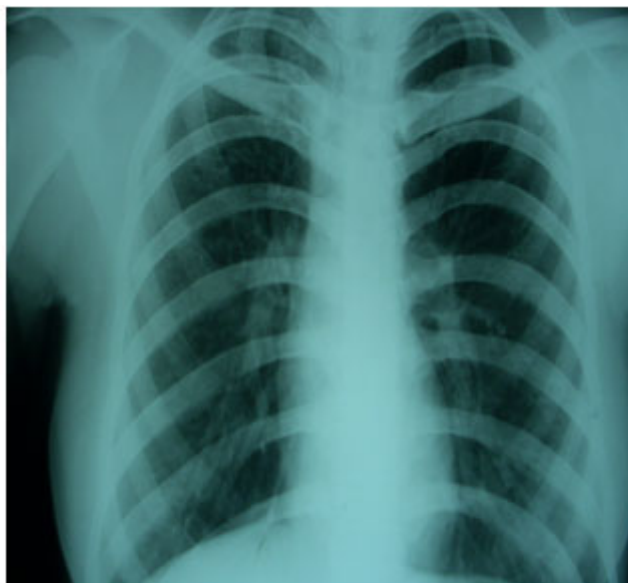


Figura 2. Radiografía de tórax después de finalizar el tratamiento antituberculoso.

DISCUSIÓN

El presente reporte presenta el caso de una Neumonía Tuberculosa, BAAR positivo, en una mujer hospitalizada en el Servicio de Tisiología de mujeres del Hospital Neumológico Benéfico Jurídico. La frecuencia de esta enfermedad no es bien conocida en nuestro medio, debido a lo infrecuente de su presentación. La edad de la paciente es de 22 años, en contraste con la mayoría de las series que describe la enfermedad predominantemente en mayores de 40 años;^{10,11} sin embargo, en un estudio peruano de Neumonía Tuberculosa, las edades predominantes oscilaron entre 15 y 33 años.¹²

En cuanto a las manifestaciones clínicas, fundamentalmente la fiebre, tos y pérdida de peso han sido descritas en otros reportes como hallazgos muy frecuentes,^{10,11,12} lo cual concuerda con nuestro caso.

Entre los hallazgos radiográficos se encontró que el lóbulo afectado fue el superior derecho, a diferencia como se describe en algunas series donde la localización más frecuente encontrada es en los lóbulos inferiores,^{11,12} aunque en la serie de Collins, *et al*, la localización más frecuente son los lóbulos superiores.¹³ El diagnóstico positivo se realizó a través del esputo BAAR, en su examen directo y cultivo, como ocurre en la mayoría de los casos de los artículos revisados.^{10,11,12,13}

La evolución clínica radiológica, fue satisfactoria, la fiebre empezó a remitir a partir del quinto día de iniciado el tratamiento antituberculoso y posteriormente ocurrió la mejoría del estado general y ganancia del peso corporal.

CONCLUSIONES

Se presentó un caso con diagnóstico confirmado de Neumonía Tuberculosa, con las características clínicas radiológicas típicas de la enfermedad, y una respuesta favorable al tratamiento.

A pesar de ser una forma grave de Tuberculosis, si se diagnostica oportunamente como en el caso que se ha presentado, el paciente puede curar satisfactoriamente, libre de secuelas y lesiones residuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coutin GM, Hernández PLG, Columbié MP. Tuberculosis Pulmonar: Análisis de la serie y obtención de pronósticos. Cuba, 1996-2006. Reporte Técnico de vigilancia. 2006; 11(5): 2-3. [Sitio en Internet] 2006 [Citado 29 abr 2010]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/vigilancia/editorial_arima.pdf
2. Lugones BM, Ramírez BM, Pichs GLA, *et al.* Apuntes históricos sobre la epidemiología, la clínica y la terapéutica de la tuberculosis en el mundo. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2007; 45 (2) [Sitio en Internet] 2006 [Citado 29 abr 2010] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032007000200007&lng=es&nrm=iso
3. Vargas Machuca R. La tuberculosis en Perú y el mundo. Diagnóstico. 2006; 14 (4): 92-105.
4. Caminero JAL. Guía de la Tuberculosis para Médicos especialistas. París: UICTER; 2003; 1: 30-31, 303-311.
5. Farga V. Tuberculosis. En: Ed- Mediterráneo. Formas especiales de la tuberculosis pulmonar. 2da edición. Santiago de Chile: 1992, p. 129-139.
6. Fraser RG, Pare JA. Diagnóstico de las enfermedades del tórax. En: Ed. Médica Panamericana. Enfermedades infecciosas de los pulmones. 3ra edición. Buenos Aires: 2007, p. 832-880.
7. A Campbell, Oumou BS. Pulmonary tuberculosis: diagnosis and treatment. BMJ. 2006; 332(75):1194-1197.
8. Vallejo E, Félix R, Mazón JJ, Fabián G. Tuberculosis. Diagnóstico postmortem y su relación con el diagnóstico clínico/Tuberculosis. Rev Méd. Hosp. Gen México: 1994; 57(4):142-145.
9. Calvo BJ, Bernal RMS, JF, Medina GJF. Tuberculosis. Diagnóstico y tratamiento. [Sitio en Internet] 2010 [Citado 15 abr 2010]. Disponible en: <http://www.neumosur.net/files/EB04-46%20TBC%20dco%20y%20tto.pdf>
10. Shi -Chiang Chang, Pui Yuen Lee. Lower lung field tuberculosis. Chest. 2008; 9 (2): 230-232.

11. Berger HW, Granada MG. Lower lung field tuberculosis. Chest. 1999; 65: 522-526.
12. Jorge Gutiérrez C, Silvia Zamudio R. Neumonía tuberculosa. Reporte de 20 casos y estudio caso-control. Acta médica peruana; 2007; XIX: 5-11.
13. Collins JA, Calderón LE, Hemoza MA, Ortiz G. Manifestaciones clínicas de la neumonía tuberculosa. Bol Soc Perú Med. Interna. 2008; 11(1)15-19.

Recibido: 15 de septiembre de 2011.
Aprobado: 10 de octubre de 2012.