

Tuberculosis palpebral en un anciano

Palpebral tuberculosis in an elderly

Dr. Eduardo Castillo Varona ¹ y MsC. Yanara Toledano Grave de Peralta ²

¹ Especialista de I Grado en Neumología. Profesor Asistente. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Neumología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructora. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un anciano de 70 años, procedente de una comunidad de Timor Leste, que acudió a la consulta donde laboraba la brigada médica cubana por presentar aumento de volumen de los párpados y ganglios cervicales desde hacía 5 meses. Teniendo en cuenta el diagnóstico clinicoepidemiológico y la respuesta al tratamiento empleado, se concluyó que se trataba de una tuberculosis palpebral; afección tan infrecuente que motivó su descripción para ser publicada.

Palabras clave: anciano, tuberculosis palpebral, brigada médica cubana, Timor Leste

ABSTRACT

The clinical case of a 70-year-old man from a community of Timor Leste is reported, who attended the outpatient department, where the Cuban medical brigade worked, due to enlargement of cervical lymph nodes and eyelids for 5 months. Taking into account the clinical epidemiological diagnosis and the response to the used treatment, it is concluded that it was palpebral tuberculosis. This affection is so uncommon that it motivated its description to be published.

Key words: elderly, palpebral tuberculosis, Cuban medical brigade, Timor Leste
Palpebral tuberculosis in an elderly

INTRODUCCIÓN

Mundialmente, la infección por *Mycobacterium tuberculosis* es la segunda causa de muerte por un agente infeccioso, después del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En la actualidad existen en el orbe 1 900 millones de personas infectadas por este bacilo, de las cuales 10 % desarrolla la enfermedad (8,2 millones de nuevos casos diagnosticados cada año) y es la causa de 7 % de todas las muertes, de manera que continúa siendo la afección con mayor impacto costo-efectividad. ^{1, 2}

La tuberculosis extrapulmonar ocurre entre 10 y 20 % del total de la tuberculosis (TB) que padecen los pacientes inmunocompetentes, aunque esta frecuencia se incrementa notablemente en aquellos con algún grado de inmunodeficiencia, por ejemplo: en los que presentan TB y síndrome de inmunodeficiencia adquirida, severamente inmunodeprimidos, que aparece hasta en 60 % de los casos.¹

Teniendo en cuenta que la tuberculosis palpebral constituye una entidad clínica infrecuente motivó a la publicación de este caso clínico diagnosticado en una comunidad de Timor Leste.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un anciano mestizo de 70 años, remitido desde su área de salud por presentar aumento de volumen de párpados y ganglios cervicales desde hacía 5 meses, en ocasiones doloroso, acompañado de escalofríos y febrículas vespertinas, que no mejoraba con el tratamiento antibiótico utilizado (ampicilina y ciprofloxacina), por lo cual fue ingresado para un mejor estudio y tratamiento. Según afirmó al personal médico, carecía de antecedentes patológicos personales y familiares.

Examen físico

- Mucosas: Normocoloreadas y húmedas.
- Tejido celular subcutáneo: No infiltrado.
- Aparato respiratorio: Murmullo vesicular normal, sin estertores, con frecuencia respiratoria de 16 latidos por minuto.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, con frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto. Tensión arterial: 100/70 mm de Hg.
- Abdomen plano y rítmico, según los movimientos respiratorios, indoloro a la palpación, con ausencia de visceromegalia y de reacción peritoneal, pero no así de ruidos hidroaéreos normales.
- Sistema nervioso central: Estaba consciente, sin signo de focalización neurológica.
- Aumento de volumen ganglionar (aproximadamente de 5 cm) en las cadenas cervical, retroauricular y submaxilar, que aunque duras, no eran pétreas, pero sí poco movibles y ligeramente dolorosas a la palpación.
- Párpados: Presencia de tumores en ambos, que rebasaban la órbita, con secreciones blancoamarillentas en el borde interno (**figura 1**).



Figura 1. Antes del tratamiento específico contra la tuberculosis

Exámenes complementarios

- Hemoglobina, hematócrito, transaminasa glutámico oxalacética, transaminasa glutámico pirúvica, creatinina, potasio, sodio, ácido úrico: todos normales
- Esputos BAAR: negativos
- Prueba del VIH: negativa
- Ecografía abdominal: imágenes negativas
- Radiografía de tórax: fibrosis apical bilateral, presumiblemente relacionada con una lesión antigua de una posible tuberculosis pulmonar

Evolución

Según su localización ocular fue clasificada como una enfermedad intraocular externa, específicamente una tuberculosis palpebral, cuyo tratamiento fue exitoso (**figura 2**).



Figura 2. Después del tratamiento específico completo.

COMENTARIOS

Los casos de TB ocular han sido analizados desde el siglo XIX. Su descripción más antigua se atribuye a Maitre-Jan, quien en 1711 detalló el caso de un paciente con una lesión en el iris, de la cual pensó que se trataba de una tuberculosis. Más tarde, en 1830, Gueneau de Mussy reconoció la presencia de tubérculos coroides en TB miliar y en 1855 Jaeger hizo la primera descripción anatómica de estos. A pesar de ello, no fue hasta 1882 que Robert Koch descubrió el bacilo causal de la TB. Un año después, Von Michel identificó plenamente, por primera vez, el microorganismo en el ojo humano y consideró a la tuberculosis como causa común de uveítis.³

La tuberculosis ocular es una entidad clínica poco frecuente (en algunas series su incidencia llega a 1 %) y su impacto no ha sido bien reconocido. Puede comprometer cualquier componente del sistema visual, desde los párpados hasta el nervio óptico. Sus presentaciones más comunes son: uveítis anterior crónica, coroiditis y escleroqueratitis. La mayoría de los pacientes con esta afección no tienen historia de enfermedad pulmonar o sistémica y hasta 50 % posee una radiografía de tórax normal. La TB palpebral es más común en niños, generalmente se presenta como un absceso frío (una masa fluctuante blanda sin inflamación aguda), como en el caso descrito, o simula un chalazión.^{3,4}

Las manifestaciones oculares asociadas a esta enfermedad pueden ser causadas por una infección activa que invade el ojo (presencia del microorganismo en los tejidos oculares) o por una reacción inmunológica de hipersensibilidad retardada tipo IV a

diversos componentes antigénicos de la propia micobacteria, en ausencia del agente infeccioso.⁴

Como señalan algunos investigadores,^{5,6} la TB ocular puede ser primaria o secundaria; en la primera de estas, el ojo ha sido la puerta de entrada de la micobacteria y no existe evidencia de infección sistémica; la segunda se define como una infección que resulta de la diseminación contigua, a partir de una estructura adyacente, o por diseminación hematógena, por ejemplo: a partir del pulmón que resulta la más común.

El diagnóstico de la tuberculosis ocular generalmente es presuntivo, se basa en la apariencia clínica, en la evaluación sistémica, en la respuesta al tratamiento y en la epidemiología del caso, pero su confirmación se hace con la detección del *Mycobacterium tuberculosis* en fluidos o tejidos.^{3,6}

En este caso, el diagnóstico se hizo teniendo en cuenta las características clinicoepidemiológicas y la respuesta al plan terapéutico empleado (categoría III de tratamiento).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caminero Luna J. Epidemiología de la tuberculosis. En: Guía de la tuberculosis para médicos especialistas. París: UICTER, 2003:25-50.
2. Álvarez Sintés R. Tuberculosis pulmonar. En: Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago EM, Batista Moliner R, Álvarez Villanueva R, *et al.* Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2001; vol 2:500-4.
3. De Benedetti M, Carranza B, Gotuzzo E, Isaías R. Tuberculosis ocular. Rev Chil Infectol 2007;24(4):284-295 <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0716-10182007000400004&script=sci_arttext> [consulta: 2 noviembre 2010].
4. Fanlo P, Tiberio G. Tuberculosis extrapulmonar. An Sis Sanit Navar 2007; 30(2):143-62 <<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol30/sup2/PDFs/10-Tuberculosis%20extrapulmonar.pdf>> [consulta: 2 noviembre 2010].
5. Baha Ali T, Allali B, Essalime K, Lamari H, Zaghloul K. Tuberculosis palpebral. Reporte de un caso. Bull Soc Belge Ophtalmol 2006;299:21-5.
6. Tenorio G, Escobedo L, Sánchez R, Cueto G. Manifestaciones oculares de la tuberculosis miliar. Consideraciones sobre cinco casos. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2002;15(3):166-171.

Recibido: 2 de diciembre del 2010

Aprobado: 16 de diciembre del 2010

Dr. Eduardo Castillo Varona. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba.