

REPORTE TÉCNICO

Tuberculosis extrapulmonar

María Teresa Milanés-Virelles, Mercedes de la Paz-García de la Osa, Graciela Gallego-Arriosa y Carmen Rodríguez-Acosta.

Hospital Neumológico Benéfico Jurídico. Calzada del Cerro No. 1652 entre Lombillo y la Rosa, Cerro, La Habana, Código Postal 12000, Cuba. dirhbj@infomed.sld.cu

Recibido: 25 de mayo de 2013.

Aceptado: 25 de mayo de 2013.

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa cuyo agente causal es el *Mycobacterium tuberculosis*, el cual desde las fases iniciales de su agresión al organismo humano puede producir diseminaciones por vía linfática o hematológica a cualquier órgano o tejido del organismo.

La localización pulmonar es la más frecuente, pero no constituye la única, ya que el agente puede penetrar al organismo por distintas puertas de entrada.¹

La tuberculosis extrapulmonar constituye alrededor del 20 % de todos los casos de esta enfermedad, pero esta proporción tiende a aumentar a medida que disminuye la incidencia de la localización pulmonar.

La regla es que evoluciona con menor cantidad de bacilos que la forma pulmonar, pero el daño que determina, al asentarse en tejidos especialmente vulnerables, puede ser considerable.

Todas las formas de tuberculosis extrapulmonar prácticamente derivan de las siembras hematológicas secundarias a la primoinfección.²

La frecuencia de presentación varía según la edad, la raza, los distintos momentos epidemiológicos y la patogenia. Los métodos de diagnóstico son diferentes a la tuberculosis pulmonar, pues el diagnóstico de esta entidad plantea problemas especiales por la combinación de poblaciones bacilares reducidas y asentadas en órganos relativamente inaccesibles lo que hace difícil la confirmación bacteriológica. Esto obliga a recurrir con frecuencia a biopsias u otros procesos invasivos.³

Al existir menor frecuencia de estas localizaciones, son menos familiares para un amplio número de especialistas, con el consiguiente retardo diagnóstico, lo que lleva a que el proceso se extienda en el órgano afectado y que sea más difícil su curación y que además, aparezcan severas complicaciones.³

El tratamiento de la tuberculosis extrapulmonar es el convencional para la tuberculosis, solo que en dependencia de la localización será individualizado, variando la cantidad y tiempo de los medicamentos a utilizar, la utilización de corticosteroides y en los casos que así lo requieran, el empleo de la cirugía correctiva.^{4,5}

Existen como posibles consecuencias, las reinfecciones, pero son menos probables que en las formas pulmonares, ya que esta es bacilífera y su transmisión es principalmente por vía aérea, aumentando el riesgo de contaminación.^{4,5}

A pesar de la poca frecuencia de las localizaciones extrapulmonares, las diferentes especialidades deben pensar en la presencia de la tuberculosis en cualquier órgano, por

tanto, se deben utilizar las herramientas requeridas en cada caso para el diagnóstico oportuno y lograr un mejor pronóstico del enfermo.

Presentación de dos casos

Caso 1

Paciente de la raza blanca, masculino, de 36 años de edad, que ingresó por presentar aumento de volumen de testículos, dolor, enrojecimiento local y fiebre alta.

Historia de la enfermedad actual

Paciente sano hasta un mes antes, momento en el que comienza con aumento de volumen doloroso de los testículos y fiebre alta.

Al examen físico se encontró aumento del volumen del epidídimo izquierdo y se palpó tumoración dolorosa acompañada de otros signos inflamatorios. Fue tratado con varios tratamientos sin lograrse mejoría alguna.

Los estudios complementarios de hematología, química sanguínea, orina y heces fecales aportaron resultados normales. En la radiografía del tórax posteroanterior, se evidenció aumento de la transparencia pulmonar, acentuación de la trama broncovascular en hilios y bases, así como área cardíaca dentro de límites normales.

Estudiado por Urología, mediante escrototomía exploradora y biopsia de la tumoración, se comprobó la presencia de tuberculosis testicular (Fig. 1).



Fig. 1. Tuberculosis extrapulmonar. Caso de tuberculosis testicular.

El enfermo recibió el tratamiento normado y además, corticosteroides. Su evolución fue satisfactoria.

La primera localización genital de la infección fímica suele ser en el adulto, la epididimaria, mientras que en el niño, es la testicular.

Las vías por las cuales el bacilo de Koch puede llegar a las glándulas genitales son: la hemática que es la más frecuente y la canalicular.

La sintomatología se presenta según si la forma es aguda o crónica.

En la presentación aguda hay dolor intenso, de aparición brusca a nivel del testículo afectado, con presencia de coloración rojo violácea y edema del escroto, acompañada de síntomas generales tales como fiebre, malestar general. En los días posteriores, aparecen nudosidades a nivel de la cola del epidídimo.

En la forma crónica, el comienzo es insidioso, no hay dolor sino sensación de pesantez, molestia en una de las glándulas y se evidencia al examen físico, aumento de volumen del epidídimo, con nudosidades sobre todo, a nivel de la cola. Las lesiones se abren al exterior y dan lugar a una o más fístulas de bordes violáceos e irregulares.

Caso 2

Paciente de 32 años. Masculino, mestizo, que se ingresa por dolor, distensión abdominal, fiebre y toma del estado general.

Historia de la enfermedad

Paciente con antecedentes de salud hasta aproximadamente 2 meses antes en que empezó a presentar trastornos dispépticos. Posteriormente, comenzó a presentar fiebre, dolor y distensión abdominal, astenia, anorexia y pérdida de peso.

El examen físico demostró un abdomen distendido, empastado, doloroso a la palpación e irregular con varias masas palpables.

Los estudios complementarios de hematología y química sanguínea aportaron resultados normales, excepto para la eritrosedimentación, que resultó de 94.

El estudio del líquido ascítico reveló que se trataba de un exudado con celularidad predominante de linfocitos.

Se intentó realizar una laparoscopia, pero no resultó útil por la existencia de múltiples adherencias.

El examen por tomografía axial computadorizada y ultrasonido abdominal reveló la ocurrencia de ascitis multiloculada con ocupación del hipogastrio y del flanco derecho, así como la presencia de grupos de asas intestinales apelotonadas con plastrón hacia el hemiabdomen izquierdo con pobre peristaltismo.

La laparotomía exploradora demostró la presencia de líquido ascítico amarillo cetrino y de asas apelotonadas y en bloques cubiertas todas por múltiples lesiones vesiculares del tamaño de un grano.

La biopsia confirmó una tuberculosis peritoneal.

La coloración de Ziehl Nielsen resultó positiva.

Se impuso tratamiento con las cuatro drogas antituberculosas, asociadas a corticosteroides y antibióticos de amplio espectro.

La evolución del paciente resultó favorable. Al término, se le dio el alta curado.

La tuberculosis peritoneal constituye las 2/3 partes de la tuberculosis abdominal, que primeramente ocurrirá en peritoneo en el 35 a 58 % de los pacientes. La afectación secundaria puede ocurrir por extensión directa (rotura de un linfático o perforación en el tracto intestinal, por diseminación hematológica o linfática.

Los síntomas son inespecíficos, y el hallazgo más frecuente es la ascitis, con elevado contenido proteico y leucocitos con predominio linfocitario. Se puede visualizar afectación mesentérica y del epiplón, que puede aparecer aumentando la densidad o con masas sólidas que reemplazan al epiplón.

Por la localización que afecta, resulta necesaria la intervención quirúrgica, sobre todo, en los casos de obstrucción intestinal.

La serosa peritoneal puede ser asiento de lesiones tuberculosas, las cuales son secundarias a otra localización de la infección.

Múltiples factores han sido señalados como las condicionales de su aparición, entre ellos, el agotamiento físico, la hipoalimentación, los trastornos endocrinos, las enfermedades infecciosas agudas, etc.

La sintomatología varía según la variedad anatomopatológica de la peritonitis tuberculosa:

a) La ascética está dada por fiebre, trastornos gastrointestinales (diarreas, dolores abdominales, constipación, meteorismo, distensión abdominal, inapetencia, adelgazamiento y se constata ascitis).

b) La ulcerocaseosa está dada por fiebre, sudores nocturnos, anorexia, astenia marcada, adelgazamiento, trastornos abdominales (diarreas, meteorismo, borborigmos, constipación, etc.). Al examen físico: masas en forma de tumores duros.

c) La fibroadhesiva está dada por dolores, episodios de obstrucción intestinal (náuseas, vómitos, meteorismo, dolor, constipación, no expulsión de gases).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rey AJ, Julio C, Pangas R, Masse J. Tratado de fisiología. 8va. Edición. Buenos Aires: Editorial Florida; 340. 1959p.158-203.
2. Palomino JC, Cardoso L, Silva RU. (ed.) Tuberculosis 2007. From Basic Science for patient, 2007.
3. Farga C., Victorino D. Tuberculosis. 2da. Edición. Santiago de Chile: 1992. p.67-74.
4. Caminero J. Guía de la Tuberculosis para Médicos Especialistas. París. UICTER. p. 140-201.
5. Navarro P, Rodríguez de Castro F. Manual de Enfermedades Respiratorias. 2da. Edición. Paris. UICTER. España: Septiembre de 2005. p.311-335.
6. Colectivo de autores: Guías latinoamericanas de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. ALAT.