

Rara presentación de tuberculosis. Afectación miliar en paciente inmunocompetente

F. L. LADO LADO, M. PÉREZ HERBÓN, I. RODRÍGUEZ CONSTENLA, R. DE LA FUENTE CID, M. J. FERREIRO REGUEIRO, I. RODRÍGUEZ LÓPEZ

Servicio de Medicina Interna. Departamento de Medicina. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. A Coruña

A RARE PRESENTATION OF TUBERCULOSIS. MILIARY TB IN AN IMMUNOCOMPETENT PATIENT

RESUMEN

En la actualidad, la TB miliar tiene una mayor incidencia en edades avanzadas y en pacientes inmunodeprimidos siendo excepcional en adultos jóvenes. Presentamos el caso de una tuberculosis miliar que fue diagnosticada, en una paciente joven inmunocompetente, sin necesidad de realizar pruebas invasivas. Comentamos las peculiaridades clínicas y diagnósticas de esta entidad.

PALABRAS CLAVE: Tuberculosis. Miliar. TAC de alta resolución. Inmunodepresión.

ABSTRACT

Currently, miliary TB has a higher incidence among the elderly and immunodepressed patients, and exceptionally in young adults. A case of miliary tuberculosis was diagnosed in a young immunocompetent patient without using invasive techniques. The clinical and diagnostic implications will be discussed.

KEY WORDS: Tuberculosis. Miliary. High resolution CT. Immunodepression.

Lado Lado FL, Pérez Herbón M, Rodríguez Constenla I, De La Fuente Cid R, Ferreiro Regueiro MJ, Rodríguez López I Rara presentación de tuberculosis. Afectación miliar en paciente inmunocompetente. An Med Interna (Madrid) 2003; 20: 526-528.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis miliar representa una entidad poco frecuente dentro de las formas de presentación extrapulmonar de la tuberculosis (TB) en pacientes inmunocompetentes. En nuestro medio, en el que existe una elevada incidencia de tuberculosis, constatamos una tasa del 4,6%. Sin embargo, en los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), esta cifra oscila entorno a un 10% (1-3). En la actualidad, la TB miliar tiene una mayor incidencia en edades avanzadas y en pacientes inmunodeprimidos, siendo excepcional en adultos jóvenes (4-6). En este sentido, las causas más usuales de inmunodepresión se relacionan con: alcoholismo crónico, cirrosis hepática, tratamiento inmunosupresor, diabetes, neoplasias malignas, insuficiencia renal crónica y, en los últimos años, la infección por el VIH (4,5,7).

Presentamos el caso de una tuberculosis miliar muy florida que fue diagnosticada en una paciente joven inmunocompetente.

CASO APORTADO

Se trataba de una mujer de 19 años de edad sin antecedentes de interés. Ingresó, en nuestro centro hospitalario, tras presentar un cuadro clínico, de tres semanas de evolución, de malestar general, tos seca, fiebre (39 °C), sudoración nocturna, anorexia y adelgazamiento de 8 kg. En la exploración física impresionaba de afectada con fiebre (Tª de 39,3°C), taquipnea (28 rpm), disminución global del murmullo vesicular y crepitantes bibasales.

En las pruebas complementarias destacaba hipoxemia (pO₂ de 53 mmHg), neutrofilia (83%N) y desviación izquierda (20% Cay), con recuento de leucocitos dentro de la normalidad, VSG de 24 mm a la primera hora, protrombina 77%, Albúmina 3,8 g/dL, Bilirrubina total 1,6 mg/dL y Na 129 mEq/L. El resto de los parámetros bioquímicos, del hemograma y de la coagulación fueron normales. En el estudio de hierro, proteinograma, determinación de inmoglobulinas -incluida la IgE-, alfa 1 antitripsina y de la enzima convertora de la angiotensina no se hallaron alteraciones. Las serologías frente al VIH-1 y 2 fueron negativas. La prueba de la tuberculina con 2 UT de PPD RT23 resultó negativa. En la radiología de tórax se evidenció un patrón intersticial micronodular diseminado (Fig. 1), que se confirmó en el Tac torácico, sin observarse adenopatías (Fig. 2). En el análisis de

Trabajo aceptado: 6 de marzo de 2003

Correspondencia: F. L. Lado Lado. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Galeras, s/n. 15706 Santiago de Compostela. A Coruña. e-mail: flladol@usc.es.

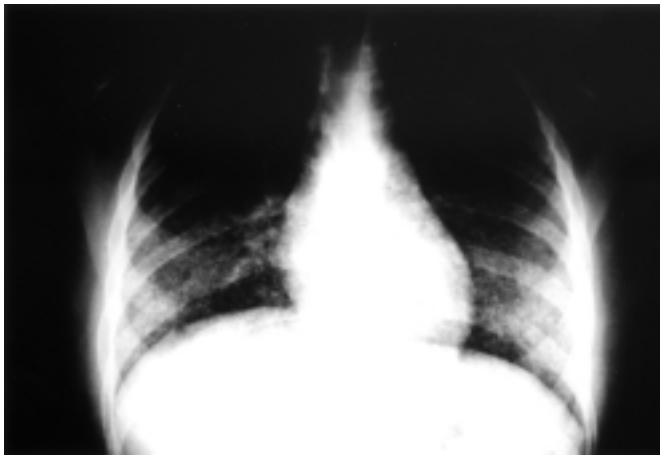


Fig. 1. Radiología de tórax que muestra patrón intersticial micronodular diseminado.

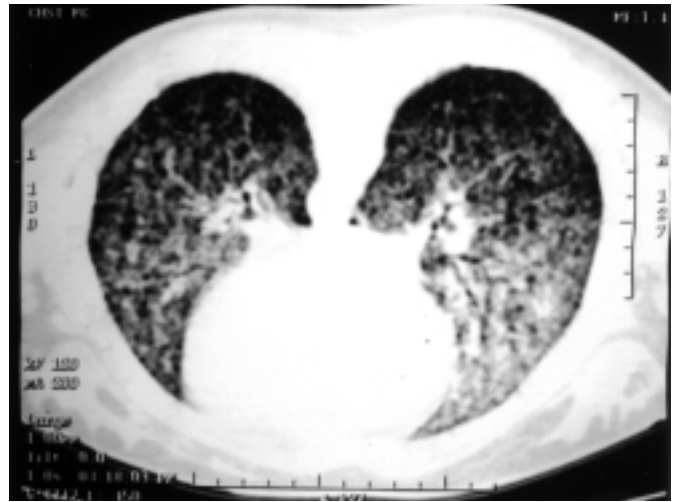


Fig. 2. TAC torácico que muestra enfermedad pulmonar difusa miliar.

esputo, obtenido por inducción, mediante la tinción auramina rodamina fue positivo para BAAR (1-10 bacilos por campo), con posterior confirmación de *Mycobacterium tuberculosis* en medio de Löwenstein Jensen.

Se inició tratamiento, según dosis ajustadas al peso corporal, con Isoniacida (300 mg/día), Rifampicina (600 mg/día), Piracina-mida (1.500 mg/día) y Etambutol (1.200 mg/día) durante dos meses, y luego se continuó con los dos primeros fármacos a las mismas dosis hasta completar un total de nueve meses. El tratamiento fue bien tolerado y no se constató la presencia de efectos secundarios, evolucionando con muy buena respuesta clínica y radiológica.

DISCUSIÓN

El mecanismo de desarrollo de la tuberculosis miliar es por diseminación hematológica. Clínicamente, se presenta con síntomas inespecíficos de fiebre que, en ocasiones, puede adquirir características de origen desconocido, sudoración, cansancio, anorexia, pérdida de peso, disnea, tos, hepatomegalia, esplenomegalia o estado confusional; Tampoco resulta extraño que se muestre, de forma asociada, meningitis tuberculosa (4,8,9). En nuestro caso, comprobamos una sintomatología similar a la descrita, con fiebre y sintomatología constitucional y respiratoria pero no encontramos clínica que nos hiciera sospechar localización meníngea.

En lo que respecta al diagnóstico, los hallazgos de laboratorio suelen ser inespecíficos, con descripción de alteraciones hematológicas y elevación de la fosfatasa alcalina relacionada con supuesta granulomatosis hepática (4,9,10). Las pruebas de imagen (Rx, TAC torácico), que revelan la aparición de un patrón radiológico miliar, adquieren una importancia significativa para la sospecha diagnóstica de la enfermedad.

También, debemos matizar que, en la radiografía de tórax, el patrón miliar no está presente en todos los casos y que la anergia cutánea es habitual en estos pacientes (4,5,8). La TAC de alta resolución es más sensible que la radiología

aunque las imágenes observadas no son patognomónicas de esta entidad. En este sentido, los hallazgos radiológicos consisten en la aparición de unos pequeños nódulos de tamaño inferior a 5 mm y, según su distribución, el diagnóstico diferencial puede ser muy amplio (11-13).

Por ello, es necesaria la realización de estudios microbiológicos e histológicos para la confirmación del diagnóstico. Así, podemos descartar otros procesos muy diversos tales como panbronquiolitis, micosis, neumooniosis, neumonitis por hipersensibilidad, linfangitis carcinomatosa, sarcoidosis o linfoma no Hodgkin (11,12).

Cuando no es posible acceder a una muestra biológica se deben realizar biopsias y llevar a cabo estudios microbiológicos e histológicos. Se ha descrito una elevada rentabilidad diagnóstica en el estudio histopatológico de biopsia hepática, de médula ósea y en la transbronquial (4,5,9,10).

El hecho de que la rentabilidad del esputo sea menor en la TB no cavitaria, obliga a la recogida de muestras respiratorias por otros métodos, en ocasiones, agresivos con el fin de confirmar la presencia de bacilos tuberculosos (14,15). En el presente caso, tuvimos la oportunidad de obtener una muestra respiratoria mediante inducción del esputo que fue fundamental para el diagnóstico, evitando así la realización de pruebas invasivas.

La importancia diagnóstica de esta entidad radica en que, por sí misma, es potencialmente curable con el tratamiento habitual. Su índice de mortalidad, nada despreciable, oscila entre el 18 y 24% y se ha relacionado con una demora en el diagnóstico y, por tanto, en el tratamiento (5,9,10).

En resumen, podemos concluir que, a pesar de su baja frecuencia y ante la presencia de un patrón radiológico miliar, debe tenerse en cuenta, entre otras entidades, la tuberculosis miliar, especialmente en áreas en las que existe una alta incidencia de tuberculosis. En estas situaciones, es primordial la realización de los estudios pertinentes para establecer el diagnóstico definitivo y no demorar el tratamiento.

Bibliografía

1. Lado Lado FL, Barrio Gómez E, Carballo Arceo E, Cabarcos Ortiz de Barrón A. Clinical presentation of tuberculosis and the degree of immunodeficiency in patients with HIV infection. *Scand J Infect Dis* 1999; 31: 387-91.
2. Lado Lado FL, Túñez Bastida V, Golpe Gómez AL, Ferreiro Regueiro MJ, Cabarcos Ortiz de Barrón A. Tuberculosis extrapulmonar en nuestro medio. Formas de presentación. *An Med Interna (Madrid)* 2000; 17: 637-41.
3. Salgueiro Rodríguez M, Zamarrón C, González Barcala J, Vilas Iglesias A, Suárez Antelo J, Durán Rovas JL, et al. Estudio epidemiológico de la tuberculosis en el área sanitaria de Santiago de Compostela durante los años 1995, 1996, 1997 y 1998. *An Med Interna (Madrid)* 2001; 18: 20-3.
4. De Miguel J, Encinar L, Villanueva R, Garcia Rego J, Freire R, Diz Lois F. Tuberculosis miliar en adultos. Estudio en 67 pacientes. *An Med Interna (Madrid)* 1990; 7: 5-12.
5. Kim JH, Langston AA, Gallis HA. Miliary tuberculosis: epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, and outcome. *Rev Infect Dis* 1990; 12: 583-90.
6. Rieder HL, Snider DE, Cauthen GM. Extrapulmonary tuberculosis in the United States. *Am Rev Respir Dis* 1990; 141: 347-51.
7. Veiga González M, Riestra Martínez M, Fresno Forcelledo M, González González M, Ablanado Ablanado P, Herrero Zapatero A. Tuberculosis miliar. Estudio autopsico de 29 casos. *An Med Interna (Madrid)* 1995; 12: 17-20.
8. Álvarez S, McCabe WR. Extrapulmonary tuberculosis revisited: a review of experience at Boston city and other hospitals. *Medicine* 1984; 63: 25-55.
9. Mert A, Bilir M, Tabak F, Ozaras R, Ozturk R, Senturk H, et al. Miliary tuberculosis: clinical manifestations, diagnosis and outcome in 38 adults. *Respirology* 2001; 6: 217-24.
10. Maartens G, Willcox PA, Benatar SR. Miliary tuberculosis: rapid diagnosis, hematologic abnormalities, and outcome in 109 treated adults. *A, J Med* 1990; 89: 291-6.
11. Hong SH, Im JG, Lee JS, Song JW, Lee HJ, Yeon KM. High resolution CT findings of miliary tuberculosis. *J Comput Assist Tomogr* 1998; 22: 220-4.
12. Lee KS, Kim TS, Han J, Hwang JH, Yoon JH, Kim Y, Yoo SY. Diffuse micronodular lung disease: HRCT and pathologic findings. *J Comput Assist Tomogr* 1999; 23: 99-106.
13. Voloudaki AE, Tritou IN, Magkanas EG, Chalkiadakis GE, Siafakas NM, Gourtsoyiannis NC. HRCT in miliary lung disease. *Acta Radiol* 1999; 40: 451-6.
14. Barnes PF, Verdegem TD, Vachon LA, Leedom JM, Overturf GD. Chest roentgenogram in pulmonary tuberculosis. New data and old test. *Chest* 1988; 94: 316-20.
15. Lado Lado FL, Barrio Gómez, Cabarcos Ortiz de Barrón A, Carballo Arceo E, Sánchez Leira J, Pérez del Molino ML, Antúnez López JR. Tuberculosis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Presentación clínica y diagnóstico. *An Med Interna (Madrid)* 1998; 15: 415-20.