

Tuberculosis endobronquial con estenosis completa del bronquio fuente

Endobronchial tuberculosis with complete stenosis of the source bronchus.

Javier H. Usme Monje¹, Diana de la Hoz Díaz-Granados², Diego F. Severiche Bueno³, Nelson Páez Espinel⁴

Resumen

Mujer de 75 años con historia de tres meses de tos y TAC de tórax con evidencia de atelectasia completa del pulmón derecho, asociada a derrame pleural; se diagnosticó una tuberculosis pulmonar mediante PCR y baciloscopia positiva. Fue llevada a broncoscopia donde se visualizó estenosis completa del bronquio fuente derecho por membranas cicatriciales.

Palabras clave: tuberculosis; estenosis; atelectasia pulmonar.

Abstract

75-year-old woman with a three-month history of cough and a chest CT scan showing complete atelectasis of the right lung, associated with pleural effusion. Additional studies led to a diagnosis of pulmonary tuberculosis confirmed by PCR and positive bacilloscopy. She underwent bronchoscopy, which revealed complete stenosis of the right main bronchus due to scar tissue membranes.

Keywords: stenosis; Mycobacterium tuberculosis; pulmonary atelectasis

Introducción

En el espectro de las manifestaciones de infección por tuberculosis, el compromiso endobronquial se caracteriza por la evidencia de un compromiso

¹Fundación Neumológica Colombiana. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5941-5647>

²Fundación Neumológica Colombiana. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3580-9661>

³Universidad de la Sabana. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0976-3093>

⁴Fundación Neumológica Colombiana. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7847-7835>

Autor de correspondencia:
Diego F. Severiche Bueno
Correo electrónico: dfseveriche@neumologica.org

infeccioso microbiológico e histopatológico del árbol traqueobronquial (1). La tuberculosis endobronquial puede presentarse hasta en el 54 % de los casos, siendo más común en mujeres con más de cuatro semanas de síntomas y sin antecedentes de tuberculosis (2). Los estudios imagenológicos (tomografía computarizada) pueden sugerir un compromiso inflamatorio o estenótico de las paredes de la tráquea y los bronquios, así como compresión extrínseca de la pared traqueobronquial por adenopatías (3). Sin embargo, la valoración mediante broncoscopia nos permite clasificar este compromiso según el grado de inflamación y estenosis (4,5).

Presentación de caso

Mujer de 75 años que acudió a la consulta por un cuadro clínico de tres meses de evolución consistente

en disnea, que se asoció a tos con expectoración y pérdida de peso no cuantificada. En la radiografía de tórax realizada en el momento de la valoración inicial, se observó atelectasia completa del pulmón derecho e hiperinsuflación del pulmón contralateral. Por lo anterior, se realizaron estudios del esputo, en los que se diagnosticó tuberculosis pulmonar por PCR y baciloscopia positiva en el esputo. La tomografía mostró amputación del bronquio fuente derecho, por lo que se consideró ampliar el estudio mediante broncoscopia, la cual evidenció una estenosis completa del bronquio fuente derecho debida a membranas cicatriciales (Figura 1). Se discutió el caso y, dado que no era candidata para la recanalización por vía endoscópica, se consideró realizar un seguimiento clínico junto con el inicio del tratamiento con tetraconjugado. Actualmente la paciente se encuentra en la primera fase de tratamiento antituberculoso, con una disminución de los síntomas respiratorios.

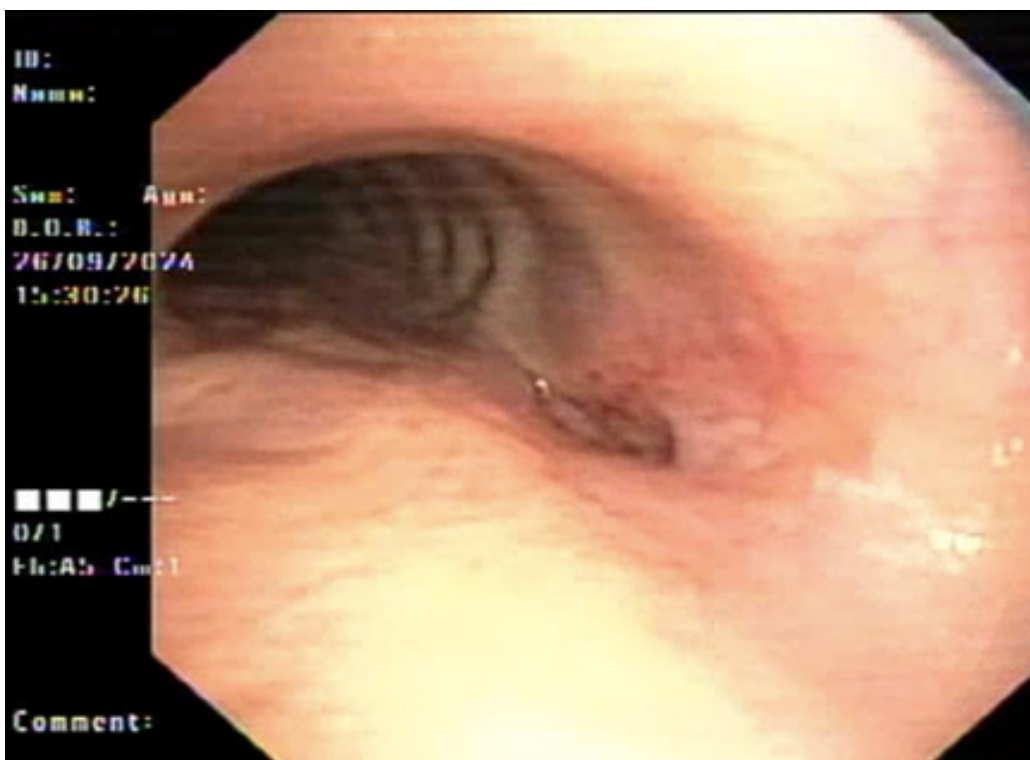


Figura 1. Broncoscopia que evidenció una estenosis completa del bronquio fuente derecho.

Discusión

La tuberculosis traqueobronquial es más frecuente en las mujeres, hecho que se puede explicar en parte porque tienen diámetros menores en el árbol bronquial (6). La estenosis suele desarrollarse a partir de úlceras bronquiales que tienen tres estadios: activo (estadio A), de curación (estadio H) y de cicatrización (estadio S). La tuberculosis traqueobronquial suele afectar al bronquio fuente derecho y al bronquio para el lóbulo superior derecho (7). Se han descrito seis subtipos a partir del estudio de Chung y cols., siendo el tipo IV el de fibroestenosis (8).

En este escenario, aparte del manejo con tetraconjugado, se puede considerar el uso de corticoides, aunque su uso está respaldado por pruebas contradictorias (9,10). Se han descrito diferentes terapias para lograr la permeabilización de la vía aérea, entre las que se incluyen la dilatación neumática, la colocación de stent, la resección con láser o argón plasma y la crioterapia. En casos graves o con estenosis refractaria se debe considerar el manejo quirúrgico, que se debe individualizar según el grado de la estenosis y las secuelas del parénquima pulmonar, dado que el manejo puede abarcar desde una broncoplastia hasta una pneumonectomía (7,11).

La identificación temprana del compromiso endobronquial es fundamental para realizar una intervención terapéutica endoscópica temprana y aumentar las probabilidades de éxito. Por este motivo, se debe realizar un seguimiento microbiológico y radiológico durante los primeros meses de tratamiento, identificando a aquellos pacientes que necesitan una evaluación endoscópica complementaria.

Referencias

1. Shahzad T, Irfan M. Endobronchial tuberculosis-a review. *J Thorac Dis.* 2016 diciembre;8(12):3797-802. doi: 10.21037/jtd.2016.12.73
2. Jung SS, Park HS, Kim JO, Kim SY. Incidence and clinical predictors of endobronchial tuberculosis in patients with pulmonary tuberculosis. *Respirology.*

- 2015 abril;20(3):488-95. doi: 10.1111/resp.12474
3. Kashyap S, Mohapatra PR, Saini V. Endobronchial tuberculosis. *Indian J Chest Dis Allied Sci.* 2003;45(4):247-56. PMID: 12962459
4. Chung HS, Lee JH. Bronchoscopic Assessment of the Evolution of Endobronchial Tuberculosis. *CHEST.* 2000 febrero;117(2):385-92. doi: 10.1378/chest.117.2.385
5. Rikimaru T. Endobronchial tuberculosis. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2004 abril;2(2):245-51. doi: 10.1586/14787210.2.2.245
6. Acuña Pinzon CL, Nieves Condo JF, Cethorth Fonseca RK, Ortiz-Ledesma C, Narváez Fernández S. Main Bronchus Stenosis Due to Tuberculosis and Ogilvie's Syndrome: A Case Report of Two Unusual Diseases in the Same Patient. *Cureus.* 2021 Dec 14;13(12):e20420. doi: 10.7759/cureus.20420. PMID: 35047259; PMCID: PMC8759708.
7. Siow WT, Lee P. Tracheobronchial tuberculosis: a clinical review. *J Thorac Dis.* 2017;9(1):E71-E77. doi:10.21037/jtd.2017.01.49
8. Chung HS, Lee JH. Bronchoscopic assessment of the evolution of endobronchial tuberculosis. *Chest.* 2000;117(2):385-392. doi:10.1378/chest.117.2.385
9. Shim YS. Endobronchial tuberculosis. *Respirology.* 1996;1(2):95-106. doi:10.1111/j.1440-1843.1996.tb00017.x
10. Chung HS, Lee JH. Bronchoscopic Assessment of the Evolution of Endobronchial Tuberculosis. *CHEST [Internet].* 2000 febrero;117(2):385-92. Disponible en: [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(15\)48626-X/abstract](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(15)48626-X/abstract)
11. Cho YC, Kim JH, Park JH, et al. Tuberculous Tracheobronchial Strictures Treated with Balloon Dilatation: A Single-Center Experience in 113 Patients during a 17-year Period. *Radiology.* 2015;277(1):286-293. doi:10.1148/radiol.2015141534