

Tuberculosis endobronquial de aspecto tumoral

Gustavo Adolfo Hincapié D., M.D¹; Carlos Fidel Tirado Ch., M.D²

RESUMEN

La Tuberculosis Endobronquial (TBEB) puede presentarse en varias formas incluyendo ulceración, hiperemia, tejido de granulación y tumor. Presentamos el caso de un hombre que consulta por hemoptisis, en quien el hallazgo endoscópico fue una lesión tumoral, similar a cáncer pulmonar. El estudio histopatológico reporta granuloma de caseificación con coloración de ZN positiva compatible con TBEB.

ABSTRACT

Endobronchial tuberculosis TB can be present in various forms including ulceration, hyperemia and granulation tissue and rarely as tumor lesion. We present a case of a man who presented hemoptysis and his fibrobronchoscopy finding was a endobronchial tumor mimicking lung cancer. The histology of the tumor showed caseating granuloma and ZN coloration was positive, then endobronchial TB diagnosis was done.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de tuberculosis afecta todos los órganos del sistema respiratorio, incluyendo la tráquea y bronquios. La Tuberculosis Endobronquial (TBEB) sigue siendo un problema por lo siguiente: 1-. Frecuentemente se retrasa el diagnóstico, porque la baja incidencia de la misma hace que la sospecha de la enfermedad sea menor. 2-. Induce broncoestenosis por la ineficacia de los medicamentos antituberculosos. 3-. Generalmente se confunde con otras enfermedades que causan obstrucción bronquial, como asma, cuerpo extraño endobronquial, o neoplasia endobronquial. En la actualidad la reemergencia de la TB debida a la infección por VIH se relaciona con aumento de la incidencia de TBEB.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un hombre de 56 años quien es remitido al servicio de neumología por hemoptisis.

Tiene historia de aproximadamente tres meses de tos con expectoración hemoptoica que aumentó en intensidad y frecuencia, por lo cual decide consultar a un centro de primer nivel, recibiendo inicialmente cefalosporina de 2^a generación y broncodilatadores sin mejoría y con aumento de la hemoptisis. Refiere que la tos se exacerba con el frío y la expectoración hemoptoica se ha hecho cada vez más frecuente.

Niega pérdida de peso, fiebre, sudoración nocturna y/o disnea, sin embargo, reconoce algo de astenia y adinamia en el transcurso de los días.

No es fumador, ingiere alcohol en forma muy ocasional.

No refiere recibir ningún medicamento y no se conoce diabético.

No tiene antecedente de cirugías y no ha tendido enfermedades pulmonares o cardiovasculares.

Al examen físico se encuentra un paciente en buen estado nutricional de contextura delgada, sin disnea ni tos durante el examen. Los signos vitales son normales y el examen pulmonar es normal.

Radiografía de tórax tiene atelectasia lineal en hemitórax izquierdo. El resto del parénquima pulmonar es normal. Figura 1.

Baciloscopia negativa para bacilos ácido alcohol resistente.

Curva flujo-volumen con alteración ventilatoria obstructiva moderada. Difusión (DLco) normal.

TAC de tórax: Normal (Figura 2).

¹ Jefe servicio de Neumología, Hospital Militar Central

² Neumólogo - Hospital Militar Central.

Correspondencia: gahincapie@cablenet.co

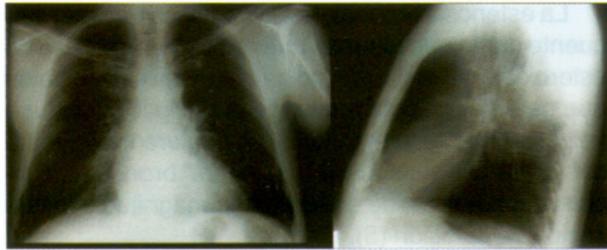


Figura 1. Radiografía de tórax: normal.

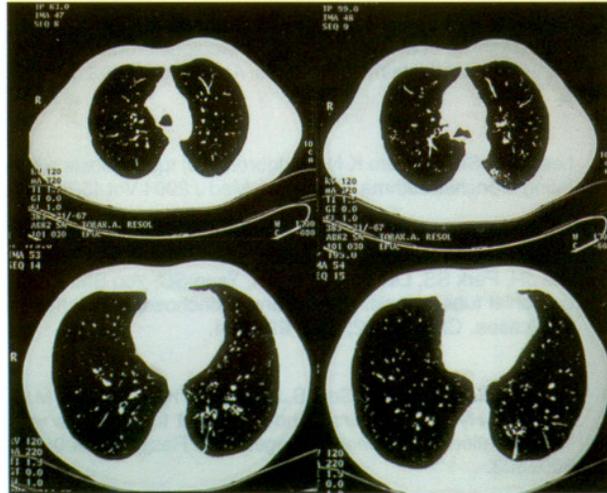


Figura 2. TAC de tórax: normal.

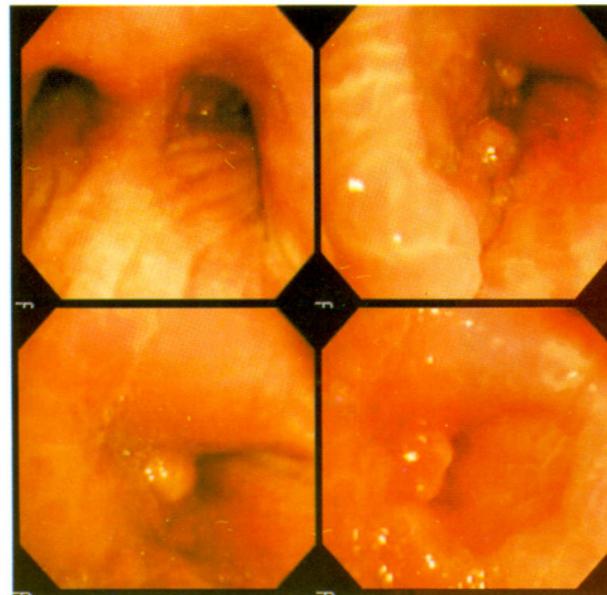


Figura 3. Fibrobroncoscopia. Se observa disminución de la luz en el bronquio fuente derecho. Al acercamiento hay una lesión de aspecto tumoral brillante que obstruye parte de la luz y al fondo mucosa bronquial edematosa y deformada que causa estenosis de la luz en más del 90%.

Se realiza fibrobroncoscopia en la que se encuentran lesiones descritas en la Figura 3.

DISCUSIÓN

La TBEB fue una enfermedad frecuente en la era preantibiótica. Se reportaron algunos casos por hallazgos de broncoscopia rígida, o por hallazgo de autopsia. Muchos de estos pacientes cursaban con tuberculosis pulmonar, principalmente TB cavitaria, siendo el diagnóstico relativamente fácil (1).

En la actualidad este diagnóstico no es frecuente y cuando se presenta puede incluso confundirse con otras enfermedades lo que generalmente retrasa el diagnóstico (2, 3).

Existen varias presentaciones endoscópicas de TBEB (4, 5).

1. TBEB activamente caseificante.

Se presenta con mucosa bronquial edematosa, hiperémica y cubierta en forma difusa con material caseoso. Usualmente se acompaña de estenosis bronquial presentando fibro-estenosis bronquial como secuela, si no hay tratamiento adecuado.

2. TBEB hiperémica – Edematosa.

La luz se ve obstruida por un edema severo de la mucosa, el cual está rodeado de hiperemia. No se observa material caseoso. A pesar de tratamiento suelen cursar con estenosis bronquial. Por la magnitud de la estenosis en algunos casos no es fácil tomar la biopsia bronquial.

3. TBEB tumoral.

Su característica endoscópica es una masa endobronquial, en cuya superficie puede encontrarse material caseoso. Frecuentemente se confunde con cáncer pulmonar, ya que si se presenta obstrucción bronquial completa suele presentar anomalías en las imágenes. La evolución es incierta, pero puede ocurrir estenosis bronquial. En algunos casos se ha descrito la aparición de nuevas lesiones tumorales en otros segmentos.

4. TBEB granular.

Tiene apariencia endoscópica de “granos de arroz tostado” con una gran inflamación de la mucosa bron-

quial. No es una presentación frecuente, sin embargo parece cursar con estenosis bronquial como secuela.

5. TBEB ulcerada.

El aspecto broncoscópico, es similar al observado en la mucosa en úlcera gástrica. Tiende a recuperarse sin dejar secuelas. No produce estenosis.

Esta propuesta de clasificación en la práctica parece corresponder a diferentes estados de la enfermedad cuya secuela final es la fibroestenosis bronquial, la cual se puede prevenir de acuerdo al momento en el que se realice el diagnóstico.

Las manifestaciones clínicas de la TBEB son variables, e incluyen tos con expectoración mucopurulenta, tos seca, dolor torácico, hemoptisis, disnea y fiebre. Puede simular otras enfermedades como neoplasias, cuerpo extraño en vía aérea o asma por lo que el diagnóstico no es fácil (3, 5).

Los mecanismos para la aparición de TBEB no están del todo comprobados, pero posiblemente ocurre implantación directa en el bronquio de una lesión en el parénquima pulmonar adyacente, de un ganglio mediastinal que presenta erosión y protrusión al bronquio, diseminación hematógena o diseminación linfática (5).

La estenosis bronquial es la complicación más frecuente por lo que algunos autores sugieren el uso de esteroides, sin embargo, no hay ninguna evidencia de que este tratamiento prevenga la complicación. Una vez se presenta la estenosis, se sugiere tratamiento con dilatación y colocación de "stent" bronquial, e incluso lobectomía, de acuerdo a la magnitud y localización de la lesión (5).

BIBLIOGRAFÍA

1. Sawada S, Fujiwara Y, Furui S, Tanabe Y, Tanigawa N, Kobayashi M, et al. Treatment of tuberculous bronchial stenosis with expandable metallic stents. *Acta Radiol* 1993; 34:263-5.
2. Lee Y H, Sin Fai Lam K N. Endobronchial tuberculosis simulating bronchial asthma. *Singapore Med J* 2004 Vol 45(8):390-392.
3. Lee JH, Park SS, Lee DH, Shin DH, Yang SC, Yoo BM. Endobronchial tuberculosis. Clinical and bronchoscopic features in 121 cases. *Chest* 1992; 102: 990-994.
4. M.J. Park, I.S. Woo, J.W. Son, S.J. Lee, D.G. Kim, E.K. Mo, M.G. Lee, I.G. Hyun, K.S. Jung. Endobronchial tuberculosis with expectoration of tracheal cartilages. *Eur Respir J* 2000; 15: 800±802.
5. Hee Soon Chung; and Jae Ho Lee, MD. Bronchoscopic Assessment of the Evolution of Endobronchial Tuberculosis. *Chest* 2000; 117:385-392.