

Tuberculosis diseminada, un diagnóstico incierto

Gustavo Adolfo González (1), Juan Troncoso Suarez (1), Juan Ricardo Lutz (1,2), Javier Leonardo Galindo (1,2).

(1) Facultad de Medicina, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.
(2) Unidad de Neumología, Hospital Universitario Mayor, Bogotá, Colombia.

Introducción

La tuberculosis es la novena causa de mortalidad y la primera por enfermedades infecciosas a nivel mundial (1). La presentación más común es la pulmonar, sin embargo, la infección puede variar y afectar a diferentes órganos (2,3).

La tuberculosis diseminada (TBD) se define por el compromiso infeccioso en dos o más órganos no continuos sin requerir un infiltrado miliar imagenológico o patológico (3). Esta es una condición relativamente infrecuente que se produce por la propagación del bacilo por vía hematogena o linfática a diferentes órganos, de manera localizada o múltiple (3,4).

Descripción del caso

Hombre de 50 años consultó por dorsalgia, fiebre, diaforesis nocturna y pérdida involuntaria de peso. Se realizó una resonancia nuclear magnética de columna que identificó una espondilodiscitis T9-T10, con masa inflamatoria perivertebral y mielopatía secundaria a compresión medular y radicular.

El paciente tenía antecedente de tuberculosis meníngea y pulmonar tratada en 2014. Fue llevado en 2016 y 2017 a orquiectomía bilateral con reporte anatomopatológico que informó inflamación crónica granulomatosa en epidídimo, testículo y cordón espermático, con tinciones negativas para microorganismos. No se definió en ese entonces una etiología.

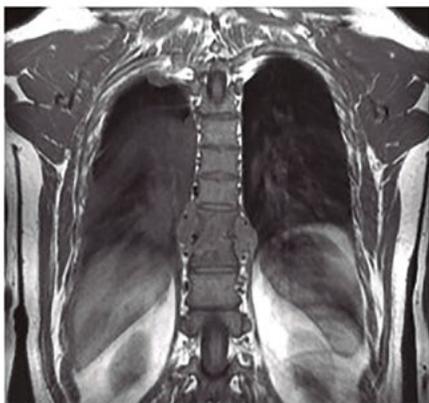


Figura 1: Espondilodiscitis T9-T10 con absceso epidural y paravertebral asociado y extensión al espacio pleural derecho.

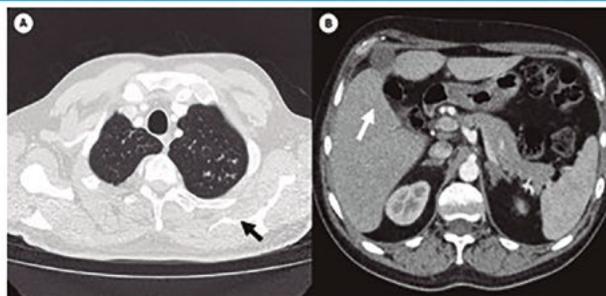


Figura 2: (A) Áreas de opacidades en árbol de gemación en lóbulo superior izquierdo. (B) Colección subfrénica anterior derecha.

Presentaba una masa sin signos de inflamación en la piel del abdomen. En la tomografía toracoabdominal se identificaron dos colecciones, una subcutánea y una subfrénica, así como micronódulos pulmonares centrolobulilares apicales en patrón de árbol en gemación. Con estos hallazgos fue llevado a fibrobroncoscopia para toma de lavado broncoalveolar y a biopsia percutánea de la vertebra torácica.

La biopsia de hueso reportó reacción inflamatoria granulomatosa. A los 21 días el cultivo en medio líquido de la muestra de lavado broncoalveolar evidenció crecimiento para *M. tuberculosis*. Se inició manejo antituberculoso tetraconjugado sin que el paciente presentara intolerancia.

Discusión

La TBD es una de las presentación clínica poco frecuente, solo un 5,4% de los pacientes con tuberculosis confirmada por cultivo tienen enfermedad diseminada (3). La TBD, puede ser una manifestación primaria o una reactivación temprana o tardía. Con frecuencia esta condición no se diagnostica de forma precoz, lo cual produce consecuencias graves en los pacientes. Ciertos factores de riesgo se han relacionado con la posibilidad de presentar TBD, como la edad mayor a 45 años, el sexo femenino, la infección por el virus del VIH y la enfermedad renal crónica avanzada (4).

Debido a la alta prevalencia de tuberculosis en nuestro país, el personal de salud debe tener una alta sospecha clínica al enfrentarse a un posible caso con compromiso diseminado.

Referencias

1. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report. 2018.
2. Instituto Nacional de Salud (INS). Boletín epidemiológico semana 38. 2018.
3. Verma R, Patil TB, Lalla R. Disseminated tuberculosis manifesting as pulmonary, meningeal and spinal tuberculosis in an immunocompetent patient. *BMJ Case Rep.* 2012 Dec 13;2012. pii: bcr2012007778.
4. Qian X, Nguyen DT, Lyu J, et al. Risk factors for extrapulmonary dissemination of tuberculosis and associated mortality during treatment for extrapulmonary tuberculosis. *Emerg Microbes Infect.* 2018 Jun 6;7(1):102