fml. Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria
www.revistafml.es ISSN: 1989-6832

CASO CLÍNICO

Un caso de tuberculosis en una chica joven.

Teresa Benedito Pérez de Inestrosa[1], Elisabet Fernández Martín[2], Esther Fernández Tardáguila[3]
1. Médico de familia. UGC Santa María del Águila. Distrito Poniente. Almería.
2. Médico de familia. UGC Berja. Distrito Poniente. Almería.
3. Pediatra. UGC Lebrija. Sevilla.
Correspondencia: Dra. Teresa Benedito. teresa.benedito@gmail.com

Citar como: Benedito Pérez de Inestrosa T, Fernández Martín E, Fernández Tardáguila E. Un caso de tuberculosis en una chica joven. fml. 2016; 20(2):4p

Recibido el 20/02/2013
Aceptado el 15/02/2016
Publicado el 16/03/2016

Resumen
Se presenta el caso de una chica de 33 años de edad sin antecedentes médicos de interés, que, como dato de interés, trabaja como administrativa en un consultorio médico, atendiendo mayoritariamente a población inmigrante. Presenta esputo hemoptoico tras cuadro pseudogripal en días previos. Tras estudio se diagnostica una tuberculosis pulmonar.

Datos de interés: Múltiples factores como la pobreza, condiciones sociosanitarias y de salubridad, la aparición de cepas resistentes a una amplia gama de antibióticos y la carencia de una vacuna que proteja en la edad adulta contra la enfermedad, contribuyen a que la tuberculosis persista en la población. Los movimientos migratorios masivos de países con alta endemia de tuberculosis y las condiciones de vida a la que se ven sometidos estos inmigrantes han condicionado un aumento de la enfermedad en muchos países de la Unión Europea. Este aumento se ha producido a expensas de este grupo poblacional, sin que haya evidencia de que este hecho pueda estar afectando a la epidemiología de la enfermedad en la población autóctona. Esta nueva circunstancia requiere incrementar los esfuerzos con programas de control y actividades que aseguren un diagnóstico temprano, disponibilidad de la terapia adecuada, el seguimiento y finalización del tratamiento hasta asegurar la curación, así como acciones dirigidas a poblaciones vulnerables con un alto riesgo de infección o que viven en situaciones desfavorables.

Se debe sospechar clínicamente la tuberculosis pulmonar en un paciente con tos de más de dos semanas de duración, expectoración hemoptoica y fiebre de origen desconocido.

A todo paciente con tos persistente de más de tres semanas de duración se debe practicar una radiografía de tórax para descartar, entre otras patologías, la tuberculosis pulmonar.

Artículo de acceso libre bajo una licencia Creative Commons: Uso y distribución no restringidos, nombrando la fuente y sin hacer un uso comercial o modificando la obra.

Introducción

La tuberculosis continúa siendo una de las causas más importantes de enfermedad y muerte en muchos países y un importante problema de salud pública a nivel mundial. Este problema de salud presenta todavía marcadas diferencias regionales y nacionales, a pesar de los progresos logrados en las últimas décadas en la lucha contra esta enfermedad.

Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2012 ocurrieron unos 9,27 millones de casos nuevos, la mayoría de los cuales se registraron en Asia (55%) y África (31%); en las regiones del Mediterráneo oriental, Europa y América las cifras correspondientes fueron del 6%, 5% y 3%, respectivamente.

En los países de renta baja, la tuberculosis es la principal causa de mortalidad por infección entre las personas de 19 a 49 años y constituye alrededor del 25 % de todas las muertes de causa potencialmente evitable.

Se estima que un tercio de la población mundial está infectada por Mycobacterium tuberculosis, representando un reservorio que seguirá generando casos durante muchos años. En los países de renta baja casi toda la población está infectada y el 80% de las personas infectadas tienen menos de 50 años. Contrariamente, en los países de renta alta, menos de un 20% de la población está infectada y la mayoría de ellos son personas mayores de 50 años.

Descripción del caso

Se presenta el caso de una chica joven de 33 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, no fumadora y que trabaja como administrativa en un consultorio médico de la zona de poniente de Almería, donde la población inmigrante constituye un alto porcentaje de la población, y tratándose de una zona de transformación social, atendiendo a población en riesgo de exclusión social.

Inicialmente presentó febrícula, mal estar general, tos escasa y mialgias tratándose como un cuadro pseudogripal con antitérmicos y reposo en domicilio hasta mejoría. Una semana después y ya incorporada al trabajo presenta un esputo hemoptoico por lo que se inicia el estudio con analítica, radiografía de tórax y Mantoux.

Exploración: Buen estado general. No impresiona de enfermedad. Talla: 1.67; Peso: 62kg; IMC: 22,23. Buena coloración de piel y mucosas. s02:97-98%.FC:84lpm.

No focalidad neurológica. No adenopatías cervicales. No se palpa bocio.

ACR: Tonos rítmicos, no soplos. Hipoventilación en base pulmonar derecha y crepitantes finos.

Resto de la exploración por órganos y aparatos sin datos de interés.

Pruebas Complementarias:

Analítica: Leucocitos: 5110, Neutrófilos 40%, Linfocitos 30%.

Hematíes: 4.750.000; Hemoglobina: 14,3; Hematocrito: 41,8; VCM: 8. VSG: 19 y PCR: 2(0.01-0.50).

Lectura del Mantoux: 18mm a las 72 horas.

Radiografía de Tórax: Nódulo en LSD (imagen 1 e imagen 2) y un agrupamiento broncovascular paracardiaco derecho.

Ante la clínica que presenta la paciente, el resultado del Mantoux positivo y una radiografía de tórax sugerente de tuberculosis se deriva al hospital para continuar el estudio de sospecha de tuberculosis pulmonar.

Estando ingresada se completa el estudio con TAC torácico y baciloscopias. Informe del TAC: En el lóbulo superior derecho se observan múltiples opacidades nodulares centrolobulillares. Engrosamiento intersticial intralobulillar e imágenes de "árbol en brote" (bronquiolos terminales ocupados por moco, pus o sangre). Pequeña área atelectásica de morfología triangular en segmento medial del lóbulo medio sin evidenciarse causa obstructiva.

Baciloscopia positiva :1-9 baar/10 campos.

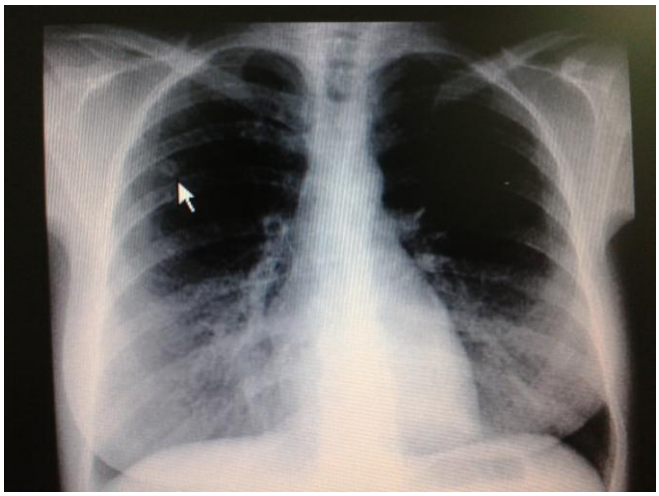

Imagen 1.

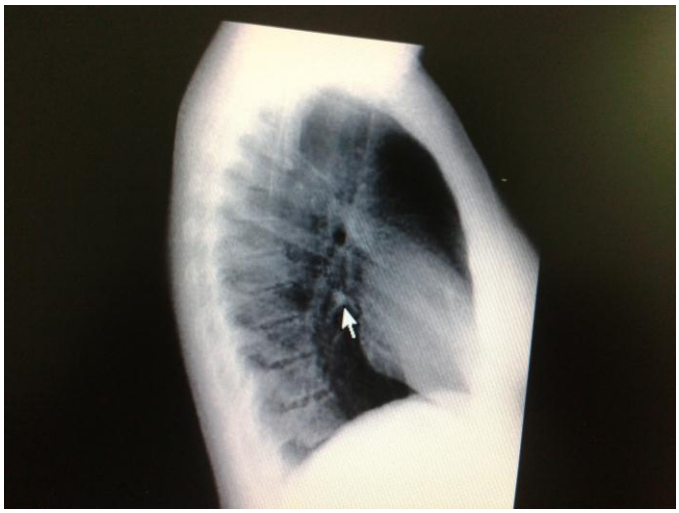

Imagen 2.

Diagnóstico:

El principal diagnóstico en este caso sería el de tuberculosis pulmonar, el estar en contacto con población inmigrante, los datos clínicos junto a las pruebas de imagen y Mantoux orientan al diagnóstico.

Otras entidades con las que habría que hacer un diagnóstico diferencial son:

Fiebre de origen desconocido	Cáncer de pulmón
Neumonía	Sarcoidosis
Infecciones pulmonares por hongos (Aspergiloma, Histoplasmosis)	Asbestosis pulmonar
Absceso pulmonar	Nocardiosis
Vasculitis (Granulomatosis de Wegener)	Linfoma

Discusión del caso:

La tuberculosis es una enfermedad altamente infecciosa. Su ruta de entrada dentro del organismo es a través del tracto respiratorio, vía inhalatoria. Las partículas infecciosas de los enfermos con tuberculosis pulmonar son liberadas al toser, hablar, cantar, reír y estornudar. La transmisión de la infección tuberculosa requiere de una combinación de factores entre los que están:

1. Bacilos viables en el esputo del enfermo.

2. Aerosolización del esputo cuando el paciente tose.

3. Concentración suficiente de bacilos suspendidos en el aire.

4. Huésped susceptible.

5. Tiempo suficiente del huésped respirando aire contaminado.

La primoinfección tuberculosa es a menudo asintomática. El primer contacto con el bacilo causa en el organismo dos reacciones inmunológicas diferenciadas en el tiempo: la inmunidad celular protectora y la hipersensibilidad celular retardada. Esta última se manifiesta por la conversión de la prueba de tuberculina, la cual puede persistir positiva, incluso durante toda la vida del individuo. Tras una exposición al bacilo tuberculoso, el sistema inmunitario de tipo celular de la mayoría de las personas consigue controlar la infección.

En las primeras fases del contacto, sólo un 5% de las personas presentan algún tipo de síntomas que son inespecíficos. La inhalación del bacilo puede formar el conocido como complejo de Ghon (foco primario de infección y aumento de tamaño de los nódulos linfáticos). Como parte del complejo de primoinfección pueden aparecer nódulos mediastínicos que, dependiendo de la localización, causan síntomas obstructivos. La evolución puede ser hacia la contención de la infección sin enfermedad, hacia la tuberculosis pulmonar, postprimaria o por reactivación. Sólo un 10% de las personas inicialmente infectadas presentan posteriormente una reactivación de la infección o una tuberculosis postprimaria.

No existe una clínica específica de la tuberculosis pulmonar y los síntomas que se presentan tras la primoinfección son principalmente de tipo constitucional y respiratorio. Entre los primeros es frecuente la astenia, la pérdida de peso, la fiebre y la sudoración nocturna. La tos es el síntoma respiratorio más común, acompañándose en ocasiones de expectoración hemoptoica. La disnea se produce en fases avanzadas si hay una destrucción importante del parénquima pulmonar y el dolor torácico es frecuente cuando hay afectación pleural. En el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar se debe considerar el conjunto de pruebas que se realizan ante una sospecha clínica. El objetivo de las técnicas de laboratorio microbiológicas es aislar e identificar los microorganismos causales, así como realizar pruebas de sensibilidad a los antimicrobianos. Según los estándares internacionales, en todo paciente (adulto o niño, capaz de producir un esputo) con sospecha de tuberculosis pulmonar deben obtenerse dos y preferiblemente tres muestras de esputo para examen microscópico en tres días consecutivos. Cuando sea posible, al menos una de ellas debería obtenerse a primera hora de la mañana, aunque las recomendaciones vigentes lo aconsejan para las tres muestras de esputo. La OMS clasifica un caso de tuberculosis pulmonar como definitivo cuando se obtiene el resultado de un cultivo positivo a Mycobacterium tuberculosis, y en los países en los que el cultivo no se encuentra disponible de forma rutinaria se define como la presencia de dos baciloscopias positivas.

La tuberculosis es una enfermedad curable si el tratamiento se realiza durante el tiempo necesario

con la toma de los fármacos en número adecuado, de forma regular y a las dosis correctas.

La pauta de tratamiento de los casos no tratados previamente es de seis a nueve meses de duración (dependiendo de características del paciente, de la enfermedad, de su localización y de la evolución con el tratamiento). Consta de una "fase intensiva" de dos meses con cuatro fármacos: isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol seguida de una "fase de mantenimiento" de cuatro meses con dos fármacos: isoniacida más rifampicina.

El seguimiento a través de análisis de sangre (hemograma y bioquímica) debería realizarse de forma precoz (en la visita clínica de las dos primeras semanas) y durante el tratamiento aproximadamente cada dos meses. En los casos con alteraciones analíticas relacionadas con el tratamiento, los controles analíticos deberían hacerse con más frecuencia y hasta la normalización de los valores analíticos.

El seguimiento radiológico de los pacientes con tuberculosis pulmonar se realiza a los dos meses del inicio del tratamiento y al finalizar el mismo o en cualquier momento que se sospeche una complicación.

El seguimiento bacteriológico en los pacientes con tuberculosis pulmonar en los que es factible la obtención de muestra, se realizará en el primer mes, el segundo, el cuarto y al final del tratamiento.

Después de diagnosticar un caso de tuberculosis pulmonar o respiratoria se debe realizar un estudio de los contactos, cuyo objetivo es detectar otros enfermos de tuberculosis e identificar y tratar a los infectados para evitar la progresión a enfermedad. El periodo contagiante empieza unos tres meses antes del diagnóstico y la transmisión requiere un contacto estrecho, aunque un contacto ocasional puede también ser suficiente para la transmisión de la infección.

Por ello se le hizo estudio de contactos (Mantoux y radiografía de tórax) al equipo sanitario y los familiares, siendo negativo en todos ellos.

Evolución del caso

Los pacientes con tuberculosis pulmonar o laríngea deben permanecer en aislamiento respiratorio, mientras se sospeche capacidad contagiante.

Se puede realizar el aislamiento respiratorio en el domicilio siempre que sea posible, excepto en los casos de enfermedad grave o con complicaciones. Los criterios para finalizar el aislamiento aéreo son:

-Dos baciloscopias de esputo espontáneo de dos días distintos, con resultado negativo.

-Una sola baciloscopia de esputo (obtenida por inducción, fibrobroncoscopia o de tubo endotraqueal) negativa.

-Dos cultivos negativos en un intervalo de un mes en paciente con tuberculosis multirresistente.

En este caso la paciente tras confirmación de tuberculosis pulmonar permaneció en su domicilio hasta la negativización de dos baciloscopias y realizó tratamiento con tuberculostáticos durante 6 meses.

Bibliografía

1. English R, Bachmann MO, Bateman ED et al. Diagnostic accuracy of an integrated respiratory guidelines in identifying patients with respiratory symptoms requiring screening for pulmonary tuberculosis: a cross- sectional study. BMC Pulmonary Medicine 2006; 6:22.
2. Raviglione M, Snider DE, Kochi A. Global epidemiology of Tuberculosis. Morbidity and Mortality of a worldwide epidemic. JAMA 1995; 273: 220-226.
3. Koch R. Die actiologie der Tuberculose. Traducción. Bol Union Int Tuberc. 1981;56-95.
4. Fitzgerald D, Haas Dw. Mycobacterium tuberculosis. Mandel's principle. 2006. p. 2852-86.
5. Grupo de Trabajo del área TIR de SEPAR. Recomendaciones SEPAR.Normativa sobre la prevención de la tuberculosis. Arch Bronconeumol. 2002;38(9): 441-451.
6. Domínguez J, Blanco S, Lacoma A, García-Sierra N, Prat C, Ausina V. Utilidad de la biología molecular en el diagnóstico microbiológico de las infecciones por micobacterias. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2008; Suppl 9:33-41.
7. Ministerio de Sanidad y Política Social, editor. Plan para la Prevención y el Control de la Tuberculosis en España [internet]. Madrid; 2008. Disponible en: http://www.msps.es.