El difícil diagnóstico de la tuberculosis

José Luis Viramontes Madrid, Citlali Alor Martínez,
Carlos Nuñez Pérez Redondo, Edmundo Lugo Pérez,
Facultad de Medicina, UNAM

Resumen

El presente trabajo describe cuatro casos con diagnóstico de tuberculosis (TB) en una unidad de Neumología en un Hospital General, en los cuales la forma de presentación del padecimiento hizo que se establecieran diagnósticos erróneos en dos de ellos y que se llegara a la biopsia pulmonar por toracotamía en los otros dos. Como una llamado a la comunidad médica, este artículo hace énfasis en lo difícil que en algunos casos puede ser el llegar con certeza al diagnóstico (Dx) de TB, aun en áreas en donde existe una amplia experiencia en el campo. La gran variedad de formas de presentación y la poca sensibilidad de la baciloscopía con técnica de Ziehl-Neelsen, utilizada como el principal procedimiento confirmatorio, hace que en casos atípicos de este padecimiento la sospecha clínica sea fundamental.

Summary

The present work describes four cases diagnosed as tuberculosis (TB) in a Neumology Service at a General Hospital, in which the symptoms of the illness led to erroneous diagnoses in two of the them; pulmonary biopsy, by means of thoracotomy; was performed in the other two. This article is mean to make the medical community aware on the difficulties involved in some cases to diagnose TB, even in areas where an ample experience in the field exists. The diversity of symptoms and the poor sensitivity of the Ziehl-Neelsen technique, used as the main confimatory procedure, render the clinical data as fundamental for its diagnosis in atypical cases.

Introducción

Con el progreso de las sociedades y el consecuente desarrollo de la ciencia médica, se ha mejorado la actividad preventiva, diagnóstica y terapéutica de la mayoría de las enfermedades; este avance es más aparente en los padecimientos infecto contagiosos, entre los cuales la Tuberculosis (TB) tiene una gran importancia epidemiológica.

En la actualidad se cuenta ya con medicamentos antituberculosos que combinados en forma adecuada pueden curar la infección en un periodo de 6 meses con un 99% de éxito[4]. Los esquemas de tratamiento para este padecimiento han tenido grandes variaciones desde que Roberto Koch describió el agente responsable hace más de cien años y, sobre todo, a partir del descubrimiento de la estreptomocina, primer medicamento antifímico efectivo, apenas en 1944[8].

Desafortunadamente, a pesar de lo anterior, es un hecho que la TB continúa siendo un importante problema de las sociedades en las que los servicios de salud pública han resultado incapaces de controlar las condiciones asociadas que predisponen a los padecimientos infectocontagiosos.

En nuestro país, la TB en todas sus variedades sigue contribuyendo en forma importante a la morbi-mortalidad principalmente en la población desprotegida en cuanto a asistencia médica se refiere[12].

El diagnóstico (Dx) de la TB en sus formas más frecuentes, generalmente, no crea problemas, ya que sus manifestaciones clínicas y radiológicas son ampliamente conocidas por la comunidad médica, y la bacteriología confirmatoria se encuentra disponible en la mayoría de los laboratorios. Sin embargo, el mote atribuído comúnmente a esta infección de "la gran imitadora de todas las enfermedades" sigue siendo vigente y cualquier especialista puede verse en contacto con un caso de TB con manifestaciones atípicas que simule algún otro padecimiento e inclusive, en ocasiones, tiene que llegarse al uso

de procedimientos invasivos para establecer el Dx o éste llega a constituir un hallazgo de autopsia[1 10 9 14].

Como un llamado de atención a la comunidad médica en general, describimos cuatro casos, de una unidad de Neumología, en los que el Dx de TB se estableció luego de biopsia pulmonar a cielo abierto en dos de ellos y como hallazgo post-mortem en los otros dos.

Caso 1.

Paciente femenino de 48 años, originaria y residente del Distrito Federal; ocupación hogar. Deficientes hábitos higiénico-dietéticos. Alcoholismo y tabaquismo intensos hasta los 32 años.

Inició su padecimiento actual un mes antes de su ingreso con ataque al estado general, tos en accesos y expectoración blanquecina escasa, además de disnea de esfuerzo y aumento de volumen por edema en parte superior de tórax, cuello y cara.

Por exploración física se encontró con signos vitales normales, se confirmó edema facial y discreta red venosa colateral en tórax superior, con plétora yugular grado II. Ausencia de ruidos respiratorios y matidez a la percusión en todo el hemitórax derecho.

Los rayos x mostraron una atelectasia pulmonar derecha con datos de probable permación linfática izquierda (foto 1); una baciloscopia de esputo en serie de tres fue negativa y la fibrobroncoscopia mostró una tumoración

Teleradiografía de tórax (caso 1) que muestra opacidad total de hemitórax derecho con la traquea desviada importante hacia ese lado.

endobronquial que obstruía totalmente el intermediario. El informe de la biopsia concordó con la clínica y la endoscopía, diagnosticándose como un cáncer broncogénico tipo epidermoide estadio III. Recibió radioterapia por la compresión vascular de cava, sin que hubiera mejoría, falleciendo aproximadamente ocho días después de completado su estudio.

La autopsia mostró lesiones granulomatosas endobronquiales con importantes atipias celulares, sin encontrar células malignas. La revisión retrospectiva de las laminillas confirmó el hallazgo post-mortem de TB clase III[7].

Caso 2.

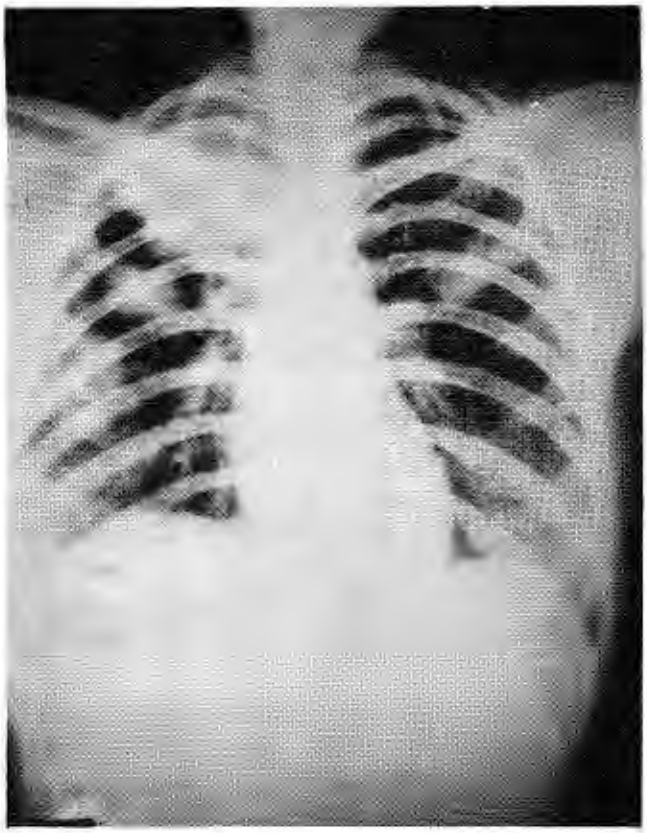
Paciente femenino de 32 años. Originaria del estado de Guerrero y residente del Distrito Federal, de ocupación hogar. Deficientes hábitos higiénico-dietéticos. Tabaquismo y alcoholismo mínimos, ocasionales; Combe (-).

Su padecimiento actual lo inicia dos meses previos a su ingreso con cefalea, ataque al estado general, hipostenia, hipodinamia, hiporexia y dos semanas antes se agregó tos seca en accesos que evolucionó a productiva, con expectoración amarillenta, adherente y fétida; fiebre no cuantificada y sin predominio de horario, con pérdida de peso de aproximadamente 10 kg.

A la exploración física, sin alteraciones en los signos vitales, con un síndrome de condensación supraescapular e interescapulovertebral derecho. Datos clínicos de anemia y deterioro general. Se palpó una tumoración móvil, no dolorosa en flanco izquierdo, aproximadamente de 3 por 3 cm.

Los rayos x mostraron opacidades redondeadas de 2 a 3 cm, con broncograma aéreo en su interior, confluentes en región intercleidohiliar derecha y parahiliar izquierda (foto 2).

Con sospecha de metástasis pulmonares contra proceso infeccioso de focos múltiples; se practicó estudio de abdomen (colon por enema y ultrasonografía) sin encontrar alteraciones. Por exploración física pudo determinarse que la tumoración abdominal que prestó al momento de su ingreso fue disminuyendo de tamaño. La unidad de Patología informó el resultado, de una punción transtorácica en el sitio de confluencia de las lesiones pulmonares que existia un grupo de células neoplásicas necróticas de aspecto epitelial. En la fibrobroncoscopía se encontró supuración pulmonar del lúbulo superior derecho y el laboratorio informó: escasos bacilos ácido-alcohol resistentes en el líquido del lavado bronquial y, al repetir la punción transtorácica para establecer estirpe, el material no fué adecuado. Ante la posibilidad de malignidad de dichas lesiones y la mala evolución de la paciente, a pesar del uso de antifímicos, se prácticó toracotomía exploradora con biopsia pulmonar que mostró inflamación granulomatosa compatible con TB sin lesión neoplásica.



Teleradiografía de tórax (caso 2) que muestra opacidades redondeadas, con broncograma aéreo en su interior, confluentes en región supraclavicular e intercleidohiliar derechos. Se ve una opacidad poco delimitada del lado izquierdo.

Caso 3.

Paciente masculino de 44 años de edad. De estrato socioeconómico bajo con repercusión en sus hábitos higiénico-dietéticos. Alcoholismo crónico previo al inicio de su padecimiento actual.

Fué referido a nuestro servicio desde una institución neurológica del Sector Salud por complicación neumológica y con Dx de base de Esclerosis Múltiple con antcedentes de haber recibido esteroides por más de 3 años y con poca mejoría; al parecer había iniciado con crisis convulsivas, disminución bilateral de la visión, hemiplejia derecha que progresó a cuadriplejia. Se agregó disartria y afasia de expresión. En cada caso presentaba tendencia a la remisión sin llegar a ser completa. Se presentó neumonia hipostática que evolucionó a empiema derecho, por lo que fué recibido en el servicio de Neumología con una sonda de pleurotomia que drenaba abundante manterial purulento, que tenia aproximadamente 2 meses de haber sido colocada.

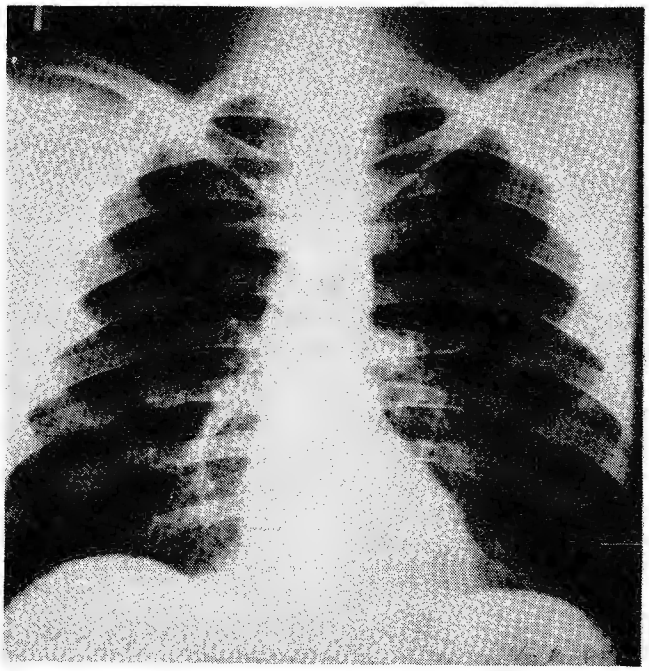
Su deterioro fue progresivo a pesar de la utilización de antibióticos de amplio expectro junto con esteroides. Se obtuvieron baciloscopias negativas en líquido pleural y cultivos para gram también negativos. Presentó convulsiones tónico-clónicas no controlables que, finalmente, en un estado de sepsis generalizada, contribuyeron a la defunción del paciente.

La unidad de Patología, en el examen post-mortem, informó de lesiones granulomatosas múltiples en cerebro, pleura, pulmón y abdomen, compatibles con el diagnóstico de TB. No se encontraron evidencias anatómicas que confirmaran la Esclerosis Múltiple.

Caso 4.

Paciente masculino de 58 años de edad. Originario y residente del Distrito Federal, de ocupación contador y con buenos hábitos higiénico-dietéticos. Combe positivo por antecedentes de esposa con TB, que recibió tratamiento completo aproximadamente diez años antes. Fumador de 40 cigarrillos al día por más de 30 años; portador de cardiopatía isquémica.

Inició su padecimiento actual aproximadamente cinco meses antes, al practicársele un estudio radiológico de tórax de rutina, encontrándose opacidades nodulares de aproximadamente un cm de diámetro, poco definidas, no calsificadas, bilaterales además de datos de engrosamiento bronquial (foto 3). Desde el inicio de su estudio se



Teleradiografía de tórax (caso 4) que muestra datos de engrosamiento.

encontraba asintomático. Aparato respiratorio: baciloscopias y cultivo de esputo negativos. Gamagrafía con galio negativa. Fibrobroncoscopía con lavado y cepillado reportado sólo con alteraciones inflamatorias y con árbol bronquial normal. El lavado también con baciloscopia negativo.

Se decidió practicar biopsia pulmonar a cielo abierto ante la posibilidad de malignidad, encontrándose algunas nodulaciones con caseum en su interior. La unidad de patología confirmó la impresión diagnóstica obtenida durante la cirugía, de inflamación granulomatosa compatible con TB.

Conclusiones.

Existen varias descripciones en la literatura médica internacional de casos de TB no diagnosticados en vida o de formas poco comunes de presentación[1 10 9 14 6].

Probablemente el riesgo de pasar por alto este padecimiento en casos atípicos sea mayor en lugares en donde ha dejado de ser una constante preocupación en la práctica médica, como sucede en las sociedades del primer mundo.

Sin embargo, a pesar de que en paises como el nuestro la TB debería de formar parte del Dx diferencial de toda enfermedad de evolución incidiosa que haga sospechar etiología infecciosa, sigue "burlando" la acuciocidad no sólo del clínico sino tambié del patólogo, como se muestra en el caso número uno en donde el aspecto endoscópico, la evolución clínica y, por último, la observación microscópica de una biopsia de tumor endobronquial contribuyeron al Dx pre-mortem de cáncer.

Debe recordarse que las baciloscopias negativas de ninguna manera descartan la presencia del padecimiento, como se ve en tres de nuestros casos, ya que como ha sido demostrado en estudios que toman como estandar de oro, para el establecimiento del Dx, un cultivo de Lowenstein positivo, la tinción de Ziehl-Neelsen tiene una proporción de falsos negativos hasta de un 50%, lo que traduce un índice de sensibilidad nosológica de 50%, cifra realmente muy pobre[2 15 11].

En el otro extremo, una tinción positiva para bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) no necesariamente indica enfermedad tuberculosa en el cien por ciento de los casos, ya que también existen falsos positivos en un 14%[6 2 15 5]. Pennington menciona que para encontrar una tinción de BAAR positiva debe contarse con una muestra que tenga una población bacilar de aproximadamente diez mil organismos por ml, en cambio puede obtenerse un cultivo positivo con poco más de diez bacilos viables[13].

Un cultivo para Mycobacterium Tuberculosis tarda de seis a ocho semanas en ser informado, por lo que en la mayoría de los casos la decisión terapéutica debe establecerse mediante otros recursos[5 7].

Con los datos anteriores, es lógica la necesidad de una búsqueda bacteriológica intensa en todo caso con sospecha de TB, tomando seis muestras seriadas como mínimo y un cultivo en cada caso[6 15 7 13]. Además, siempre que persista la duda diagnóstica debe clasificarse como perteneciente al grupo V de la clasificación de la Sociedad Americana de Tórax[13] y por lo tanto, ser candidato al inicio de tratamiento antituberculoso de prueba. En estos casos la historia clínica y exploración física son fundamentales.

De cualquier manera no es recomendable un actitud extremista y creemos que lo importante es individualizar cada paciente y no olvidar que la posibilidad de la TB siempre existe, ya que, por lo menos hasta que no cambien muchas cosas, este padecimiento seguirá siendo uno de los principales enemigos públicos de nuestro mundo.

Cuando el cuadro clínico en algunos casos es tan evidente que oriente al Dx de cierta patología, como ocurrió en dos de los aqui presentados, la participación de otros servicios obliga a confiar en sus informes para establecer conclusiones, que al final resultan erróneas. El síndrome de vena cava tiene como causa más frecuente al carcinoma broncogénico, pero conviene recordar que de los trastornos infecciosos asociados a este cuadro, la TB ocupa el primer lugar[3 7]. En el caso número 1 esta consideración no fue hecha debido a los hallazgos orientadores al diagnóstico de cáncer. Es importante recordar que la co-existencia de tuberculosis y neoplasias pulmonares no es rara[5], y en uno de nuestros casos fue necesario llegar a la biopsia pulmonar para descartar la posibilidad de cáncer.

La conclusión final es que en nuestro medio siempre debe descartarse a la tuberculosis como enfermedad primaria o acompañante de otras patologías y su fundamento o exlusión deben estar bien documentados.

Referencias

1. Bobrowitz I., y cols. Active Tuberculosis Undiagnosed Until Autopsy. Am J Med 72: 650-658, 1982.
2. Boyd J., et al. Decreasing Reliability of Acid Fast Smear Techniques. Ann Int Med, 82: 489-492, 1975.
3. Cicero R., Cano F., Del Castillo H., El Sistema Acigos en las Neoplasias Toracicas. Arch Inv Med (Mex) 5:585, 1974.
4. Davidson P., Antituberculosis Drugs. Clinics in Chest Medicine 7: 425-438, 1986.
5. De Gracia J., et al. Diagnostic Value of Bronchoalveolar Lavage in Suspected Pulmonary Tuberculosis. Chest 93: 329-332, 1988.
6. Escreet B.B., Cowis R., Criteria for the Diagnosis of Tuberculosis. S A Med J 63: 850-854, 1983.
7. Fishman A., et al. Tratado de Neumología. Ed. México, Mc. Graw-Hill, 3a. ed.: 1023-1025, 1983.
8. Goodman L., Gilman A., The Pharmacological Basis of Therapeutics. 4a. ed., New York, McMillan Co.: 1300-1302.
9. Katz., et al. Undiagnosed Tuberculosis in Hqspitalized Patients. Chest 87: 770-774, 1985.
10. Matthews J. et al., Endobronchial Tuberculosis Simulating Lung Cancer. Chest 86: 642-644, 1984.
11. Narain, R., et al. Microscopy Positive and Negative Cases of Pulmonary Tuberculosos. Am Rev Resp Dis 103: 761-772, 1971.
12. Pacheco C., Magaña F., A cien años del descubrimiento de la tuberculosis. Dirección Gral. de Control de la Tuberculosis S.S.A., México: 17-19, 1982.
13. Pennington J., Respiratory Infections. New York, Raven Press: 397-408, 1983
14. Rosenthal T., et al. Fatal Undiagnoses on Tuberculosis. J Infect Dis 131 suppl: 51-55, 1975