

Tuberculosis multisistémica: reporte de un caso

Reporte del caso

Paciente varón de 16 años de edad, estudiante, procedente de Lima, con antecedente de tuberculosis enteral desde 27 de abril de 2009 diagnosticado por biopsia intestinal (tejido de granulación con componente inflamatorio agudo y crónico severo) y estudio tomográfico de abdomen de 17 abril 2009: adenopatías mesentéricas y retroperitoneales, engrosamiento nodular del peritoneo, hepatomegalia leve, ascitis leve, con indicación de tratamiento específico esquema I, con buena tolerancia oral y regular adherencia al mismo.

Acude con tiempo de enfermedad 3 semanas refiriendo dolor y distensión abdominal a predominio de hipocondrio derecho asociado a deposiciones líquidas sin moco ni sangre, sensación a alza térmica, edemas en miembros inferiores, malestar general, disminución de peso, hiporexia, por lo que acude a hospital.

Al examen físico inicial paciente con P/A: 100/60 mmHg, FC: 129/min, FR: 24/min, Sat O₂: 99%, FIO₂ 21%, en regular estado general, adelgazado, palidez de piel y mucosas, edemas en miembros inferiores, no adenopatías, murmullo vesicular disminuido en base HTD, roncus aislados, abdomen poco depresible, doloroso a la palpación profunda en forma difusa, pequeña tumoración fluctuante en HCD, no signos meníngeos ni de focalización.

Los exámenes auxiliares iniciales mostraron: leucocitos 13 330, abastados 01%, segmentados 98% linfocitos 06%, Hb 6.9 g/dl; Bk iniciales en esputo, médula ósea, heces negativos. PCR: 9.56 mg/dl, DHL sérico 279 u/l, hemocultivo y mielocultivo negativos, inmunoblot para hidatidosis negativo.

Perfil hepático: leve aumento de bilirrubinas a predominio directo, resto normal.

Mielograma: médula ósea con hiperplasia mileoeritroide ligera, reactiva a proceso inflamatorio crónico.

Ecografía abdominal: líquido libre en cavidad abdominal, colecciones quísticas múltiples intrahepáticas, no adenopatías.

La radiografía de tórax muestra gran radioopacidad homogénea para mediastinal izquierda con bordes definidos. (Figura 1).



Fig. 1.

TC tórax (fig. 2 y 3) muestra gran imagen de aspecto quístico en lóbulo superior izquierdo y múltiples imágenes pequeñas quísticas en lóbulo inferior izquierdo, derrame pleural bilateral a predominio izquierdo.

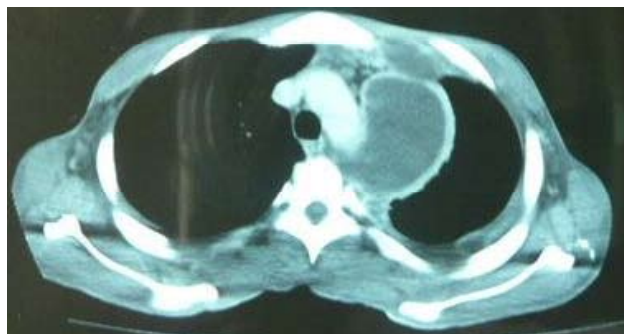


Fig 2.

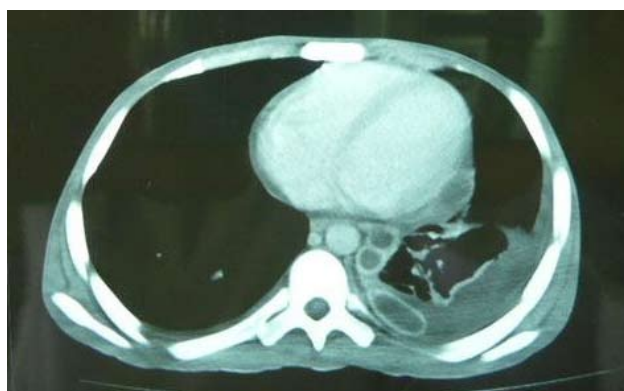


Fig 3.

TC abdomen (fig. 4 y 5) múltiples imágenes de aspecto quístico intra, extrahepáticas.

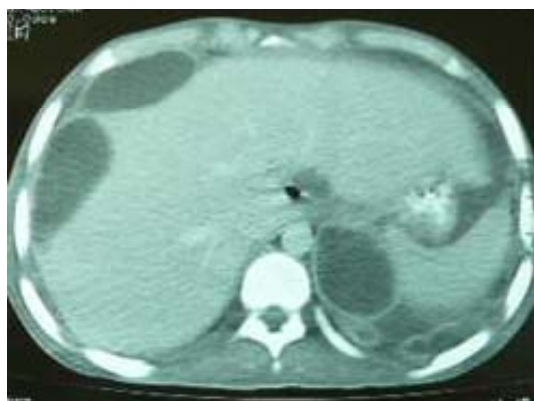
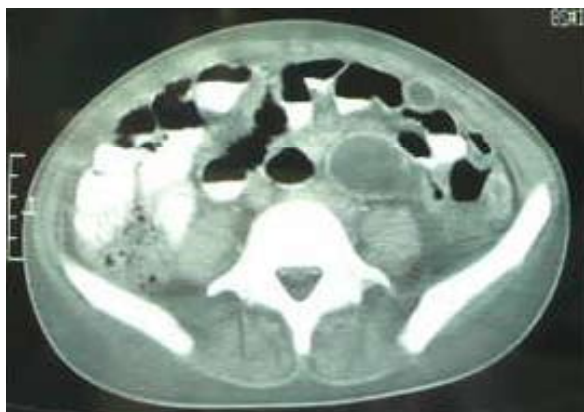


Fig 4.

Fig 5.



Diagnósticos de ingreso

1. Enfermedad multiquistica:
d/c Absceso piógenos múltiples.
d/c Enfermedad hidatídica múltiple.
d/c TBC multisistémica.
d/c NM tipo linfoma.
2. Anemia severa hipocrómica, microcítica.
3. TBC enteral en tratamiento.
4. Síndrome consuntivo.
Tratamiento inicial con ceftriaxona, metronidazol, antipiréticos.

Durante su evolución se plantea la posibilidad quirúrgica y biopsia de quistes abdominales y/o torácicos, realizándose punción con guía ecográfica de una de las lesiones quísticas abdominales, obteniéndose líquido francamente purulento (figura 6), cuyo resultado concluye BK +++, posteriores muestras de BK en esputo también resultaron positivo +++, planteándose la mala evolución clínica del paciente considerándose probable tuberculosis multidrogo resistente, indicándose tratamiento empírico.

Fig. 6.

Secreción purulenta de lesión quística abdominal.



Diagnóstico definitivo

TUBERCULOSIS MULTISISTÉMICA, sospecha de fracaso a Esquema Uno, sospecha de MDR

Resumen

La tuberculosis continúa siendo una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial, sobre todo en países subdesarrollados como el Perú. El principal órgano afectado es el pulmón, sin embargo cualquier órgano puede manifestar la enfermedad. *Mycobacterium tuberculosis* es el agente etiológico causante de la enfermedad. Se describe un caso clínico de un paciente de 16 años de edad con cuadro clínico de enfermedad multiquistica, desarrollada durante el curso de tratamiento de tuberculosis enteral, cuyo diagnóstico final fue tuberculosis multisistémica^(1, 2).

Introducción

El término "tuberculosis gastrointestinal" se refiere a una entidad crónica y pluri-sintomática secundaria a la infección por el bacilo tuberculoso que involucra las múltiples partes del sistema gastrointestinal (como el hígado, estómago, colon, ano, etcétera) y es responsable del 0.1–1% de todos los casos sospechados de tuberculosis. La tuberculosis del tracto gastrointestinal es la sexta causa más frecuente de tuberculosis extrapulmonar. El diagnóstico acertado solamente se realiza en la mitad de los casos, ya que los hallazgos clínicos, de laboratorio e imagenología son inespecíficos. La frecuencia se ha incrementado considerablemente con el advenimiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. El tratamiento inicialmente es médico y la cirugía se reserva para las complicaciones de la entidad⁽³⁾.

Discusión

La tuberculosis (TB) es una enfermedad transmisible, causa común de enfermedad y muerte en todo el mundo, producida por especies del género *Mycobacterium*. Aunque puede afectar prácticamente a cualquier órgano, la forma más frecuente es la pulmonar. La OMS estima que en el 20% de los casos de tuberculosis acaecidos en 2006 existía resistencia al menos a un fármaco, que el 13% de los mismos fueron resistentes a isoniazida (un fármaco de primera línea clave) y que el 5% de los pacientes tuvo tuberculosis MDR. En Perú se produce el 33% de todos los casos de TB MDR que anualmente se estiman en América. En el año 2006 se estima que se produjeron 2972 nuevos casos de TB MDR.

La génesis de la TB MDR en Latinoamérica obedece a situaciones de escasa supervisión terapéutica, esquemas no estandarizados, mal cumplimiento terapéutico, desabastecimiento de fármacos, escaso control institucional de infecciones y la coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida.

El avance actual para tratar de controlar la tuberculosis MDR está relacionado con la mayor capacidad del laboratorio para hacer estudios de resistencia a más drogas antituberculosas así como su desarrollo en el campo de la biología molecular que lleve a predecir las multirresistencias para brindar un tratamiento oportuno y rápido.

El tratamiento de la MDR-TB con quimioterapia alternativa es difícil debido a los efectos secundarios y la duración del tratamiento. También es muy caro y a veces, sin éxito. Las estrategias DOTS y la estrategia de DOTS-Plus son necesarias para lograr un buen control de la tuberculosis⁽⁴⁾.

Bibliografía

1. World Health Organization (WHO), European Region of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD) Working Group. Eur Respir J:2004;9:1097–1104
2. Guías latinoamericanas de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis farmacoresistente Arch Bronconeumol. 2008;44(10):578–80.
3. Gastrointestinal tuberculosis; Dr Jorge Ortiz, M. Reyes, Cirujano General Vol. 24 Núm. 1 – 2004, vol 24, 66–69.
4. Multidrug Resistance Tuberculosis; Fruzni y col Pneumonol Alergol Pol. 2009; 77(3):276–283.