

## Descripción del caso presentado en el número anterior: Tuberculosis pulmonar

Dra. Norma E. González<sup>a</sup>

Niña de 2 años y 8 meses de edad, eutrófica, sin antecedentes personales ni familiares de importancia que consulta por fiebre, tos y dificultad respiratoria de 72 horas de evolución. Refiere contacto esporádico con una niña de 12 años actualmente internada con diagnóstico de neumonía.

El examen clínico y radiológico evidencia un síndrome de condensación en hemitórax derecho con derrame pleural. Luego de 21 días de tratamiento antibiótico de amplio espectro y avènement pleural de 10 días, la paciente permaneció afebril, sin signos de dificultad respiratoria ni cambios en la semiología pulmonar, y con persistencia de la radiografía patológica (Figura 1).

Se realizó TAC de tórax donde se observan adenomegalias mediastinales e imagen condensante en lóbulo inferior derecho, con escaso derrame pleural.

Se recibió el informe que la niña de 12 años con la que mantuvo contacto (no conviviente) y que había sido hospitalizada por neumonía en otra institución, presentaba diagnóstico de tuberculosis (baciloscopías de esputo positivas).

Se recibió resultado de la primera lectura de cultivo de contenido gástrico, donde se identifican bacilos ácido alcohol resistente (BAAR), confirmándose posteriormente el aislamiento de *M. tuberculosis* sensible a fármacos de primera línea.

Evolución: se indicó tratamiento con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol durante 2 meses y luego 7 meses más con isoniazida y rifampicina. La evolución clínica fue adecuada con Rx de tórax normal al finalizar tratamiento (Figura 2). En el estudio de los contactos familiares no se hallaron otros enfermos de tuberculosis.

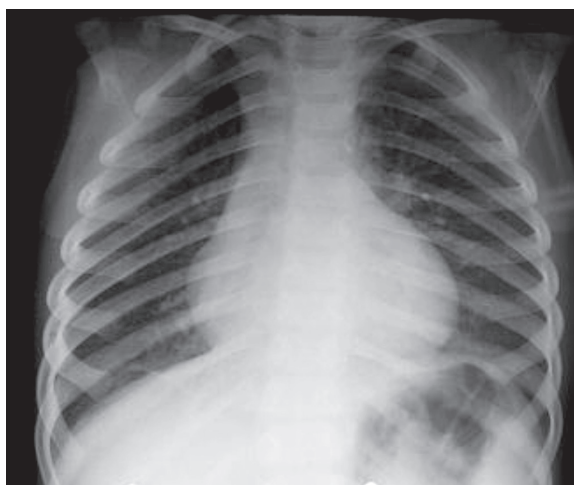
### PATOGENIA Y DIAGNÓSTICO

El derrame pleural es común en la tuberculosis primaria debido a las conexiones linfáticas de la pleura con la zona cortical pulmonar (donde suele asentar el foco primario inicial) y con los ganglios linfáticos intratorácicos.

FIGURA 1. Radiografía de tórax a los 21 días del ingreso



FIGURA 2. Radiografía de tórax al finalizar tratamiento antituberculoso



a. Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde."  
División Neumotisiología.

Correspondencia: Dra. Norma E. González:  
negonza@intramed.net.ar

Recibido: 14-5-10  
Aceptado: 15-5-10

La infección pleural generalmente es producida por contigüidad desde la lesión parenquimatosa primaria y se caracteriza por presentar exudados serofibrinosos con escasos bacilos (paucibacilar) y formación de folículos en la pleura parietal. Estas características del compromiso pleural explican la dificultad para hallar las micobacterias en el líquido de punción y el mayor rendimiento diagnóstico que se obtiene realizando la biopsia pleural.

Sin embargo, es fundamental tener en cuenta que el diagnóstico de tuberculosis en niños se basa en la suma de elementos clínicos, radiológicos y la historia de contacto con un foco bacilífero. Suele ser difícil en niños pequeños porque presentan signo sintomatología inespecífica, como falta de progreso de peso, fiebre, tos y dificultad respiratoria. Es importante considerar a los contactos frecuentes no convivientes como posibles fuentes de infección.

El rescate del *Mycobacterium tuberculosis* del aspirado gástrico o líquido pleural generalmente es bajo (22 a 42%). La biopsia pleural puede aumentar la sensibilidad de los cultivos y además aporta elementos anatomopatológicos sugestivos de tuberculosis como la presencia de granulomas. Pero puede prescindirse de este procedimiento invasivo si se dispone de suficientes elementos para sustentar el diagnóstico: clínica, radiología, prueba tuberculínica positiva y foco bacilífero.

En el caso que se describe, la falta de respuesta al tratamiento antibiótico de amplio espectro, la lesión persistente en la radiografía y la tomografía de tórax comprometiendo pleura, parénquima y ganglios linfáticos mediastinales, y el contacto cercano con un enfermo bacilífero determinan la orientación diagnóstica, con-

firmándose luego con el cultivo de los lavados gástricos.

## EVOLUCIÓN

En general, con el tratamiento antituberculoso estos casos suelen evolucionar a la curación sin secuelas. Los pacientes con repercusión sobre la función respiratoria se benefician con el empleo de corticoides durante las primeras semanas de tratamiento específico.

Cuando las lesiones tuberculosas son progresivas con abundante caseosis y gran cantidad de bacilos, el líquido serofibrinoso se puede transformar en purulento y producirse un empiema pleural con secuelas de mayor magnitud.

## CONCLUSIÓN

En este caso podemos observar la característica paucibacilar de la tuberculosis primaria con examen directo para BAAR negativo en las secreciones respiratorias.

La forma de presentación como una infección respiratoria aguda inespecífica acompañada de anergia tuberculínica puede demorar la sospecha diagnóstica, pero la proximidad con enfermos bacilíferos es sumamente importante para considerar la posibilidad de tuberculosis en pediatría. ■

## BIBLIOGRAFÍA

- Merino JM, Alvarez T, et al. Microbiology of pediatric primary pulmonary tuberculosis. *CHEST* 2001;119:1434-1438.
- Merino JM, Carpintero I, et al. Tuberculous pleural effusion in children. *CHEST* 1999;115:26-30.
- Sociedad Argentina de Pediatría. Criterios de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis infantil. *Arch Argent Pediatr* 2002;100(2):159-178.

## Presentación del nuevo caso clínico

En el próximo número se publicará el diagnóstico, manejo y tratamiento de este caso.

Paciente de sexo femenino, de 16 años de edad, sin antecedentes patológicos previos de importancia.

Motivo de consulta: distensión abdominal con asimetría del hemiabdomen superior (*Figura 1*).

Examen físico: se palpa masa abdominal.

Se realiza ecografía de abdomen donde se observa hepatomegalia. En el lóbulo hepático derecho y parcialmente en el izquierdo se observa imagen hipocogénica, de aspecto grisáceo, que

mide 20 x 11 x 11 cm. Posee contornos bien definidos (*Figura 2*, flecha 1). En su interior, se visualizan imágenes más pequeñas anecoicas y redondeadas (*Figura 2*, flecha 2).

En la tomografía computada se encontró una imagen hipodensa en hígado coincidente con los bordes de la descrita en la ecografía sin la visualización de las pequeñas imágenes redondeadas vistas en el corte ecográfico (*Figura 3*).

FIGURA 1. Aspecto físico de la paciente con la masa abdominal



FIGURA 2. Ecografía abdominal transversal

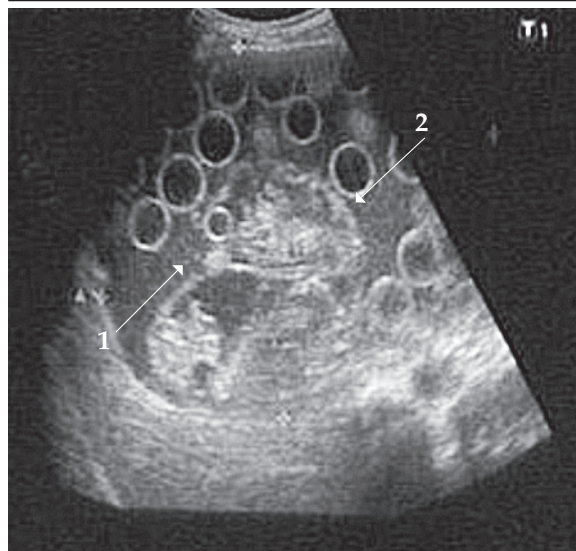
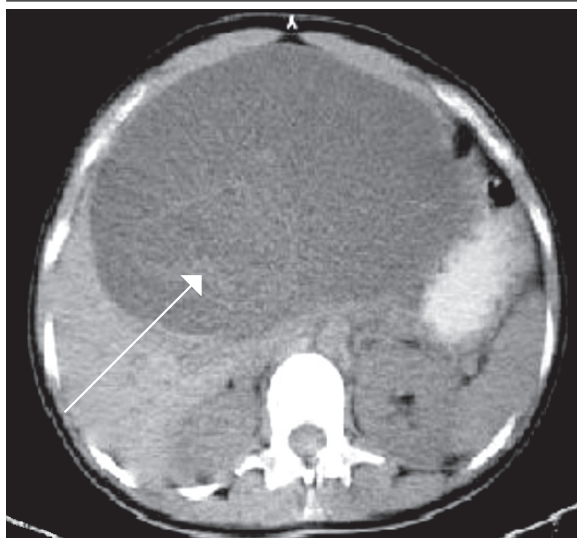


FIGURA 3. Tomografía computada de hígado



¿Cuál es su diagnóstico?

- A. Hemangiomas hepáticos.
- B. Hepatoblastoma.
- C. Hidatidosis hepática.
- D. Carcinoma hepático.
- E. Metastasis de neuroblastoma.

Para poder votar ingrese a:  
<http://www.sap.org.ar/archivos>