

Tuberculosis posprimaria en paciente de 8 meses

Post-primary tuberculosis in an 8-month-old patient

Cindy Mayorga⁽¹⁾, Marvin Calderón⁽¹⁾, Irwing Rivera⁽¹⁾, Roxana Martínez⁽¹⁾, Celia Martínez⁽¹⁾.

1. Departamento de Pediatría, Hospital Roosevelt, Guatemala, Guatemala.

Correspondencia: Dr Irwing Rivera, irwinrivera1904@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.36109/rmg.v161i3.527>

Recibido: 25 de Mayo 2022 - Aceptado: 3 de Julio 2022 - Publicado: Septiembre 2022

Resumen

Se presenta el caso de un paciente masculino de 8 meses, que es referido del Hospital de Sololá. Presentando historia de tos y fiebre crónica, iniciando tras la exposición a familiar positivo para tuberculosis. A la llegada al hospital, paciente se nota clínicamente enfermo, con presencia de roncus y sibilancias, asociadas a anemia y trombocitopenia. En estudios de imagen, lesiones sugestivas de tuberculosis posprimaria fueron apreciadas, por lo que se realizaron estudios microbiológicos, dando positivo para bacilos de tuberculosis. Llamó la atención, la rápida progresión de la enfermedad y la rara presentación para la edad del paciente.

Palabras clave: Tuberculosis, pediatría, tuberculosis posprimaria.

Abstract

The case of an 8-month-old male patient is presented, he was referred from the Hospital de Sololá. Presenting a history of cough and chronic fever, starting after exposure to a relative positive for tuberculosis. Upon arrival at the hospital, the patient felt clinically ill, with the presence of rhonchi and wheezing, associated anemia and thrombocytopenia. Lesions suggestive of a post-primary tuberculosis were seen in imaging studies, for which microbiological studies were carried out, giving a positive result for tuberculous bacilli. The rapid progression of the disease and the rare presentation for the patient's age drew our attention.

Keywords: Tuberculosis, pediatrics, post-primary tuberculosis.

Introducción

Mycobacterium tuberculosis (TB) es la principal causa de muerte en todo el mundo por un solo patógeno bacteriano. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que anualmente, 1 millón de niños tienen la enfermedad y muchos más albergan una forma latente de infección. Sin embargo, las estimaciones precisas se ven obstaculizadas por el reconocimiento insuficiente y los desafíos en el diagnóstico. Hasta la fecha, no existe una prueba diagnóstica precisa para confirmar la TB en niños. El tratamiento de la TB es prolongado, pero los resultados son generalmente favorables si se inicia a tiempo [1].

La presentación clínica es muy variable, desde formas síntomas constitucionales inespecíficos o respiratorios, hasta síntomas de afectación grave. La TB en el niño se caracteriza por mayor componente adenopático mediastínico que de consolidación pulmonar, a diferencia del adulto. Predominan los síntomas respiratorios (tos crónica, dificultad respiratoria, dolor torácico) y constitucionales (fiebre, sudoración, pérdida de peso). En lactantes, son frecuentes: fiebre, tos y disnea, así como auscultación alterada con estertores, hipoventilación e incluso sibilancias. Las sibilancias que no responden a broncodilatadores, pueden representar compresión de vía aérea por adenopatías mediastínicas aumentadas de tamaño, lo que puede ocurrir también en casos de estridor, que se puede poner de manifiesto o empeorar al inicio del tratamiento como reacción paradójica [2].

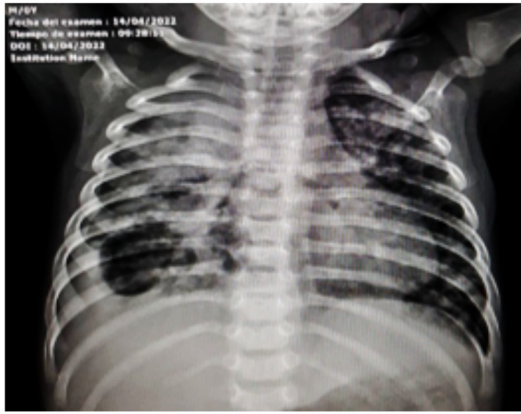
Presentación del caso clínico

Paciente masculino de 8 meses de edad, quien fue referido del Hospital de Sololá, bajo sospecha de infección tuberculosa. Madre refirió historia de fiebre no cuantificada por termómetro, asociada a tos no cianotizante ni emetizante, de predominio nocturno, con un tiempo de evolución aproximado de 4 meses. Habiendo recibido tratamiento sintomático y terapia antibiótica, sin presentar mejoría. Sin antecedentes prenatales, natales ni posnatales de relevancia. Con adecuado desarrollo psicosocial y neurológico. Dentro de sus factores de riesgo, se remarca el hacinamiento familiar, conviviendo con 7 personas en la misma habitación. Siendo una de esas personas, paciente adulto positivo para tuberculosis, quien ya se encontraba bajo tratamiento.

A la evaluación física, paciente con desnutrición proteico-calórica moderada, disnea, roncus y sibilancias. Se realizó analítica sanguínea en donde se detectó anemia y trombocitopenia. En estudios de imagen se evidenciaron lesiones compatibles con proceso tuberculoso. La baciloscopía resultó positiva. Paciente presenta deterioro clínico neurológico, por lo que se realiza estudio citoquímico del líquido cefalorraquídeo, en donde se detecta GeneXpert positivo para tuberculosis.

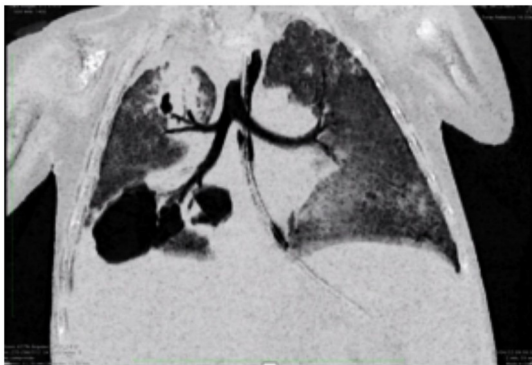
Actualmente, paciente permanece ingresado, recibiendo el tratamiento correspondiente. Con las impresiones diagnósticas de: tuberculosis meníngea, tuberculosis pulmonar posprimaria y desnutrición proteico-calórica moderada.

Fig. 1: Radiografía AP/Lordótica.



Se observa consolidado perihiliar derecho, el cual afecta el lóbulo superior y medio, asociándose a dos lesión radiolúcidas, con bordes definidos, situándose la de mayor tamaño en región basal, las cuales podrían ser compatibles con cavitaciones.

Fig. 2: Tomografía coronal.



Corte coronal, en donde identifican lesiones hipodensas, que presentan comunicación con vía aérea, siendo las bronquiectasias quísticas identificadas en la proyección lateral del estudio radiográfico. Además se visualiza el trayecto de sonda esofagogástrica.

Fig. 3: Tomografía - Axial



Cortes más caudales, en donde evidencia lesión hipodensa, densidad gas, que no comunica con vía aérea, compatible con cavitación de gran tamaño. Así mismo, se evidencia engrosamiento septal y patrón en árbol en brote, tanto a nivel anterobasal como posterobasal.

Discusión

La tuberculosis intratorácica se ha clasificado con base en la evidencia clínica, de laboratorio y radiológica. El niño debe presentar al menos un signo o síntoma sugestivo de tuberculosis pero sin otra etiología plausible. Estos signos y síntomas incluyen: tos persistente, pérdida de peso/retraso en el crecimiento, fiebre persistente e inexplicable y/o letargo o actividad reducida persistente e inexplicable. [3]. La tuberculosis primaria se presenta radiológicamente con hallazgos que incluyen adenopatías, consolidación, derrame pleural y nódulos miliares. Mientras que la tuberculosis posprimaria muestra consolidaciones que predominan en la región apical y zonas pulmonares superiores, nódulos y cavitaciones. [4]

Tradicionalmente, la tuberculosis primaria se consideraba una enfermedad de la infancia y se creía que la tuberculosis posprimaria, siempre representaba la reactivación de una infección latente en adultos. Sin embargo, una mejor comprensión de la enfermedad revela que estas nociones son algo inexactas. [4]

La progresión de la enfermedad generalmente ocurre dentro de 1 año después de la infección primaria en más del 90% de los casos. Siendo bimodal en la distribución por edades, con niños menores de 5 años y adolescentes con mayor riesgo. La progresión temprana de la enfermedad puede ocurrir de 2 a 6 meses después de la exposición, cuando puede ocurrir una consolidación homogénea. [3]

En el caso, previamente expuesto, lo que llamo la atención, fue la atípica presentación de la enfermedad, sobre todo considerando la edad del paciente, ya que, debido a lo mismo, cabría esperar unas manifestaciones más acorde a una enfermedad pulmonar primaria. Principalmente, mediante adenopatías mesentéricas. Sin embargo, se evidenciaron hallazgos que indicaban una progresión hacia la presentación posprimaria, observando cavitaciones y patrón en árbol en brote, hallazgos característicos de esta etapa. Además, desde el punto de vista microbiológico, también mostró hallazgos poco comunes, como lo es ser un paciente bacilífero; pese a ser un paciente lactante. Es posible que el estado nutricional y la intensa exposición al patógeno hubiesen contribuido a la agresiva progresión presentada. Recordando, que también presentaba diseminación hacia el sistema nervioso central.

Referencias bibliográficas – References

1. Thomas, TA. Tuberculosis in children. *Pediatr Clin North Am.* 2017 Aug; 64 (4): 893–909. DOI: 10.1016/j.pcl.2017.03.010.
2. Ramos Amador, JT et al. Tuberculosis primaria en Pediatría. *Pediatr Integral* 2021; XXV (2): 76–90.
3. Concepción, NDP et al. Standardized radiographic interpretation of thoracic tuberculosis in children. *Pediatr Radiol.* 2017; 47 (10): 1237–1248. DOI: 10.1007/s00247-017-3868-z.
4. Nachiappan, AC et al. Pulmonary Tuberculosis: Role of Radiology in Diagnosis and Management. *RadioGraphics.* 2017; 37 (1): 52–72. doi:10.1148/rg.2017160032.