

FORMAS CLÍNICAS DE LA TUBERCULOSIS

Dr. William Alvarez Torres.

Clasificación de la TBC (Comité de Diagnósticos de la Sociedad Americana del Tórax. 1981).

0.- No expuesto. No infectado, PPD negativo.

1.- Exposición a la TBC. No infección. PPD negativo.

2.- Infección por TBC. No enfermedad. PPD (positivo) Radiología y Clínica (negativa).

3.- Enfermedad Tuberculosa.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Básicamente la TBC puede ser intrapulmonar ó extrapulmonar. Para un mejor aprendizaje conviene entender las diferentes expresiones clínicas según la evolución de su historia natural.

Tuberculosis Pulmonar Primaria.

Complejo primario: Nódulo regional + foco parenquimatoso. Generalmente se resuelve en etapas tempranas Otras veces crece el nódulo y comprime un bronquio produciendo atelectasia simulando un cuerpo extraño. Síntomas respiratorios leves. Rara vez cuadro de neumonitis, obstrucción bronquial que se resuelven bien con tratamiento. En éste periodo se hace positivo el PPD.

Tuberculosis Pulmonar Primaria Progresiva.

Es muy rara en niños. el complejo primario crece mucho, produciendo una caverna con fiebre alta, neumonía importante, decaimiento, tos productiva, perdida de peso y sudores nocturnos. Pronóstico favorable, recuperación lenta pero muy probable con tratamiento adecuado.

Reactivación de la Tuberculosis

En adultos a veces ocurre que en el sitio de un foco primario sucede una reactivación TBC. En niños rara vez ocurre. Fiebre, decaimiento, pérdida de apetito y peso en la etapa de adolescente. Relación con el HIV. Recuperación apropiada con tratamiento.

Efusión Pleural.

El 70 % de los focos primarios son sub - pleurales por lo que su reactivación con descarga de bacilos en el espacio pleural y derrame es frecuente, cuando ocurren progresiones ó reactivaciones, que a su vez no son frecuentes. El inicio es súbito con alta fiebre, disnea, tos y empiema. El líquido pleural es característicamente muy abundante, cetrino, con mucha celularidad a expensa de linfocitos, baja glucosa y alta cantidad de proteínas. El cuadro clínico no se corresponde con la cantidad de líquido extraído con toracentesis. La colocación de una sonda pleural en éstos casos produce una complicación peligrosa de tipo bacteriana. El BK directo es importante para el diagnóstico. El tratamiento adecuado es efectivo.

Enfermedad Pericardica

Ocurre en un 0,5% de los casos de TBC en niños, es decir, es poco frecuente. La sospecha clínica se corrobora con el ECO. El tratamiento antiTBC es efectivo pero la compresión pericardica resultante de la cantidad de líquido seroibrínoso puede requerir tratamiento quirúrgico. El resultado de los cultivos tiene un buen 30 a 70 % de positividad, aunque llegan tarde.

Enfermedad de Nodulos linfáticos

La forma más frecuente de TBC extrapulmonar en los niños es la TBC de nodulos superficiales, especialmente en el cuello. La llamada ESCRÓFULA se producía por beber leche contaminada con M. Bovis Actualmente se observa que 9 al 0 meses después de infección con M. Tuberculosis se produce crecimiento de ganglios tonsilares, submaxilares, cervicales, axilares. Los ganglios pueden drenar ó solo inflamarse. Clínicamente se aprecian solo molestias locales. El 70 % de las veces la Rx de Tórax es normal. La adenitis TBC tiene un alto grado de participación de M. Atípicas. La epidemiología es necesaria para el diagnóstico: Contacto, región con alta incidencia de éste tipo de Mycobacterias, PPD estándar negativo.

Meningitis Tuberculosa

Es la forma de Tuberculosis mas peligrosa. Alto grado de mortalidad y de secuelas sin tratamiento adecuado. Clínica con toque a pares craneales y frecuente obstrucción de sistemas ventriculares con hidrocefalia. Datos de encefalitis son frecuentes. Liquido cefalorraquídeo con muy elevada proteinorraquia.

Tuberculosis cutánea.

Tuberculosis Abdominal gastrointestinal.

Tuberculosis Ósea,

Tuberculosis Renal.

Por suerte son formas poco frecuentes de TBC. Sus características especiales hacen que sean temas de especialistas en sus áreas específicas.

Tuberculosis y HIV

El HIV aumenta en 10% anual el riesgo de desarrollar TBC en un paciente.

En un paciente sin HIV el riesgo es de 5 % en toda su vida.

Un PPD de 5 mm es positivo en un paciente con HIV +.

En éstos casos el número de INH - RIFAMPICINA -RESISTENTES es mayor que en los ímunocompetentes.

Tuberculosis perinatal

Si tenemos historia de TBC materna el tratamiento es prioritario porque a veces el PPD en el RN no se positiviza sino hasta lo 3 meses y la sintomatología puede aparecer a las 3 semanas de vida. La TBC congénita suele confundirse con una sepsis bacteriana del RN, cuando no tenemos el antecedente familiar ó materno. A veces la enfermedad materna se descubre después de diagnosticar al RN.. La meningitis TBC en RN puede llegar al 50% de las veces, la mortalidad es alta por la falta de diagnóstico temprano. Visceromegalia, efusión ótica en niños muy pequeños (dato que debe hacernos sospechar por lo inusual), BK presente el lavado gástrico, son elementos para sospecha y tratamiento temprano.