

## Presentación atípica de tuberculosis

Parra Gordo MU, Mula Rey N<sup>2</sup>, Pena Fernández I<sup>1</sup>, Bandrés Carballo B<sup>1</sup>, González Sendra FJ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Radiodiagnóstico

<sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intensivos

Hospital Universitario La Princesa. Madrid

Paciente de 35 años de edad que refiere dolor torácico de un mes de evolución, mal definido, con tos poco productiva, febrícula, sudoración profusa nocturna, astenia y fatiga. No disnea, ortopnea, edemas o mareo. Pérdida de 4-5 Kg de peso. Como antecedentes personales, el paciente está diagnosticado de enfermedad de Chagas.

En la exploración física destaca cuello con ingurgitación yugular de 1 cm y pulsos carotídeos taquicárdicos y simétricos. Auscultación cardíaca: taquicardia sin soplos ni extratonos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Abdomen con hepatomegalia de 3-4 cm sin otras organomegalias apreciables. Miembros inferiores sin edemas y con buenos pulsos periféricos.

En las pruebas complementarias, el hemograma, la bioquímica y la coagulación son normales. Mantoux: 8 mm. Hemocultivo: estéril. Serologías: Brucella negativo; VIH positivo; Hepatitis B: HBsAg negativo, Anti-HBc negativo; Hepatitis C: negativo. C3 y C4 normal. ANA negativo. Anticuerpos antitiroideos normales. ANCA: p-ANCA negativo; c-ANCA negativo. VDRL: positivo, TPHA positivo, FTA positivo +++. CMV negativo.

La radiografía PA y lateral de tórax muestra cardiomegalia global (*figura 1*). Se realizó una tomografía computerizada (TC) torácica en la que se aprecia derrame pericárdico intenso con grosor de 25-30 mm, adenopatías mediastínicas aumentadas de tamaño y derrame pleural izquierdo (*figuras 2 y 3*).

Se solicita ecocardiograma en que se hallaron cámaras cardíacas, válvulas, arteria pulmonar y raíz aórtica sin alteraciones; destaca derrame pericárdico intenso circunferencial (en cara anterior 24 mm y en inferior hasta 30 mm) donde se aprecia material

homogéneo adherido a superficie cardíaca (fibrina); vena cava dilatada (26 mm) sin colapso inspiratorio; flujo de venas suprahepáticas con disminución acusada del flujo diastólico anterógrado en inspiración.

El diagnóstico diferencial del derrame pericárdico plantea múltiples posibilidades que podemos sintetizar en:

- Infecciosas: bacteriana (neumococo, estreptococo, estafilococo, neisseria, legionella), tuberculosa, vírica (coxsackie, influenza, VIH, hepatitis, adenovirus, echovirus), fúngica (histoplasmosis, coccidiomicosis, blastomicosis, candidiasis) y otras como sífilis, protozoos, parásitos (*Entamoeba histolytica*, toxoplasma).



Figura 1. Radiografía PA de tórax: marcada cardiomegalia

- Neoplasias: primarias (mesotelioma, sarcoma, fibroma, lipoma) o secundarias (metástasis de pulmón, mama, linfoma, timoma, leucemia, tumor carcinoide).



Figura 2. TC torácico con contraste intravenoso: derrame pericárdico y pleural (flechas)

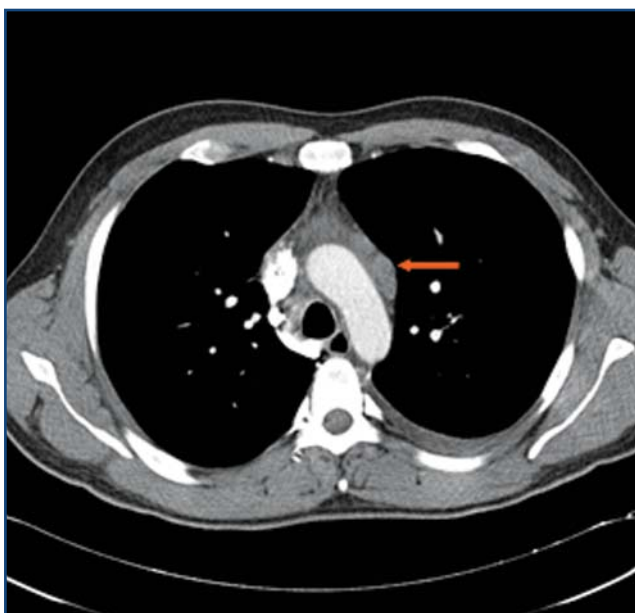


Figura 3. TC torácico con contraste intravenoso: adenopatías mediastínicas (flechas)

- Vasculitis y enfermedades del tejido conectivo: artritis reumatoide, fiebre reumática, lupus, esclerodermia, síndrome de Sjögren, síndrome de Reiter, espondilitis anquilosante, granulomatosis de Wegener, arteritis de células gigantes, polimiositis, síndrome de Behçet, fiebre mediterránea familiar, dermatomiositis, poliarteritis, síndrome de Churg-Strauss, púrpura trombótica trombocitopénica, vasculitis leucocitoclástica...

- Enfermedades de estructuras próximas: infarto miocárdico, disección aórtica, neumonía, tromboembolismo pulmonar, empiema.

- Alteraciones metabólicas: uremia, mixedema, gota, postdiálisis, escorbuto...

- Traumatismos: directos (perforación cardiaca, cirugía cardiaca), indirectos (radiación, traumatismos torácicos no penetrantes).

- Asociación a otros síndromes: síndrome de Loeffler, síndrome de Stevens-Johnson, aortitis de células gigantes, enfermedad inflamatoria intestinal, enanismo de Mulibrey, síndromes hipereosinófilos, pancreatitis aguda.

- Fármacos: procainamida, hidralazina, fenitoína, isoniazida, minoxidilo, anticoagulantes, metisergida...

## EVOLUCIÓN

El paciente en planta mejora de su sintomatología. Persiste tos irritativa y sudoración nocturna.

Se practica pericardiocentesis por el Servicio de Cirugía Cardiovascular y se drenan 500 cc de líquido serohemático. Se produce mejoría inicial (disminución de los signos congestivos), pero reaparece nuevo derrame pericárdico intenso en los días posteriores, con imagen en ecocardiogramas similar a la de los previos.

Con el resultado positivo de la serología para enfermedad de Chagas, se inicia tratamiento específico. Ante la persistencia del derrame, se realiza ventana pericárdica con toma de biopsia, cuyo resultado se informa como pericardio con granulomatosis epitelioides necrotizante de etiología tuberculosa en el material remitido.

Se sustituye el tratamiento previo por fármacos antituberculosos (isoniazida, pirazinamida, rifampicina y etambutol) y corticoides.

El diagnóstico final fue de pericarditis tuberculosa.

## COMENTARIO

El número de pacientes con tuberculosis ha aumentado en el mundo desde la mitad de los años 80, lo que se encuentra relacionado con el aumento de la infección por VIH (más del 50% de los derrames pericárdicos corresponden a pacientes seropositivos).

Otros factores que contribuyen al incremento del riesgo de padecer tuberculosis son las resistencias a los tuberculostáticos, el hábito alcohólico, la inmigración procedente de los países del tercer mundo, la indigencia y la edad elevada.

Aunque la afectación torácica es la más frecuente, la tuberculosis puede afectar a otros sistemas como el musculoesquelético, gastrointestinal, genitourinario o nervioso.

La afectación cardiaca por tuberculosis es rara, sólo 0,5% de los casos de tuberculosis extrapulmonar. El hallazgo principal es la afectación pericárdica; es menos frecuente la lesión miocárdica. El pericardio generalmente se compromete por diseminación linfática o hematogena de una infección tuberculosa primaria.

Raramente se contagia por diseminación contigua del pulmón. Se puede presentar como pericarditis aguda o constrictiva. El ecocardiograma es el método diagnóstico de elección. El electrocardiograma suele ser bastante inespecífico. El líquido pericárdico es serosanguinolento en 80% de los casos, con alto contenido de proteínas y linfocitos. El cultivo del líquido pericárdico es positivo en 50% de los casos y la biopsia pericárdica es diagnóstica por la presencia de los granulomas epitelizantes (sensibilidad de 10-64%). El ADA mayor de 35 U/l en líquido pleural tiene una sensibilidad del 90%.

La radiografía de tórax suele mostrar cardiomegalia. El signo de pericarditis tuberculosa en TC es un engrosamiento pericárdico superior a 3 mm, frecuentemente asociado a adenopatías mediastínicas. Menos de 20% de los pacientes tienen derrame pericárdico, como en el caso clínico presentado. Puede aparecer derrame pleural bilateral, dilatación de vena cava inferior y deformidad del septo interventricular.

La miocarditis tuberculosa se asocia a lesión miliar y puede ser asintomática, con aparición incidental en las necropsias.

El tratamiento consiste en la administración de cuatro antituberculostáticos durante seis meses. Es incierto el papel de los corticoides sobre la mortalidad y la disminución de la constrictión.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mayosi BM, Wiysonge CS, Ntsekhe M, Volmink JA, Gumedze F, Maartens G, et al. Clinical characteristics and initial management of patients with tuberculous pericarditis in the HIV era: the Investigation of the Management of Pericarditis in Africa (IMPI Africa) registry. *BMC Infect Dis* 2006;6:2.
2. Burrill J, Williams CJ, Bain G, Conder G, Hine AL, Misra RR. Tuberculosis: A Radiologic Review. *RadioGraphics* 2007;27:1255-73.
3. Reuter H, Burgess L, van Vuuren W, Doubell A. Diagnosing

tuberculous pericarditis. *QJM*. 2006;99:827-39.

4. Mayosi BM, Burgess LJ, Doubell AF. Tuberculous pericarditis. *Circulation* 2005;112:3608-16.

5. Strang JI, Nunn AJ, Johnson DA, Casbard A, Gibson DG, Girling DJ. Management of tuberculous constrictive pericarditis and tuberculous pericardial effusion in Transkei: results at 10 years follow-up. *QJM* 2004;97:525-35.

6. Trautner BW, Darouiche. Tuberculous pericarditis: Optimal diagnosis and management. *Clin Infect Dis* 2001;33:954-61.