

Tuberculosis simulando Patología Tumoral. Presentación de dos casos pediátricos.

Norma E González¹, Daniel Giambini², Victor O Pawluk¹, Daniel Navacchia³, Oscar Nobúa¹.

Resumen

El diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar puede ser difícil, siendo necesario un alto índice de sospecha, pues simula otras enfermedades. El examen histopatológico del tejido afectado es orientador, pero los estudios bacteriológicos específicos son necesarios para confirmar el diagnóstico. Presentamos un caso con características clínicas similares a un tumor anexial y otro como un síndrome linfoganglionar.

El objetivo de esta comunicación es recordar que debe considerarse la tuberculosis como diagnóstico diferencial en estos casos y señalar la importancia de realizar los cultivos para mycobacterias del material biopsiado.

Palabras clave: tuberculosis en niños, tuberculosis extrapulmonar.

Summary

The diagnosis of extrapulmonary tuberculosis may be difficult, so it needs a high index of suspicion, because it may mimic other diseases. The histopathological examination of the affected tissue is orientative, but specific bacteriologic studies are necessary to confirm diagnosis. We report one case clinically similar to an anexial tumor and other presenting as a lymph node syndrome.

The aim of this report is to remind that tuberculosis must be considered as a differential diagnosis in these cases and to point out the importance of performing the mycobacterial culture of the material that is biopsied.

Key words: tuberculosis in children, extrapulmonary tuberculosis.

Introducción

La Tuberculosis sigue siendo una de las enfermedades infectocontagiosas de mayor morbimortalidad en el mundo, registrándose 9 millones de casos nuevos por año¹.

¹Neumotisiología. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

²Cirugía. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

³Anatomopatología. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

Dirección Postal: Norma E. González. División Neumotisiología. Hospital Pedro de Elizalde. Av. Montes de Oca 40 (1270) Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

E-mail: neumotisiolizalde@gmail.com

En Argentina las notificaciones al Programa Nacional de Control de la Tuberculosis superan los 10.000 enfermos anuales, aproximadamente el 14% de estos casos son de localización extrapulmonar². Estas formas clínicas de tuberculosis han aumentado en muchos países en pacientes coinfectados con VIH³; en cambio, en los países en vías de desarrollo las condiciones asociadas a esta patología son la pobreza, el hacinamiento y las carencias socioeconómicas y culturales⁴.

La localización extrapulmonar suele ser de difícil diagnóstico, ya que puede simular otras enfermedades y manifestarse con trastornos de evolución subaguda o crónica, como un síndrome linfoganglionar o como patología pseudotumoral.

Se presentan dos casos con estas características, pues consideramos que el conocimiento de estas formas de presentación es de suma importancia para solicitar los estudios microbiológicos específicos al realizar los procedimientos diagnósticos.

Caso Clínico 1

Paciente de 11 años, sexo femenino, consulta por dolor abdominal intermitente e irregularidad en su ciclo menstrual de 1 mes de evolución. Se le efectuó ecografía abdomino-pelviana observándose útero desplazado por formación redondeada, extendida hacia la derecha ocupando fosa ilíaca y pelvis. La tomografía computada fue concordante con los hallazgos ecográficos. Se plantea el diagnóstico probable de blastoma ovárico y es derivada para su internación.

La paciente nació en Bolivia, sin antecedentes neonatales patológicos, buen desarrollo y maduración, historia inmunitaria completa, vacuna BCG con cicatriz. Refiere contacto esporádico con una tía con tuberculosis pulmonar diagnosticada dos años antes, sin haberse realizado estudios para descartar la enfermedad en el grupo familiar de la niña.

Al ingreso se encuentra afebril, eutrófica, en buen estado general; presenta masa abdominal en región hipogástrica y periumbilical de 10 x 15 cm, duroelástica, bordes irregulares, fija, no dolorosa.

Eritrosedimentación 56 mm, anemia, leucocitos normales, PPD 2 UT negativa (0 mm), radiografía y tomografía de tórax normales. Antígeno carcino embrionario, alfafetoproteína y antígeno CA 19-9 normales, antígeno CA 125: 132,3 (Valor Normal hasta 35).

Se efectúa exploración laparoscópica observán-

dose innumerables adherencias entre asas y a la pared y gran cantidad de granulomas (Foto 1). Se toman cultivos y biopsias. Diagnóstico post-operatorio: enfermedad granulomatosa peritoneal, sospecha de tuberculosis peritoneal.

Anatomía patológica de la biopsia: proceso inflamatorio granulomatoso no necrotizante, con las técnicas de PAS y Ziehl-Nielsen no se demuestran elementos agregados. Inicia tratamiento con isoniácida, rifampicina, pirazinamida y etambutol.

Al mes de tratamiento continúa en buen estado general, afebril, persiste con dolor abdominal, se constata aumento de la eritrosedimentación (105 mm) y aparición de nuevas imágenes redondeadas sólidas mixtas en la ecografía abdominal. Se agrega prednisona a 1 mg/kg/día.

A los 45 días de tratamiento específico y 22 días de corticoides orales, mejoraron los parámetros de laboratorio, la clínica y disminuyeron las lesiones.

Se recibe cultivo positivo para *Mycobacterium Tuberculosis* de la biopsia peritoneal.

La paciente realizó tratamiento con 4 fármacos dos meses, continuando 7 meses más con isoniácida y rifampicina; los corticoides se suspendieron gradualmente luego de 4 semanas de administración. Al alta no se hallaron signos clínicos, ecográficos ni tomográficos de lesiones secuelas.

Caso clínico 2

Niña de 7 años, derivada para estudio de un síndrome linfoganglionar de un mes de evolución. Refería pérdida de 5 kilos de peso, fiebre de 39-40°C desde cinco días previos al ingreso, dolor y distensión abdominal. Al examen físico presentaba adelgazamiento, palidez generalizada, adenomegalias laterocervicales y axilares, taquicardia, soplo sistólico 2/6, taquipnea, hipoventilación en campo pulmonar superior derecho, abdomen globuloso y muy distendido (foto 2).

Sin antecedentes personales o familiares significativos. Vacunación completa. Eritrosedimentación 60 mm, leucocitos normales, anemia, hipoproteinemia, PPD negativa (0mm), radiografía de tórax patológica (foto 3), ecografía abdominal: múltiples adenomegalias pre-aórticas (conglomerado de 55x39 mm), hiliar hepática (11mm), supramesentérica (26mm), retromesentérica (18mm), pre-cava (47mm), hepatomegalia homogénea. Serologías para infecciones virales negativas. Examen directo y cultivos de lavados gástricos y biopsia ganglionar cervical positivos con aislamiento de *M. Tuberculosis*. Histopatología de ganglio cervical concordante (foto 4).

No se halló fuente de contagio bacilífera en el estudio de foco familiar. La paciente fue tratada con cuatro drogas de primera línea y corticoides, con buena evolución (foto 5).

Discusión

Lo más importante para llegar al diagnóstico de tuberculosis es pensar en ella, tenerla en cuenta como diagnóstico diferencial en nuestro medio permite ahorrar tiempo y complicaciones.

Las formas extrapulmonares en ocasiones se manifiestan meses o años luego de la infección pulmonar⁵, pueden acompañarse de pruebas tuberculínicas negativas y en los niños mayores existe más probabilidad de contagio en el medio extrafamiliar; todos estos hechos dificultan mucho más llegar al diagnóstico.

En la localización abdominal algunos pacientes presentan una masa de localización ileocecal, ascitis, peritonitis o tumoraciones anexiales. En varios casos comunicados^{6,7} el diagnóstico definitivo se realizó mediante laparoscopia o laparotomía, especialmente en ausencia de compromiso pulmonar concomitante como en el caso 1.

La tuberculosis abdominal en niñas puede simular un carcinoma de ovario porque tiene signos y sín-

FOTO N° 1

Laparoscopia caso 1: granulomas y adherencias peritoneales e interasas.

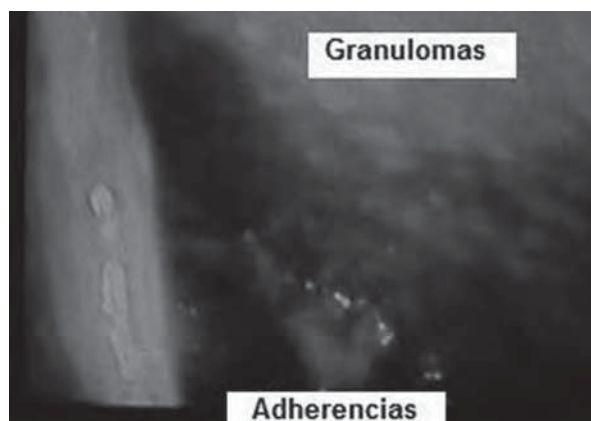


FOTO N° 2

Caso 2: obsérvese la marcada distensión abdominal y el adelgazamiento de miembros superiores.



tomas semejantes, como ascitis, dolor, presencia de masa pelviana y elevación de los niveles séricos del antígeno CA 1258, por este motivo es sumamente importante remitir muestras a bacteriología, en frascos estériles, sin formol, solicitando examen directo y cultivos para mycobacterias al efectuar el procedimiento quirúrgico.

La tuberculosis de los ganglios linfáticos puede ser diseminada, afectando múltiples grupos ganglionares, y acompañarse de signosintomatología similar a la de enfermedades malignas linfoproliferativas como se describe en el caso 2. En estos pacientes, además de solicitar los exámenes para descartar patología hemato-oncológica, también deben solicitarse los estudios microbiológicos de los ganglios afectados (incluyendo mycobacterias) remitiendo las muestras en las condiciones mencionadas.

FOTO N° 3

Rx tórax caso 2: opacidad con broncograma aéreo en lóbulo superior derecho.



FOTO N° 4

A. Macroscopía ganglio cervical Caso 2. B. Microscopía ganglio normal. C. Microscopía ganglio Caso 2.

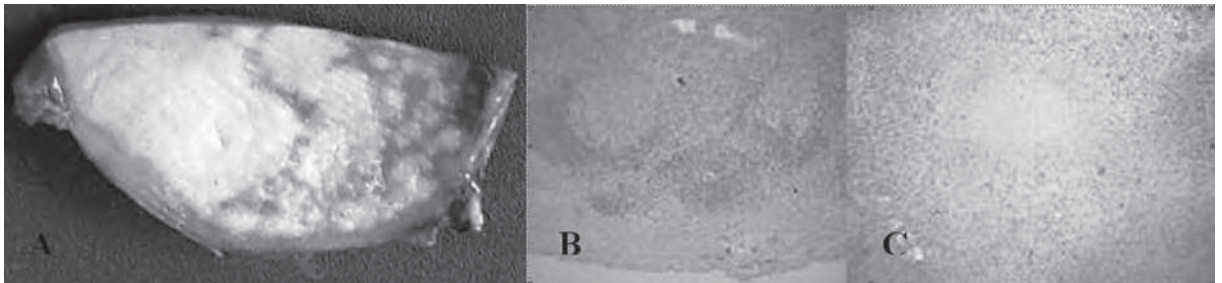


FOTO N° 5

Caso 2. Disminución de las adenomegalias al mes de tratamiento.



Bibliografía

1. **Global Tuberculosis Control.** WHO Report 2008. http://www.who.int/tb/publications/global_report/2008/pdf/key_points_es.pdf
2. **Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", ANLIS "Carlos Malbrán".** Tuberculosis en Argentina 1980-2005. PRO. TB.DOC.TEC.08/06.
3. **Golden M P et al.** Extrapulmonary Tuberculosis: An Overview. *Am Fam Physician* 2005, 72:1761-8.
4. **Khan R et al.** Diagnostic dilemma of abdominal tuberculosis in non-HIV patients: An ongoing challenge for physicians. *World J Gastroenterol* 2006, 12(39):6371-6375.
5. **Starke JR.** Tuberculosis in children. *Semin Respir Crit Care Med* 2004, 25(3):353-364.
6. **Rosell Camps A et al.** Diagnóstico por laparotomía de tuberculosis abdominal. *An Pediatr (Barc)* 2004, 61(1):75-77.
7. **Artigas Rodríguez S et al.** Tuberculosis abdominal seudotumoral. *An Pediatr (Barc)* 2004, 61(1):77-78.
8. **Çakir M et al.** A case of tuberculous peritonitis with elevated CA 125. *The Turk J Ped* 2005, 47:100-102.