

**Repaso de las
Manifestaciones
Clínicas de la Tuberculosis
Sospecha Diagnóstica**

Clínica de la tuberculosis

Depende de la localización

- Pulmonar
- Pleural, linfática, urogenital, osteoarticular, meníngea,...
- Cualquier órgano o tejido puede afectarse
- Diseminada o miliar. Más frecuente en Sida y otras inmunodeficiencias

Clínica de la tuberculosis: Inicio de los síntomas

Primoinfección

- Suele ser subclínica, o síntomas inespecíficos (tos, febrícula, etc.)
- La persistencia de los síntomas respiratorios en el niño durante más de 15 días aconseja practicar Rx de tórax, en especial si se acompaña de clínica extrapulmonar o sistémica (anorexia, pérdida de peso, eritema nodoso)

Clínica de la tuberculosis: Inicio de los síntomas

TB del adulto o postprimaria

- Frecuente inicio solapado (tos, expectoración mucopurulenta, sudoración nocturna, astenia, etc.)
- A veces inicio agudo (fiebre alta, expectoración hemoptoica o hemoptisis franca). Diagnóstico más precoz
- Forma especial de inicio: Neumonía TB (similar al síndrome clínico-Rx de neumonía bacteriana)
- TB miliar. Diagnóstico diferencial de la FOD (si inicialmente no se ve el patrón miliar radiográfico)
- Diseminaciones pulmonares extensas (disnea e insuficiencia respiratoria, hasta distress respiratorio)

Valoración clínica

- Para una buena detección de casos es fundamental tener en cuenta la posibilidad de que el paciente padezca una tuberculosis
- Muy importante definir los casos sospechosos de tuberculosis
 - Reducen la población de estudio
 - Aumentan el valor predictivo positivo y negativo de las pruebas diagnósticas
 - Incrementan el costo-eficacia de las estrategias de intervención

¿Cuándo pensar que un paciente puede padecer tuberculosis?

- Tos y/o expectoración durante más de 2-3 semanas:
Sintomático Respiratorio
- Otros síntomas:
 - Respiratorios
 - Hemoptisis, disnea, dolor torácico,...
 - Generales
 - Astenia, hiporexia, pérdida de peso
 - Febrícula vespertina, sudoración profusa,...
 - De otros órganos: Depende de la localización

Clínica de la tuberculosis: Pacientes VIH (+)

- Sin inmunodeficiencia: Síntomas similares al resto de los enfermos
- Con inmunodeficiencia: Clínica más inespecífica:
 - Síntomas generales (fiebre nocturna, astenia, pérdida de peso, adenopatías periféricas)
 - Alto % con Mantoux negativo
 - Más rápida diseminación de la tuberculosis
 - Hasta 60% de localización extrapulmonar

Exploración física

- Signos de valor orientativo:
 - Crepitantes en el espacio infraclavicular o en la zona interescápulo-vertebral por lesiones exudativas y cavitarias
 - Estertores bronquiales uni o bilaterales en las diseminaciones broncógenas
 - Afectación pleural: matidez a la percusión,...
 - Signos de localización extratorácicas: Eritema nodoso, adenopatías y fístulas cervicales y submaxilares, disfonia, fístulas de ano, afectación osteoarticular, ...
 - Si se sospecha diseminación hematológica, explorar SNC y fondo de ojo

Diagnóstico de tuberculosis

Análítica general

- Posibles alteraciones analíticas (inespecíficas):
 - Moderada anemia e hipoproteïnemia (si la evolución es prolongada)
 - VSG acelerada (50-60 mm a la 1ª hora)
 - Alteración de las pruebas de coagulación
 - Puede haber leucocitosis con neutrofilia (formas agudas y febriles) más frecuente linfocitosis (formas subagudas y crónicas)
 - Alteraciones hepáticas previas al tratamiento (GGT y/o transaminasas)
 - Hiponatremia e hipocloremia por Síndrome de secreción inadecuada de ADH (casos diseminados graves)
 - Hematuria sin dolor cólico y piuria con orina "estéril"

Diagnóstico de la tuberculosis

Radiología

- En el diagnóstico
 - Muy sensible y de gran valor en la sospecha diagnóstica
 - Inespecífica: Cualquier patrón Rx puede darse en otras enfermedades
- En el pronóstico y la respuesta al tratamiento tampoco tiene valor decisivo
 - % empeoramiento en 1-2 meses de tratamiento
 - Paciente con tuberculosis sólo está indicado realizarse dos estudios Rx, al inicio y final del tratamiento

Hallazgos radiológicos

■ Tuberculosis Primaria:

- A veces Rx normal
- Infiltrado alveolar, con o sin adenopatías hiliares o mediastínicas
- Derrame pleural

■ Tuberculosis postprimaria

- Rx normal muy rara (inmunodeficiencias severas)
- Afectación parenquimatosa pulmonar constante
- Localización más frecuente: Segmentos apical y posterior de los lóbulos superiores, segmento apical del lóbulo inferior, cualquier localización
- Cavitación es frecuente, puede existir diseminación broncogena
- Derrame pleural

Hallazgos radiológicos

Tuberculosis Miliar

- Patrón Rx típico con múltiples nódulos finos, menores de 3 mm, generalmente más profusos en lóbulos inferiores y que se ven mejor en el espacio retrocardíaco en la Rx lateral
- Siempre indica diseminación hematogena de la enfermedad y es un signo de gravedad que requiere intervención urgente

Hallazgos radiológicos

Tuberculosis y Sida

- Inmunodepresión no severa
 - Lesiones similares a las de los enfermos inmunocompetentes
- Inmunodepresión severa
 - Predomina lesiones típicas de tuberculosis primaria
 - Frecuente afectación linfática
 - % diseminación hematógena
 - % Rx normales
 - % afectación extrapulmonar

Hallazgos radiológicos

Micobacterias no tuberculosas

- Similares a la tuberculosis si afectan a inmunocompetentes
- ¿Cavidades con paredes más delgadas?
- Ausencia de lesiones sugestivas de tuberculosis primaria
- Posible presentación como nódulos pulmonares

¿Qué pruebas hacer cuando se piensa que un paciente puede padecer tuberculosis?

■ Siempre:

- Rx de tórax
- Baciloscopias y cultivos seriados de esputo (3 días consecutivos)
- Mantoux

■ Valorar

- Lavado gástrico (x3) en niños o fibroscopia si imposibilidad de expectorar
- Baciloscopia + cultivo de otras localizaciones, estudios de imagen de otras localizaciones, biopsias
- En enfermos de Sida, valorar todas las muestras posibles: Esputo, orina, técnicas broncoscópicas, LCR, biopsias, ...

Diagnóstico de la tuberculosis

- Certeza: Cultivo con crecimiento de colonias *M. tuberculosis*
 - Realizar todos los esfuerzos para obtener las muestras oportunas
 - Todas las muestras deben ser procesadas para baciloscopia y cultivo
- Alta probabilidad: Justifica iniciar el tratamiento si clínica compatible
 - Baciloscopia positiva
 - Necrosis caseosa en la limpieza de la biopsia (debe cultivarse)
- Exclusión: Fundamentado en datos clínicos, radiológicos y de laboratorio
 - Siempre necesario procesar muestras para baciloscopia y cultivo

Patrones de decisión ante la sospecha de tuberculosis pulmonar

