TUBERCULOSIS: DIVERSAS MANIFESTACIONES DE UNA MISMA ENFERMEDAD

[TUBERCULOSIS: DIFFERENTS MANIFESTATIONS OF ONE DISEASE]

Lely Solari1

Tradicionalmente se ha definido a la sífilis como la "gran simuladora" de las enfermedades infectocontagiosas, sin embargo la tuberculosis es igual de proteiforme en cuanto a sus manifestaciones clínicas. Esto se debe, entre otras causas, a tres factores importantes.

El primero, su capacidad de diseminación por vía hematógena y linfática. Esto le confiere la facultad de alterar la morfología y funcionamiento de virtualmente todos los órganos del cuerpo humano, incluso muchos años luego de la primo-infección, debido a su habilidad para permanecer latente en los mismos.

En segundo lugar, al tratarse de una infección intracelular, genera una respuesta inmune en la que prima ocasionalmente la liberación de citoquinas pro-inflamatorias, desencadenando procesos que pueden simular fenómenos autoinmunes. Y por último, su asociación con comorbilidades significativas que pueden ser tanto condicionantes de tuberculosis como condicionadas por la misma y que tienen su propia riqueza semiológica.

Estas manifestaciones atípicas de tuberculosis, tan variables, deben generar sospecha en el personal de salud, siendo una enfermedad muy prevalente en nuestro medio. Debemos recordar que ante un cuadro clínico raro, es más probable la manifestación atípica de una enfermedad frecuente que la manifestación típica de una enfermedad infrecuente.

Todo médico peruano debe conocer a fondo, no sólo la clásica radiografía de tórax con infiltrado apical o caverna, tan representativas de esta condición, sino también debe estar atento a solicitar las pruebas pertinentes ante posibles cuadros raros de esta enfermedad, que sin ninguna duda en los próximos años seguiremos viendo frecuentemente en los consultorios y salas de nuestros hospitales.



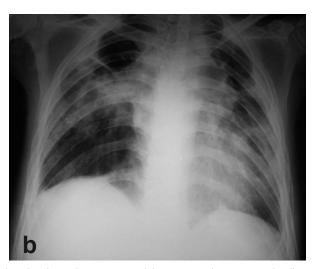


Figura 1. Dedos en palillos de tambor con distrofia ungueal y onicomicosis en la otra mano **(a)** en un paciente con episodios recurrentes de tuberculosis, desnutrición severa y Elisa para VIH y HTLV-1 negativos. Refleja las secuelas pulmonares crónicas de la enfermedad **(b)** y la inmunodepresión de tipo celular (Hospital Nacional Hipólito Unanue, mayo 2008).

Médico infectóloga. Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú. Correo electrónico: Isolari@ins.gob.pe



Figura 2. Eritema nodoso en consejera de pares que trabaja con pacientes coinfectados con VIH y tuberculosis. Se demostró la etiología del eritema nodoso en el marco de un estudio de investigación con ensayos de liberación de interferón gamma, prueba de laboratorio que viró a fuertemente positiva para tuberculosis (Hospital Nacional Hipólito Unanue, julio 2008).



Figura 3. Compromiso bilateral total por tuberculosis de diseminación broncógena en paciente sin factores condicionantes de inmunosupresión. Estos casos tienen alta morbimortalidad e infecciosidad (el extendido de esputo con coloración de Ziehl-Neelsen arrojó un resultado de 4+) [Hospital Nacional Hipólito Unanue, marzo 2007].





Figura 4. Adenitis cervical tuberculosa (a) en paciente inmunocompetente, que en el aspirado ganglionar (b) se obtuvo material purulento que fue positivo en la coloración Ziehl Neelsen.





Figura 5. Oligoartritis tuberculosa de rodilla (a) y tobillo (b) en paciente con corticoterapia crónica. El diagnóstico se realizó mediante el aislamiento del bacilo tuberculoso en medio de Ogawa de una biopsia sinovial de la rodilla (Hospital Nacional Hipólito Unanue, Junio 2008).

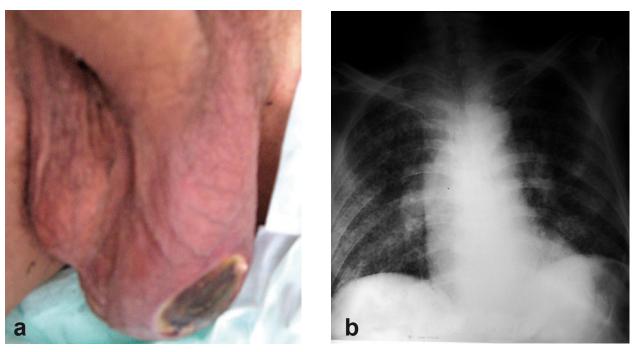


Figura 6. Úlcera escrotal crónica en paciente con síntomas respiratorios (a) y radiografía de tórax típica de tuberculosis miliar (b). El bacilo tuberculoso fue aislado de la secreción de la úlcera mediante cultivo en medio de Ogawa (Hospital Nacional Hipólito Unanue, marzo 2007).

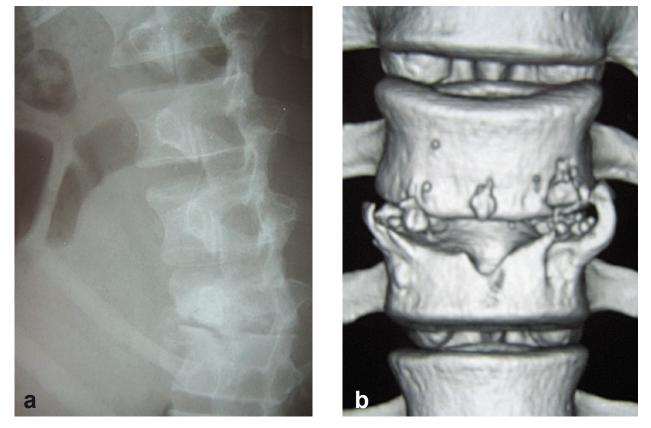


Figura 7. Radiografía simple **(a)** y resonancia magnética nuclear **(b)** de espondilitis tuberculosa. Se aprecia el extenso compromiso vertebral y discal en paciente con paraparesia (Hospital Nacional Hipólito Unanue, marzo 2009).