

## > EL RINCÓN DE LA TUBERCULOSIS

¿De la sospecha al diagnóstico o el diagnóstico sin sospecha?

Daniel Díaz Cabanela, Carmen Montero Martínez

Unidad de Tuberculosis y Servicio de Neumología. Hospital Juan Canalejo (A Coruña)

**La tisis es difícil de diagnosticar y fácil de tratar en sus primeras fases, mientras que resulta fácil de diagnosticar y difícil de tratar en su etapa final.**

Lucrecio. De la naturaleza de las cosas, 98 adC - 55 adC.

Parfraseando este aforismo latino, diríamos que hoy la tuberculosis es fácil de diagnosticar si se piensa en ella pero, si no se sospecha por parte del clínico, el diagnóstico se demora y la enfermedad se complica.

Un hombre de 50 años, inmunocompetente, no fumador y no bebedor que consultó por una lesión cutánea de evolución tórpida, desde hace seis meses, en el pie derecho, asociada a dolor que dificulta la marcha (Figura 1).

Figura 1. Úlcera cutánea en pie.



Figura 2. Úlcera pretibial en pierna contralateral.



En la zona pretibial de la otra pierna tiene otra lesión exudativa (líquido claro) (Figura2).

La anatomía patológica de ambas lesiones resultó inespecífica y el material obtenido para bacteriología resultó "estéril".

Una radiografía de la tibia detectó una lesión lítica (Figura 3). La gammagrafía ósea mostró captaciones en tibia izquierda y metatarso derecho (Figura 4).

Buscando un posible tumor primitivo se realizó una TAC (Figura 5), que mostró lesiones cavitadas e infiltrados

Correspondencia: Daniel Díaz Cabanela  
Unidad de Tuberculosis. Servicio de Neumología  
Hospital Universitario Juan Canalejo  
15006 A Coruña

Correo electrónico: DanielDiaz@canalejo.org

Figura 3. Lesión lítica en la tibia.



Figura 4. Gammagrafía ósea. Hiper captación en la tibia y metatarso, coincidente con las lesiones cutáneas.



no homogéneos en el lóbulo superior derecho con pérdida de volumen. Había signos de dispersión broncogena extensa en ambos pulmones. La radiografía simple de tórax resultó concordante con la TAC (Figura 6).

Ya centrando la sospecha diagnóstica se realizó Mantoux que demostró que el paciente, al menos, tenía una *infección tuberculosa latente*.

Por fin en cada una de las muestras respiratorias, cutáneas y óseas se observó la presencia de bacilos ácido alcohol resistentes y el cultivo fue positivo para *M tuberculosis* en todas las muestras.

Después de diez años de instauración del *Programa Galego de Prevención e Control da Tuberculose*, el número de casos y las tasas de tuberculosis en Galicia se han reducido más de la mitad<sup>1</sup>. Este indudable logro nos puede llevar a la falsa percepción de que la tuberculosis ha dejado de ser un problema entre nosotros y relajar la

atención y las medidas activas contra la enfermedad. La consecuencia sería el retraso diagnóstico generalizado y la consiguiente falta de control de la transmisión de la enfermedad desde enfermos insospechados, un aumento de casos secundarios y la posible quiebra de las actuales tendencias de la incidencia de la enfermedad<sup>2</sup>. Posiblemente, el retraso diagnóstico de la tuberculosis entre nosotros ya esté actuando como freno al declive observado.

Indudablemente nuestro paciente es un caso extremo, pero paradigmático de un sistema que ofrece generosamente los más sofisticados medios diagnósticos, pero que puede fallar en lo elemental. Nadie valoró la tos persistente que desde hacía más de dos años presentaba el paciente. Nadie sospechó que la disnea evidente y el deterioro general de los últimos meses pudiera tener su causa más allá de una lesión cutánea local.

Figura 5. TC de tórax con lesiones cavitadas en LSD y lesiones diseminadas en ambos pulmones.



Parece necesario alertar sobre la necesidad de mantener un nivel de sospecha activa entre los profesionales de la salud sobre la tuberculosis y otras enfermedades respiratorias que inicialmente pueden presentar una sintomatología banal y consecuentemente con la Carta de los derechos y responsabilidades del paciente<sup>3</sup> aplicar la primera de las 17 *Normas Internacionales para la atención de la tuberculosis*<sup>4</sup>: “Todas las personas con tos de más de dos o tres semanas deben ser evaluadas y realizar algo tan sencillo como una simple radiografía de tórax”.

Figura 6. Rx de tórax con lesiones cavitadas en LSD y diseminación broncogénica.



## CONCLUSIÓN

No se diagnostica aquello que no se sospecha.

El bajo nivel de sospecha conduce al retraso diagnóstico y en tuberculosis puede impedir el declive en la enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Características dos casos de tuberculose de Galicia dos anos 2005 e 2006 e evolución no período 1996-2006. Xunta de Galicia 2008.
2. Asch S. Why do symptomatic patients delay obtaining care for tuberculosis? *Am J Resp Crit Care Med* 1998;157:1244-1248.
3. Patients' Charter for Tuberculosis Care © 2006 World Care Council.
4. International Standards for Tuberculosis Care (ISTC). The Hague: Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, 2006.