

> NOTA CLÍNICA

Masa pulmonar en el contexto de un derrame pleural tuberculoso

Abel Pallarés-Sanmartín¹, Ana Cobas Paz¹, Rafael Vázquez Gallardo², Jose Antonio Díaz Pedreira¹, Maribel Botana Rial³, Alberto Fernández Villar³

¹Servicio de Neumología. Hospital Xeral de Vigo. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo.

²Unidad de Tuberculosis de Vigo (UTB). Servizo Galego de Saúde.

³Unidad de Técnicas Broncopleurales. Servicio de Neumología. Complexo Hospitalario de Vigo.

RESUMEN

La Respuesta Paradójica al tratamiento tuberculostático es un síndrome infrecuente, caracterizado por el desarrollo de lesiones tuberculosas no existentes antes de la terapia, o bien por el empeoramiento de las iniciales con una pauta adecuada. Este fenómeno puede estar en relación con una alteración de la reactividad inmunológica local producida por la liberación de metabolitos por parte de las bacterias al reaccionar frente a los fármacos; o por una depresión de la inmunidad celular (manifestándose en forma de linfopenia y anergia). Las localizaciones más frecuentes son: ganglionar, meníngea, renal o lesiones pulmonares graves, pero se ha visto que pueden aparecer en cualquier órgano, dando lugar a dificultades diagnósticas, no sólo antes del diagnóstico microbiológico inicial, si no posteriormente, ante la diversidad de lesiones con distinta evolución.

PALABRAS CLAVE: derrame pleural, tuberculosis, respuesta paradójica.

CASO CLÍNICO

Mujer de 15 años natural de la comarca de Vigo, sin antecedentes de interés, que es ingresada en nuestro centro por presentar cuadro de una semana de evolución de dolor en costado derecho de características pleuríticas acompañado de sensación distérmica con fiebre termometrada en su domicilio de hasta 39°C el día previo al ingreso. Niega síndrome constitucional, ni sudoración profusa. La paciente desconoce haber tenido contacto con pacientes con tuberculosis.

En la radiografía de tórax realizada en el servicio de urgencias se visualiza un derrame pleural derecho que se moviliza con el decúbito lateral (*Figura 1A*).

Ese mismo día se realiza una toracocentesis diagnóstica. El líquido obtenido es compatible con un exudado de predominio mononuclear (70%), con un pH de 7.27, un ADA de 32 y LDH de 817. Durante el ingreso se realizó una nueva toracocentesis, evacuándose 500cc, compatible con exudado de predominio mononuclear, con un ADA de 62.7 y un pH de 7.34. En la biopsia pleural realizada con el procedimiento anterior se obtuvo un tejido fibroso de origen pleural con infiltrado inflamatorio en el que predominan los linfocitos con histiocitos epitelioides.

Correspondencia: Abel Pallarés Sanmartín
Secretaría Neumología (planta 12), CHUVI. C/Pizarro 22 C.P 36204 Vigo

Correo electrónico: apallare@hotmail.com

DIAGNÓSTICO

Los hallazgos no son diagnósticos, aunque en el contexto clínico de la paciente, si son sugestivos de etiología tuberculosa.

EVOLUCIÓN

Ante la sospecha de derrame pleural de probable etiología tuberculosa se inicia tratamiento antibiótico con 4 fármacos (Rifampicina, Isoniacida, Piracinamida y Etambutol), con buena tolerancia por parte de la paciente, por lo que se procede al alta domiciliaria con controles de la paciente por la unidad de tuberculosis (UTB) de nuestra área sanitaria. La paciente presenta una buena evolución clínica, sin presentar efectos adversos a la medicación antituberculosa. En el control radiológico realizado a los dos meses del ingreso se objetiva la resolución del derrame pleural derecho pero se visualiza una masa redondeada de unos 6 cm de diámetro en el segmento anterior del lóbulo medio (*Figura 1B*). Ante la presencia de dicho hallazgo se decide realizar una tomografía computerizada (TC) torácica que confirma la existencia de la masa en segmento anterior del lóbulo medio, que no estaba presente en estudios previos (*Figura 1C*). Se decide adoptar una actitud conservadora y realizar un seguimiento radiológico, con controles cada dos meses. La masa muestra una progresiva disminución, hasta que en la TC torácica a los 8 meses de haber iniciado tratamiento, se objetiva una disminución de la misma (*Figura 2A*), atribuyendo por lo tanto el hallazgo de dicha masa a un derrame pleural de etiología tuberculosa. A los dos meses de la finalización del tratamiento, en una radiografía de tórax control, se objetivó la completa desaparición de la lesión (*Figura 2B*).

Figura 1. A y B

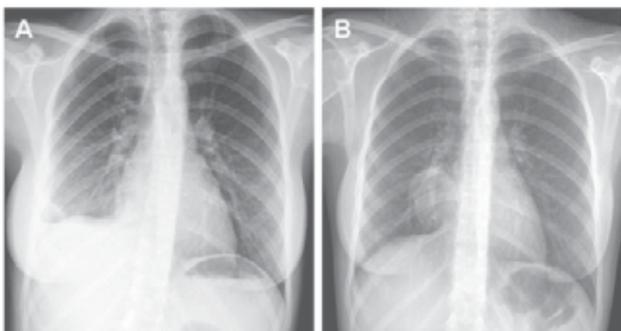
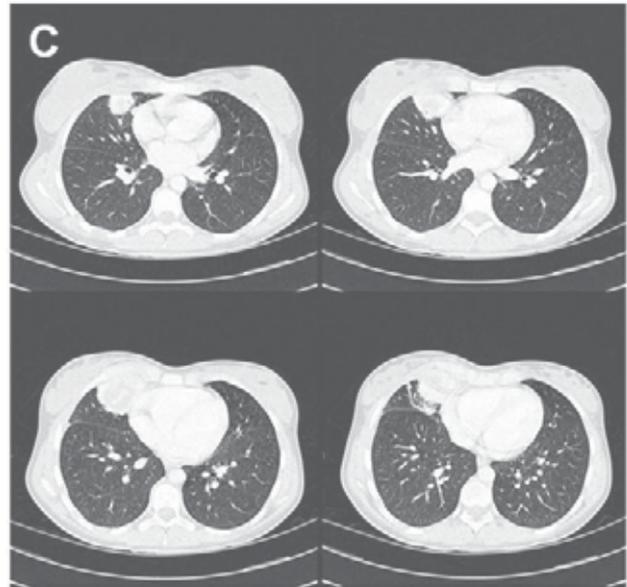


Figura 1. C



DISCUSIÓN

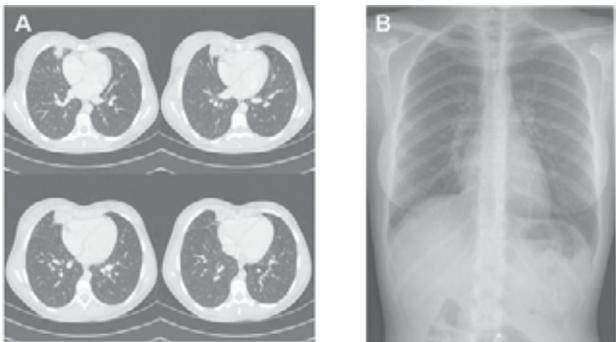
El derrame pleural tuberculoso se produce por una reacción de hipersensibilidad retardada a las proteínas de los bacilos tuberculosos presentes en el parénquima pulmonar adyacente a la pleura, que probablemente entran en el espacio pleural tras la rotura de dichos focos¹. Es más frecuente entre niños y adolescentes, como complicación de una tuberculosis primaria, que habitualmente es asintomática. Suele ser más frecuente entre los pacientes con algún tipo de inmunodeficiencia (como el VIH) y especialmente en pacientes con tuberculosis extrapulmonar². El tratamiento de la tuberculosis pleural es similar al de la tuberculosis pulmonar, precisando 6 meses de tratamiento con por lo menos tres antibióticos^{3,4}. Comúnmente, los pacientes presentan una remisión de la fiebre a las dos semanas de iniciar tratamiento, produciéndose una absorción completa del derrame a las seis semanas. Sin embargo, algunos pacientes pueden presentar una evolución tórpida del derrame, pudiendo mantenerse durante meses. En la literatura existen casos descritos de mala evolución radiológica del derrame pleural, definiendo respuesta paradójica al incremento de las lesiones o la aparición inesperada de nuevas lesiones a pesar de una aparentemente correcta terapia antituberculosa⁵. Se pueden presentar diversos patrones radiológicos, incluyendo el desarrollo de derrame pleural contralateral⁶ o

incremento del derrame pleural⁷. Dicha respuesta paradójica generalmente se presenta entre la semana 3 y 12 de haber empezado la terapia antibiótica, y habitualmente no requiere cambio de tratamiento.

Otro tipo de respuesta paradójica sería la aparición de nódulos, o como en nuestro caso de una masa, tras la resolución total o parcial del derrame. Según la serie de Choi⁸, estas lesiones suelen ser periféricas, presentándose en zonas que no estaban previamente ocultas por el derrame. La presencia de estas lesiones nos tiene que hacer pensar en la existencia de otras patologías como patología infecciosa no tuberculosa, patología tumoral o inflamatoria, requiriendo en muchas ocasiones, un incremento de las pruebas diagnósticas.

Nosotros pensamos que lo recomendable en este contexto clínico, es adoptar una actitud expectante, con controles radiológicos seriados, manteniendo el tratamiento inicial y requiriendo de estudios complementarios tan sólo en aquellos casos en que se produzca un empeoramiento clínico o radiológico.

Figura 2. A y B



BIBLIOGRAFÍA

1. Leibowitz S, Kennedy L, Lessof MH. The tuberculin reaction in the pleural cavity and its suppression by antioyphocyte serum. *Br J Exp Pathol* 1973;54:152.
2. Cheng SL, Wang HC, Yang PC. Paradoxical response during anti-tuberculosis treatment in HIV-negative patients with pulmonary tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2007;11:1290-95.
3. Treatment of tuberculosis. American Thoracic Society Society, CDC, and Infectious Diseases Society of America. American Thoracic Society and The Centers for Disease Control and Prevention. *Am J Respir Crit Care Med*. 2003;163: 603-62.
4. Yew WW, Leung CC. Update in tuberculosis 2008. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009. 179 (5);337-43.
5. Smith H. Paradoxical responses during the chemotherapy of tuberculosis. *J. Infect*; 1987;15;1-3.
6. Vilaseca J, Lopez-Vivancos J. Contralateral pleural effusion during chemotherapy for tuberculous pleurisy. *Tubercle*. 1984; 65;209-210.
7. Al-Majed SA. Study of paradoxical response to chemotherapy in tuberculous pleural effusion. *Respir Med*. 1996; 90; 211-214.
8. Choi. YW, Jeon SC, Seo HS et al. Tuberculous pleural effusion: new pulmonary lesión during treatment. *Radiology*. 2002; 224;493-502.