



IMAGEN 1-2011: INFILTRADO MILIAR EN PACIENTE CON CUADRO FEBRIL SUBAGUDO Y ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD DE LYME.



Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica. Fundado en 1845

Recibido: 05/10/2011
Aceptado: 12/10/2011

HSJD
Diego Ávila Sánchez¹
Jorge Bucknor Masis²

¹ Residente en Medicina Interna. Universidad de Costa Rica. Caja Costarricense del Seguro Social. Servicio Medicina Interna No. 1. Hospital San Juan de Dios. Correo electrónico: diegoavilasan@gmail.com

² Especialista en Medicina Interna. Asistente del Servicio de Medicina Interna No. 1. HSJD. Correo electrónico: jorgebucknor@gmail.com



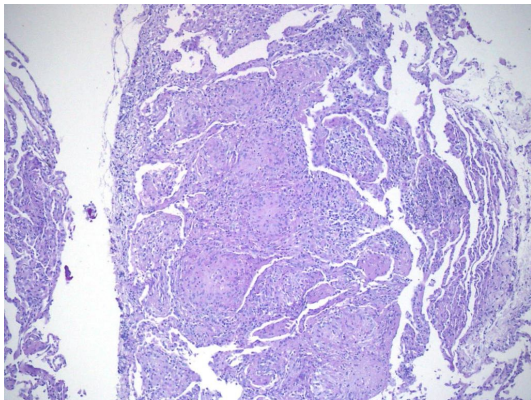


Fig 2. Biopsia transbronquial que evidencia células gigantes y granulomas con focus de necrosis caseosa.

RESUMEN DEL CASO

Masculino de 51 años, con antecedente de Enfermedad de Lyme diagnosticada y tratada hace 5 años en Estados Unidos (se desconoce detalles). Tabaquista y etilista inactivo. Consulta por cuadro de 2 semanas de evolución caracterizado por sensación febril no cuantificada, tos productiva y diaforesis nocturna. Se documenta VES 60 mm/h. Alcalosis respiratoria crónica con hipoxemia. Rx de tórax: infiltrado con patrón miliar. TAC tórax: infiltrado miliar bilateral y adenopatías mediastinales. Espusos por BK, No 5 muestras: no se observó BAAR. Biopsia transbronquial: inflamación granulomatosa crónica por BAAR.

TEXTO ADICIONAL EXPLICATIVO

La tuberculosis (TB) miliar es el resultado de la diseminación hematogena no controlada de la *Mycobacterium tuberculosis*⁽¹⁾. La TB miliar puede ocurrir como resultado de la progresión de una primoinfección, de la reactivación de un foco latente o raramente vía iatrogénica; y existe predilección por diseminación en órganos vascularizados como el hígado, bazo, médula ósea, pulmón y cerebro. Los principales determinantes de la propagación exitosa de la TB incluyen factores de virulencia de la *Mycobacteria* y el estado inmunológico del huésped (edad en extremos de la vida, infección por VIH, inmunosupresión farmacológica, embarazo, malignidad, diabetes mellitus, insuficiencia renal, abuso por alcohol, malnutrición proteico calórica). La presentación clínica de la TB miliar es muy variable, va desde una presentación aguda con falla orgánica

múltiple⁽²⁾ y shock séptico⁽³⁾, hasta una presentación subaguda o crónica caracterizada por fiebre persistente, sudoración nocturna y/o fallo de un órgano (pulmón, hígado, cerebro, cardiovascular, glándula suprarrenal)⁽⁴⁾. En relación al diagnóstico los frotis y cultivos son solo positivos en una minoría de pacientes (15-45% de los mismos), por lo que es recomendable obtener muestras de diferentes sitios (pulmón, estómago, orina, líquido cefalorraquídeo)⁽⁵⁾. El análisis histopatológico de los tejidos continúa desempeñando un rol importante en el diagnóstico de la TB miliar. La biopsia de hígado es la más sensible. Los granulomas caseosos se demuestran en el 91-100% casos de las biopsias de hígado comparado con la biopsia de médula ósea (31-82%) y la biopsia transbronquial (72-63%)⁽⁶⁻⁷⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sharma SK Mohan A Sharma A Mitra DK *Miliary tuberculosis: new insights into an old disease*. Lancet Infect Dis 2005; 5:415.
2. Sydow M Schauer A Crozier TA Burchardi H *Multiple organ failure in generalized disseminated tuberculosis*. Respir Med 1992; 86:517.
3. Ahuja SS Ahuja SK Phelps KR *et al*. *Hemodynamic confirmation of septic shock in disseminated tuberculosis*. Crit Care Med 1992; 20:901.
4. Asada Y Hayashi T Sumiyoshi A *et al*. *Miliary tuberculosis presenting as fever and jaundice with hepatic failure*. Hum Pathol 1991; 22:92.
5. Basgoz N *Clinical manifestations; diagnosis; and treatment of miliary tuberculosis*. UpToDate 2011.
6. Maartens G Willcox PA Benatar SR *Miliary tuberculosis: rapid diagnosis, hematologic abnormalities, and outcome in 109 treated adults*. Am J Med 1990; 89:291.
7. Kim JH Langston AA Gallis HA *Miliary tuberculosis: epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, and outcome*. Rev Infect Dis 1990; 12:583.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Mónica Arroyo Rojas del Servicio de Patología HSJD.