



TUBERCULOSIS PULMONAR Y GANGLIONAR

DRA CYNTHIA I. ROJAS V.

Residente de 2do año

2009



- Caso Clínico
- Mycobacterium tuberculosis
- Patogenia
- Clínica
- Diagnóstico
- Tuberculosis Ganglionar
- Fármacos
- Regímenes Terapéuticos
- Resistencia a Fármacos
- Actualizaciones



Caso Clínico

- Paciente : M.M.
- Edad : 13 años.
- Sexo : masculino
- Procedencia : Curuguaty
- F. Ingreso : 16/03/09.-
- Derivado : CMI – San Lorenzo.
- Historia de
 - Fiebre de 2 meses varias veces al día que ceden espontáneamente.
 - Pérdida de peso de 2 meses.
 - Tumorción en región supraesternal de 2 meses.
- APP : contacto con portadores de TBC en tratamiento.



Al ingreso

Fr: 22 x min.

Fc: 62 x min.

T^o: 37,6

Activo, reactivo, pálido, llamaba la atención tumoración en región supraesternal.

Impresionaba portador de patología crónica.

Cuello: tumoración en región supraesternal de 5 cm de diámetro indolora, sin signos inflamatorios.

Ap. Resp. MV conservado. No rales.

ACV: R1 R2 Normofonéticos. Ritmo regular no soplos.
Pulsos conservados

Abdomen: blando no doloroso, hígado 5 cm. RCD, bazo 2 cm. RCI
RHA conservado.

Resto del examen físico normal.



Diagnóstico al Ingreso

Sospecha de Tuberculosis
Pulmonar y Ganglionar



Laboratorios

	16/03/2009	17/03/2009
GB	11600	10100
N	72%	71%
L	22%	21%
Hb	12,2	12
Hcto.	37	35
Plaquetas	600000	513000
VSG	-	35
PCR	+	+
Urea	20	29
Creatinina	0,9	0,8
GOT	28	21
GPT	105	62
FA	375	150
BT	0,42	0,36
BD	0,12	0,08
BI	0,3	0,28
Na	135	138
K	4,6	4,4
Orina Simple	Normal	Normal



Rx Tórax : imagen sugerente de caverna

Ecografía : imagen compatible con colección
Ganglios abcedados.

Líquido gástrico : -

Frotis y cultivo de secreción de tumoración : -

Hemocultivo : -

PPD: -

TAC de Tórax: congestión hilar, ganglios bilaterales
aumentados de tamaño.



Tratamiento

Cefazolina : 4g/d

Isoniazida : 300 mg/d

Rifampicina : 600 mg/d

Pirazinamida: 1500 mg/d

Etambutol : 1200 mg/d

Vitamina B6 : 30 mg/d



Mycobacterium tuberculosis

- Bacilos curvos debilmente Gram +, pleomorfos, inmóviles, no esporulados, aerobios.
- Acido – alcohol resistencia.
- Cultivo 4 a 8 semanas.



Patogenia

- Infección tuberculosa latente.
- Enfermedad tuberculosa.



- Enfermedad Pulmonar Primaria.
 - Complejo primario.
 - Focos Subpleurales (70 %).
 - Lesiones colapso - consolidación.
 - Cavitación.

- Enfermedad Pulmonar Progresiva.
 - Diseminación intrapulmonar.
 - Síntomas inespecíficos.
 - Complejo de Ranke.
 - Foco de Simon.
 - Foco de Weigart.



Clínica

- Asintomáticos.
- Febrícula.
- Tos leve no productiva.
- Síntomas sistémicos, fiebre, sudores nocturnos, anorexia son menos frecuentes.
- Dificultad para aumentar de peso.
- Retraso del crecimiento.
- Extrapulmonar: 25 a 30%.



Diagnóstico

- Clínica.
- Epidemiología.
- Hemograma.
- VSG.
- Rx Tórax.
- TAC
- RMN
- PPD
- Microbiológico
 - Esputo.
 - Líquido gástrico.
 - Aspirado bronquial.
 - Cepillado bronquial.
- Serológico
- QuantiFERON
 - TB-Gold
 - T SPOT TB



Tuberculosis Ganglionar

- Forma más frecuente de TBC extrapulmonar.
- 6 a 9 meses después de la infección.
- Escrófula, firmes, pequeños indoloros.
- No suele haber signos y síntomas sistémicos.
- PPD +
- Rx de tórax normal (70%).
- Buena respuesta a tratamiento.



Fármacos

- Isoniazida (10-15 mg/Kp/d)
 - D.max 300 mg/d.
- Rifampicina(10-20mg/Kp/d)
 - D.max 600 mg/d.
- Pirazinamida(20-40mg/Kp/d)
 - D.max 2 g/d.
- Etambutol(15-25mg/Kp/d)
 - D.max 2,5 g/d.
- PAS
- Amicacina
- Canamicina
- Capreomicina
- Cicloserina
- Estreptomicina
- Etionamida
- Levofloxacina



Regímenes Terapéuticos

■ ITBL

- S. a Isoniazida – 9 meses.
- R. a Isoniazida – 6 meses de rifampicina.
- R. a INH-RIF- consultar.

■ TBC

- 2 meses INH – RIF – PZN.
- 4 meses INH – RIF.



Resistencia a Fármacos

- Resistencia primaria. (más frecuente en pediatría).
- Resistencia secundaria.
- R. a INH 9 meses RIF, PZA, EMB.
- R. a INH y RIF 12 a 24 meses.