

## TUBERCULOSIS PLEURAL EN EL PERÍODO 1997-2002

M. A. Remacha Esteras, I. Parra Parra\*, A. Esteban Martín, J. M. Guerra Laso\*\*.

Servicio de Microbiología, Neumología\*, Medicina Interna\*\*. Hospital Monte San Isidro. León

La importancia de la tuberculosis pleural (TP) varía según la zona geográfica que se considere. En Tanzania la TP representa el 31% del total de la tuberculosis (TBC)<sup>1</sup>, mientras en España los datos de los aislamientos pleurales oscilan entre el 4.5% en el año 2000 al 3.6% en el 2001 del total de cepas de *Mycobacterium tuberculosis*, según publica el Centro Nacional de Microbiología de Majadahonda<sup>2</sup>.

El objeto de nuestro estudio es presentar los resultados del análisis retrospectivo de las historias clínicas de 14 pacientes, con aislamiento de *M.tuberculosis* en líquido pleural, desde 1997 al 2002.

La TP predominó en varones (78%) mayores de 35 años (64%), con factores predisponentes (71%) y presentación aguda (entre 1 semana y un mes) en el 71%. El derrame pleural fue en todos los casos unilateral y en el 86% de predominio derecho, en 1 caso se asoció a neumonía y en 2 a neumotórax, que precisaron tubo de drenaje. Todos fueron exudados pleurales con unas cifras altas de LDH, ADA y una celularidad inferior a 6000/mm<sup>3</sup> de predominio linfocitario. La cifra de ADA fue >52 UI/L en los 14 pacientes. El tratamiento específico se asoció a buena evolución (79%). Hubo un exitus ajeno al proceso tuberculoso, un caso de fibrosis masiva y 2 pacientes con neumotórax de mala evolución (uno con fístula broncopleural y el otro con paquipleuritis y neumotórax recidivante).

La tuberculosis es una de las causas más frecuentes de derrame pleural en nuestro medio (41% de todos los exudados)<sup>3</sup>. De todos los pacientes diagnosticados de TBC en nuestro centro, sólo en 14 pacientes (4.6%) se aisló *M.tuberculosis* del líquido pleural. En este estudio

la mayoría de los pacientes con TP tenían >35 años lo que contrasta con el predominio en jóvenes que ocurría hace unas décadas<sup>3,4</sup>; hemos encontrado unos datos similares a los nuestros en Galicia (62% de sus TP eran >35 años)<sup>5</sup>. La patogenia de la TP en pacientes >35 años sería por la existencia de una infección del espacio pleural debido a la reactivación de una infección tuberculosa y no por una reacción de hipersensibilidad retardada como ocurriría en jóvenes<sup>1,5</sup>.

La forma de presentación de la TP puede ser aguda (con fiebre y dolor torácico) más frecuente en jóvenes o crónica, que predomina en personas mayores con síndrome general como ocurrió en nuestros pacientes<sup>4</sup>.

En el diagnóstico de TP sigue siendo el cultivo el método definitivo, aunque la determinación del ADA, el interferón gamma y la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) pueden ser de gran utilidad<sup>1,3,4,6,7</sup>. En personas de edad avanzada, el diagnóstico de TP puede ser dificultoso por la clínica inespecífica, la existencia de otros procesos que cursan con derrame y/o elevación del ADA (neoplasias, insuficiencia cardiaca) y la baja recuperación de *M.tuberculosis* en el líquido pleural. Esto hace necesario un alto índice de sospecha clínica de TP.

La pauta de tratamiento más utilizada es 2HRZ/4HR<sup>1,4</sup>, que fue la empleada en nuestros pacientes, salvo en los casos en que hubo complicaciones y que fue necesario prolongar hasta 9 meses y/o asociar tratamiento quirúrgico.

Para finalizar, señalar que ante un derrame pleural de predominio linfocitario y ADA elevado en un paciente mayor de 35 años, la TP es una etiología a considerar aunque la clínica predominante no sea respiratoria.

Recibido: 27 de marzo de 2003. Aceptado: 9 de julio de 2003.

Correspondencia:

Dra. M.ª Antonia Remacha Esteras  
Laboratorio-Microbiología. Hospital Monte San Isidro  
Carretera Asturias, s/n. 24008 León  
Teléfono: 987 22 72 50  
Correo electrónico: antoniarremacha@hotmail.com

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrer J. Pleural tuberculosis. *Eur Respir J* 1997; 10:942- 947.
2. Rodríguez Valín E. Aislamientos de *M.tuberculosis* notificados al Sistema de Información Microbiológica (SIM) en los años 2000 y 2001. *Bol Epidemiol Semanal* 2002; 10:197-208.
3. Haro M, Ruiz-Manzano J, Gallego M, Abad J, Mantecola JM, Morera J. Pleural tuberculosis: analysis of 105 cases. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1996; 14:285-289.
4. Caminero JA. Tuberculosis pleural. *Med Clin* 1990; 94:384-8.
5. Valdés L, Alvarez D, San José E, Penela P, Valle JM, García-Pazos JM et al. Tuberculosis pleurisy: a study of 254 patients. *Arch Intern Med* 1998; 158:2017-21.
6. Light RW, Ferrer J. Diagnóstico de la pleuritis tuberculosa. *Arch Bronconeumol* 1999; 35:105-107.
7. Jiménez D, Díaz G, Pérez-Rodríguez E. Diagnosis of pleural tuberculosis. *Chest* 2002; 121:1005.