

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2025,
Volumen 9, Número 4.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2

TUBERCULOSIS PLEURAL EN VARÓN DE 90 AÑOS: CASO CLÍNICO

**PLEURAL TUBERCULOSIS IN A 90-YEAR-OLD MAN:
CLINICAL CASE**

Victor Sebastian Mendoza-Perez
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Ma. Del Carmen Perez-Perusquia
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Ahtziri Garcia-Camacho
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i4.19467

Tuberculosis pleural en varón de 90 años: caso clínico

Victor Sebastian Mendoza-Perez¹

aerovikol@gmail.com

Médico Interno de Pregrado. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Pachuca de Soto, México. UAE610303799

Ma. Del Carmen Perez-Perusquia²

Médico Adscrito al Servicio de Medicina Interna. Hospital General Columba Rivera Osorio ISSSTE. Pachuca de Soto, México. ISS-600101-5A3

Ahtziri Garcia-Camacho³

Médico Residente de 2do año del Servicio de Medicina Interna. Hospital General Columba Rivera Osorio ISSSTE. Pachuca de Soto, México. ISS-600101-5A3

RESUMEN

La tuberculosis pleural es una forma de tuberculosis extrapulmonar que ocasiona derrame pleural exudativo unilateral en la mayoría de los casos. Los métodos diagnósticos son el aislamiento de BAAR en líquido pleural, biopsia pleural y mediciones de IFN- γ y adenosín desaminasa. El tratamiento para esta presentación es la misma que para la tuberculosis pulmonar, es decir, dos meses de fase intensiva seguida de una fase de cuatro meses de continuación. Se presenta el caso de un adulto mayor que inició su padecimiento actual con un cuadro respiratorio y que, tras la determinación de ADA se integró el cuadro de tuberculosis pleural.

Palabras clave: tuberculosis, derrame pleural, toracostomía, adenosin desaminasa

¹ Autor principal

Correspondencia: aerovikol@gmail.com

Pleural tuberculosis in a 90-year-old man: clinical case

ABSTRACT

Pleural tuberculosis is a form of extrapulmonary tuberculosis that causes unilateral exudative pleural effusion in most cases. Diagnostic methods include isolation of AFB in pleural fluid, pleural biopsy, and measurement of IFN- γ and adenosine deaminase. Treatment for this presentation is the same as for pulmonary tuberculosis, that is to say, a two-month intensive phase followed by a four-month continuation phase. We present the case of an older adult whose current condition began with respiratory symptoms and, after ADA determination, pleural tuberculosis diagnosis was made.

Keywords: tuberculosis, pleural effusion, thoracostomy, adenosine deaminase.

Artículo recibido 20 julio 2025

Aceptado para publicación: 20 agosto 2025



INTRODUCCIÓN

La tuberculosis pleural es la forma más prevalente de tuberculosis extrapulmonar (1). En 13 estudios realizados entre 1996 y 2021 en pacientes con tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, más de la mitad de los pacientes presentaba pleuritis tuberculosa (2).

El cuadro clínico principal es tos seca (80%), dolor pleurítico (75%) y fiebre (74%). En caso de presentarse derrame pleural, este ocurre en el lado ipsilateral a la pleura afectada (3).

El diagnóstico de tuberculosis pleural se basa en definitivo o probable. Un diagnóstico definitivo se caracteriza por la confirmación microbiológica de *M. tuberculosis* en el tejido o líquido pleural, hallazgos histopatológicos compatibles del tejido pleural o un cultivo de esputo positivo para *M. tuberculosis* con mejora del derrame pleural tras el tratamiento. Un diagnóstico probable se alcanza a partir de un conjunto de parámetros clínicos y de laboratorio tras excluir diagnósticos alternos y con la mejoría clínica tras el tratamiento para tuberculosis (4).

El tratamiento de tuberculosis pleural es similar al de la presentación pulmonar. Se ofrece un régimen de cuatro fármacos durante dos meses (isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol) seguido de un régimen de dos fármacos durante cuatro meses (isoniazida y rifampicina) (5).

Se reporta el caso de un masculino de 90 años que comenzó con disnea de grandes esfuerzos y que posterior a toracentesis diagnóstica y determinación de adenosin desaminasa (ADA) se confirmó el diagnóstico de tuberculosis pleural.

Caso clínico

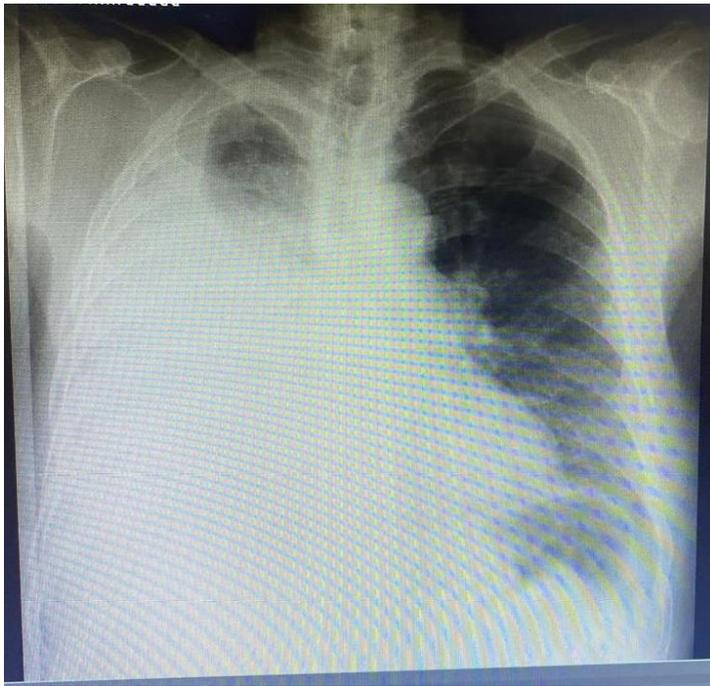
Masculino de 90 años de edad originario de Tlaxcala, campesino, COMBE negativo, tabaquismo negativo con antecedente de fractura de arcos costales secundario a accidente automovilístico en 1984 y exposición a humo de leña durante su infancia a razón de 1-2 horas diario por lo menos 7 a 10 años.

Inició su padecimiento actual aproximadamente 1 año con la presencia de malestar general intermitente, caracterizado por mialgias generalizadas, astenia, adinamia y pérdida ponderal de aproximadamente 10 kg a febrero de 2025. El 15 de diciembre de 2024 presentó disnea de grandes esfuerzos la cual se acompañó de la presencia de tos no productiva, disneizante y dolor de tipo punzante en cara anterolateral de tórax derecho, el cual exacerbaba con la presencia de tos y mitigaba con ausencia de la misma.



El 26 de enero tras acudir a consulta médica particular y tras toma de estudios paraclínicos, se documentó la presencia de derrame pleural masivo. El día 27 de enero ingresó a servicio de urgencias donde se tomó radiografía de tórax (Figura 1) y tras integrar el diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda ingresó al servicio de medicina interna.

Figura 1. Radiografía de tórax en servicio de urgencias.



En la exploración física destacó la disminución de amplexión y amplexación, presencia de vibraciones vocales, timpanismo y 70% del murmullo vesicular en hemitórax derecho constituyendo un síndrome de derrame pleural. El resto de la exploración física no presentó detalles patológicos adicionales. De sus exámenes de laboratorio resaltó la presencia de monocitosis, linfopenia, hipertrigliceridemia e hiponatremia.

El día 28 de enero se realiza tomografía computarizada de tórax evidenciándose derrame pleural masivo derecho (Figura 2), nódulos pulmonares izquierdos calcificados, ganglios mediastinales inespecíficos e hipertensión arterial pulmonar. Se realiza toracentesis diagnóstica y terapéutica donde se obtuvieron 2 muestras que fueron enviadas para realizar estudio citológico y citoquímico. Posterior a la colocación de catéter vizcarra se dejó drenaje por gravedad de líquido, recolectándose 1,500 cc en 3 horas (Figura 3).

Figura 2. TC de tórax: derrame pleural derecho.

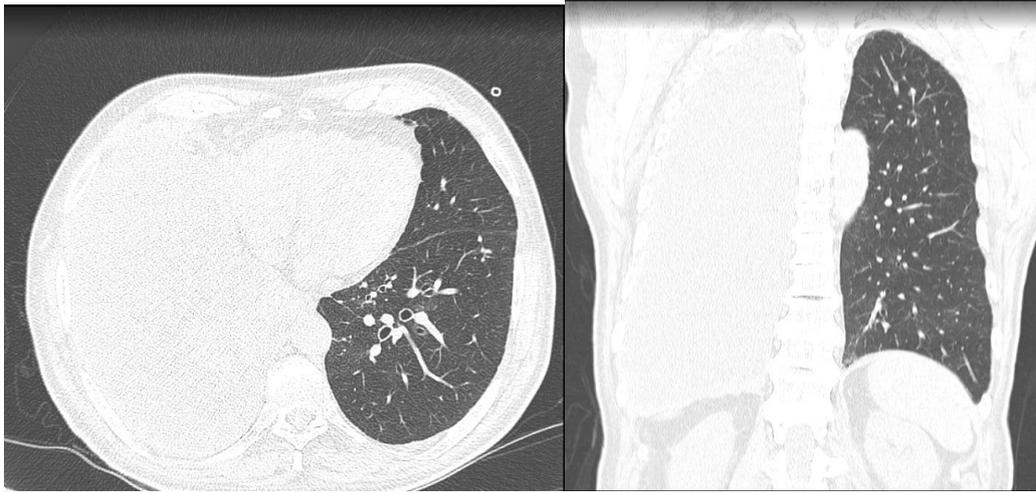
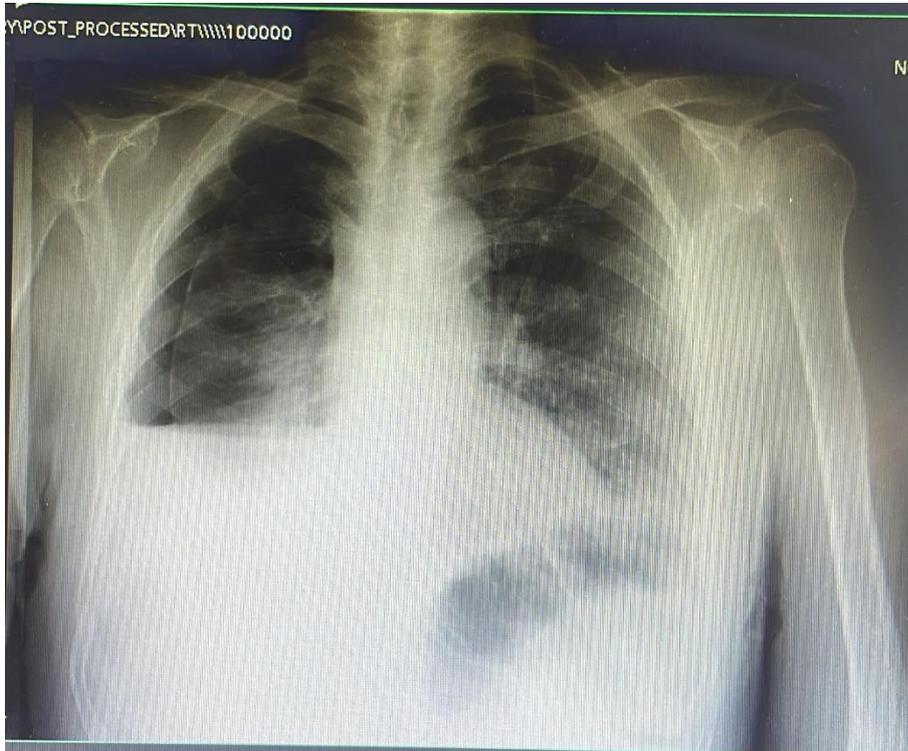


Figura 3. Radiografía de tórax tras toracocentesis en sala de urgencias.

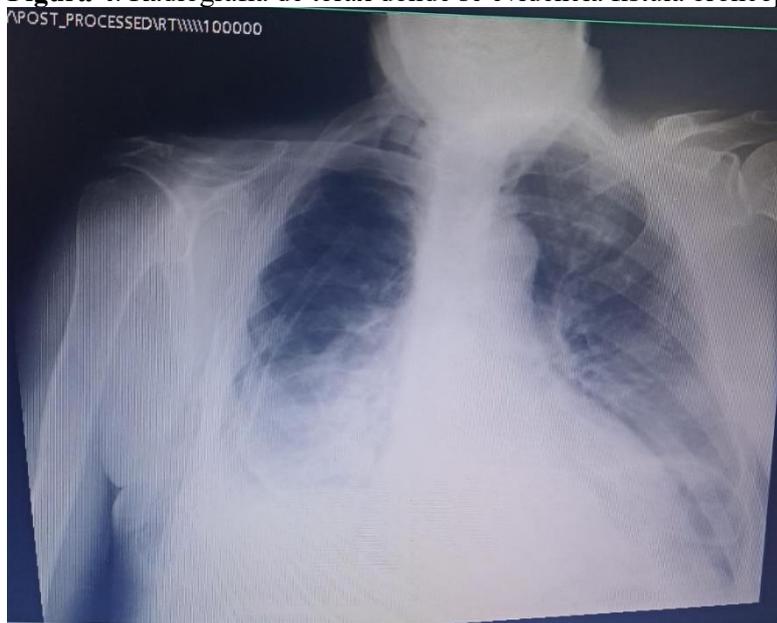


El día 30 de enero se tomó biopsia pleural, bloque celular, cuantificación de ADA (adenosín desaminasa) y cultivo para hongos y bacterias.

El resultado citoquímico de líquido pleural reportó un color rojizo, aspecto turbio, pH de 7.5, glucosa 11 mg/dL, proteínas 6.3 g/dL, fosfatasa alcalina 42.3, eritrocitos incontables y leucocitos de 0-2 por campo. El resto de los parámetros reportados fueron normales. El estudio citológico reportó eritrocitos incontables y leucocitos de 0 a 2 por campo. En el examen microbiológico no se observaron bacterias bajo la tinción de Gram y de Ziehl-Neelsen. El cultivo de hongos de líquido pleural arrojó un resultado negativo.

El día 31 de enero tras toma de radiografía de tórax de control se halló la presencia de una fistula broncopulmonar por lo que se suspendió succión adicional en pleurovac y se disminuyó la presión en sello (Figura 4). El 1 de febrero tras nueva toma de radiografía de tórax de control, no se halló reexpansión pulmonar por lo que se decidió dejar sonda a succión para evitar mayor acumulación de líquido residual que pudiera favorecer persistencia del derrame o la formación de tabicaciones

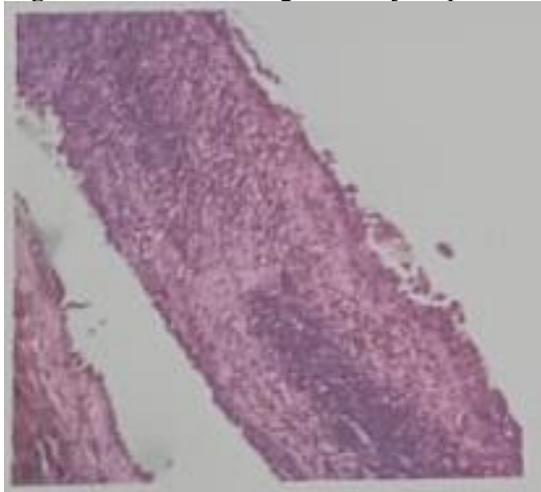
Figura 4. Radiografía de tórax donde se evidencia fistula broncopulmonar.



El 6 de febrero se recabó la cuantificación de adenosin desaminasa (ADA) donde se reportó un valor de 70.99 U/L con un corte de límite superior de 30.0 U/L. Se integró el diagnóstico de tuberculosis pleural por lo que se interconsultó con el servicio de epidemiología para toma de BAAR en serie de 3 así como inicio de esquema antifímico.

El 10 de febrero inició tratamiento antifímico a base de doTBal en fase intensiva para 70 días. El 12 de febrero se dejó sonda sin succión extra y se tomó nuevamente una radiografía de tórax para valorar la reexpansión pulmonar. Al no encontrarse reexpansión pulmonar se decidió mantener sonda endopleural. El 14 de febrero se obtuvo el resultado de la biopsia pleural observándose pleuritis crónica en grado intenso de tipo inespecífico e hiperplasia de células mesoteliales (Figura 5). El día 15 de febrero el paciente se dió de alta por servicio de neumología para continuar manejo antifímico domiciliario tras retiro de la sonda de toracentesis.

Figura 5. Corte histológico de tejido pleural.



DISCUSIÓN

La tuberculosis es una enfermedad provocada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. La enfermedad afecta típicamente a los pulmones pero puede afectar otros sitios corporales (tuberculosis extrapulmonar) (6).

La forma más adecuada de evitar la enfermedad es a través del tratamiento preventivo. Este tiene como prioridad a pacientes que viven con VIH, contactos de personas que viven con tuberculosis confirmada bacteriológicamente y a personas en escenarios clínicos de riesgo (p. ej; diálisis peritoneal). Otras medidas preventivas son la vacunación con BCG (Bacilo Calmette-Guérin) (7).

A nivel global en 2023, la tuberculosis provocó un estimado de 1.25 millones de muertes. La cantidad de muertes en pacientes sin VIH fue de 1.09 millones y de 161,000 en pacientes con VIH (8). Estudios adicionales se requieren para conocer la prevalencia de mortalidad en pacientes con tuberculosis pleural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Trajman, A., Kaisermann, M. C., Kritski, A. L., Sperhake, R. D., & Rossetti, M. L. (2004). Diagnosing pleural tuberculosis. *Chest*, 125(6), 2366–2367. <https://doi.org/10.1378/chest.125.6.2366>
- Chan, K. K. P., & Lee, Y. C. G. (2024b). Tuberculous pleuritis: clinical presentations and diagnostic challenges. *Current Opinion In Pulmonary Medicine*, 30(3), 210-216. <https://doi.org/10.1097/mcp.0000000000001052>
- Golpe Gómez, A., Lado Lado, F., & Ortiz de Barrón, A. C. (2002, marzo). Clínica de la tuberculosis. *Medicina Integral*, (39), 181-191. Recuperado 10 de abril de 2025, de <https://www.elsevier.es>
- Molina, Pablo, & Espinoza, Abraham. (2005). Tuberculosis pleural. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*, 26(3-4), 45-50. Retrieved March 08, 2025, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29482005000300005&lng=en&tlng=es.
- Blumberg, H. M., Burman, W. J., Chaisson, R. E., Daley, C. L., Etkind, S. C., Friedman, L. N., . . . Vernon, A. A. (2003). American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America. *American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine*, 167(4), 603-662. <https://doi.org/10.1164/rccm.167.4.603>
- Global tuberculosis report 2024. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 1: Prevention – tuberculosis preventive treatment, second edition. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/378536>).
- Global tuberculosis report 2024. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

