

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

Clínicas médicas complementarias

Resumen:

Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis y Hallazgos Radiológicos

Docente:

Dr. Diego Rolando Martínez Guillén

Alumno:

Erick José Villatoro Verdugo

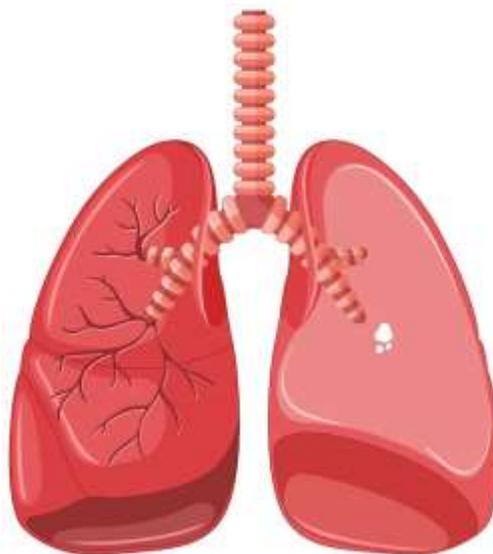
Semestre y Grupo:

7° "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas a; 27 de Mayo de 2022

Tuberculosis Pulmonar

Esta enfermedad de tipo infectocontagiosa, es producida por organismos del complejo *Mycobacterium Tuberculosis* la cual afecta al parénquima pulmonar con un alto grado de contagiosidad, esta es prevenible y curable. Casos nuevos se entenderán como el primer caso en un paciente sano y sin tratamiento. La infección pulmonar se adquiere por vía aérea, siendo el grado de infectividad de la fuente infecciosa y las defensas del individuo expuesto los que determinan el riesgo de infección.



Desde el punto de vista fisiopatológico podemos diferenciar entre tuberculosis primaria, que es aquella que se desarrolla en pacientes que no han estado previamente expuestos a *M. tuberculosis*, por lo tanto la prevención primaria será específica para estos pacientes y esta cuenta es más que nada la estratificación de riesgos, que se toman desde las partículas y la cantidad de estas que se encuentran esparcidas en el aire, hasta su cercanía y duración de la exposición (un hecho bastante importante en el que tenemos que hacer énfasis es en la exposición con pacientes que tengan cavernas las cuales se consideran factores causales de infectividad).

Los factores socioeconómicos, culturales, demográficos suelen jugar un papel importante en el tratamiento, porque por lo regular mucho de los pacientes suelen abandonar el tratamiento cuando existen mejorías notables y esto termina en altos grados de recaídas en por lo menos 2.5% de los pacientes a los 6 y 18 meses. Y se debe tener en consideración paciente con factores altos de infección, lactantes y niños menores de 4 años, contactos cercanos al paciente, las personas que nombre el paciente como contacto cercano y los que se encuentren cerca en caso de un procedimiento médico al paciente.

El diagnóstico suele ser clínico y se divide entre pacientes pediátricos, adultos y pacientes que presentan cuadros clínicos correspondientes a:

- **Pediátricos:** Tos ≥ 2 semanas en ausencia de otra causa, fiebre, pérdida de peso o falla para crecer y puede ir acompañada de hemoptisis, con algunos síntomas adicionales como fiebre vespertina o nocturna, sudoración nocturna, astenia, adinamia y ataque al estado general.
- **Adultos:** Tos persistente ≥ 2 semanas, productiva, en ocasiones acompañada de hemoptisis, con síntomas adicionales como fiebre vespertina o nocturna, sudoración nocturna, pérdida de peso, astenia, adinamia.
- Tos sin explicación y ataque al estado general y en pacientes con neumonías adquiridas en la comunidad que no mejoraron después de 7 días de tratamiento.

La guía de práctica nos menciona como diagnóstico el uso de la prueba de tuberculina, pero gracias a otras literaturas, se sabe que la radiografía de tórax continúa siendo esencial para el diagnóstico de sospecha de tuberculosis, y esta primera se considera solo cuando existe un resultado positivo con ≥ 5 mm, y que los pacientes hayan tenido un contacto estrecho con paciente positivo confirmado, exista VIH como co-infección, inmunocompromiso, uso de Prednisona 15 mg por más de un mes, trasplantes previos o terapias inmunosupresoras, cambios fibrosos en radiografía de tórax sugestiva. Una de las ventajas de la técnica de PCR es su rapidez, el resultado puede obtenerse en aproximadamente 10 horas. M. tuberculosis puede identificarse aún en muestras con cultivos negativos. Y La nebulización con solución salina estéril hipertónica (3%) puede ser utilizada para obtener la muestra de esputo en pacientes con sospecha de TBP y que no sea posible obtener ésta de manera espontánea. Y se recomienda tratamiento quirúrgico solo en pacientes que hayan tenido fracaso terapéutico, persistencia en zonas alveolares y otras complicaciones.

Las evidencias de seguimiento en los pacientes, consta de vigilar que los pacientes que presentan en esputo BAAR positivo al quinto mes de tratamiento, deben ser considerados como falla terapéutica, por lo cual se tendrá que revalorar el

tratamiento antifímico y cuando las baciloscopías son negativas el paciente puede regresar a laborar. (Por lo regular en un periodo de 30 días).

De acuerdo a las manifestaciones radiológicas cabe mencionar que estas son dependientes de factores del huésped, incluyendo la exposición previa, la edad y su estado inmune; y pueden ser divididas en TBC primaria y posprimaria, siendo en determinadas oportunidades, difícil la diferenciación entre ambas.

- **Primaria:** Su sello es la presencia de linfadenopatías, las cuales son comunes en niños y en adultos con VIH, la naturaleza de las opacidades parenquimatosas puede ser tanto del espacio aéreo como del intersticio, siendo la consolidación del espacio aéreo el patrón radiológico más común, acompañado en ocasiones de excavaciones. Por otro lado, el patrón intersticial más frecuente de la enfermedad primaria es la TBC miliar.



- **Postprimaria:** La consolidación del espacio aéreo es también el patrón más común de enfermedad. En la mayoría de los casos, hay sin embargo una mezcla de patrones radiográficos como por ejemplo, mezcla de opacidades lineales, reticulares y nodulares. La excavación es también una característica importante de la tuberculosis post-primaria. Las cavernas ocurren como resultado de necrosis caseosa y, usualmente, contienen la mayor concentración de micobacterias que cualquier otra lesión tuberculosa.

