

TBC CON POLISEROSITIS EN PACIENTE VIH (+), A PROPÓSITO DE UN CASO.



*Residencia de Clínica Médica-Hptal Pablo Soria
JUJUY*

ALVAREZ TEJERINA, Valeria
ARAMAYO, Carolina
BORJA, Mariana Beatriz
DE LA BARRERA, Diego F.
DELGADO, Patricia
GIMENEZ, Nadia Alejandra
GRANILLO, Andrea Lorena

JURADO, Alejandra
MEDINA, Sabrina Belén
RAMIREZ, Gustavo
SANCHEZ, Edgardo
SATO, Natalia Fernanda
SUAREZ, Fausto Javier



• Introducción

La Tuberculosis es una infección sistémica causada por el *Mycobacterium tuberculosis*. En la actualidad constituye un grave problema de salud pública con un resurgimiento a partir de la década 90.

El pulmón es el órgano diana, sin embargo puede producir manifestaciones sistémicas, siendo la **pericarditis tuberculosa** una rara manifestación extrapulmonar, que se encuentra en aproximadamente el 1% de las autopsias por TBC y 1-2% de casos de TBC pulmonar, estando su presentación estrechamente asociado con la **infección por VIH**.

El compromiso pericárdico puede manifestarse clínicamente como **derrame pericárdico**, **pericarditis constrictiva** o un patrón mixto siendo raro el **taponamiento cardiaco**.



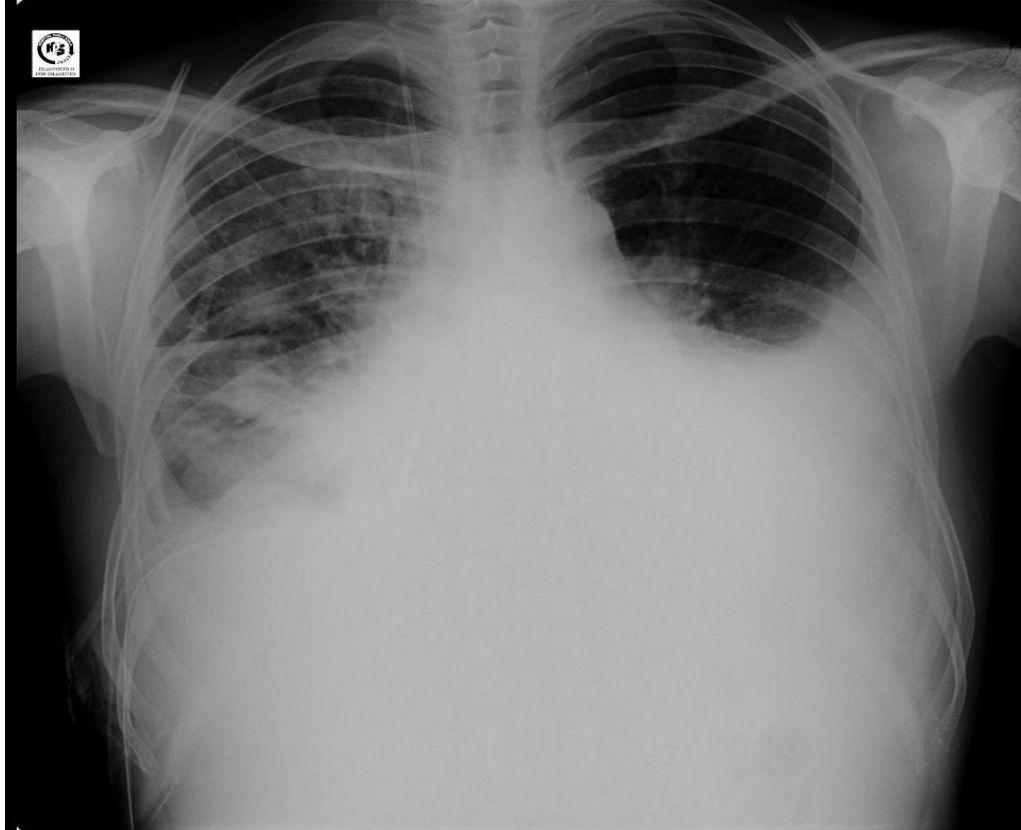
Caso Clínico:

Masculino de 33 años con diagnóstico reciente HIV, consulta por cuadro de un mes de evolución con tos, expectoración mucopurulenta, pérdida de peso , sensación febril intermitente, disnea de esfuerzo progresiva, sudoración nocturna.

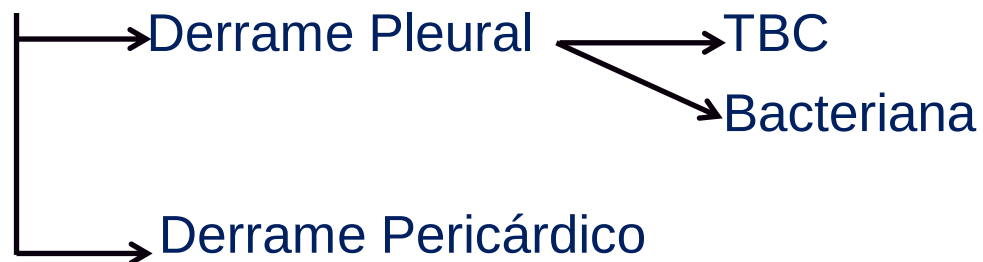
Ex Fco: febril , taquicardico, FR 22 rpm, SO₂: 90% (0.21%) hipoventilación basal derecha, rales crepitantes en base pulmonar izquierda, R1-R2 hipo fonéticos. Adenopatía axilar izquierda. muguet (-), Abdomen s/p.

LBT: Hto: 48, GB: 4400 (N 80, L 14, M 6), plaq. 158000, U 23.
EAB: 7,49/ 25,5/ 57,8/ 22,1/ -2,6/ 89,2% k 3,6, Na 124, Cl 100.
LDH 230





ID: NIC



TTO: Ceftriaxona 1 gr c/12, Claritromicina 500 mg/12hs, oxigenoterapia.



EVOLUCIÓN:

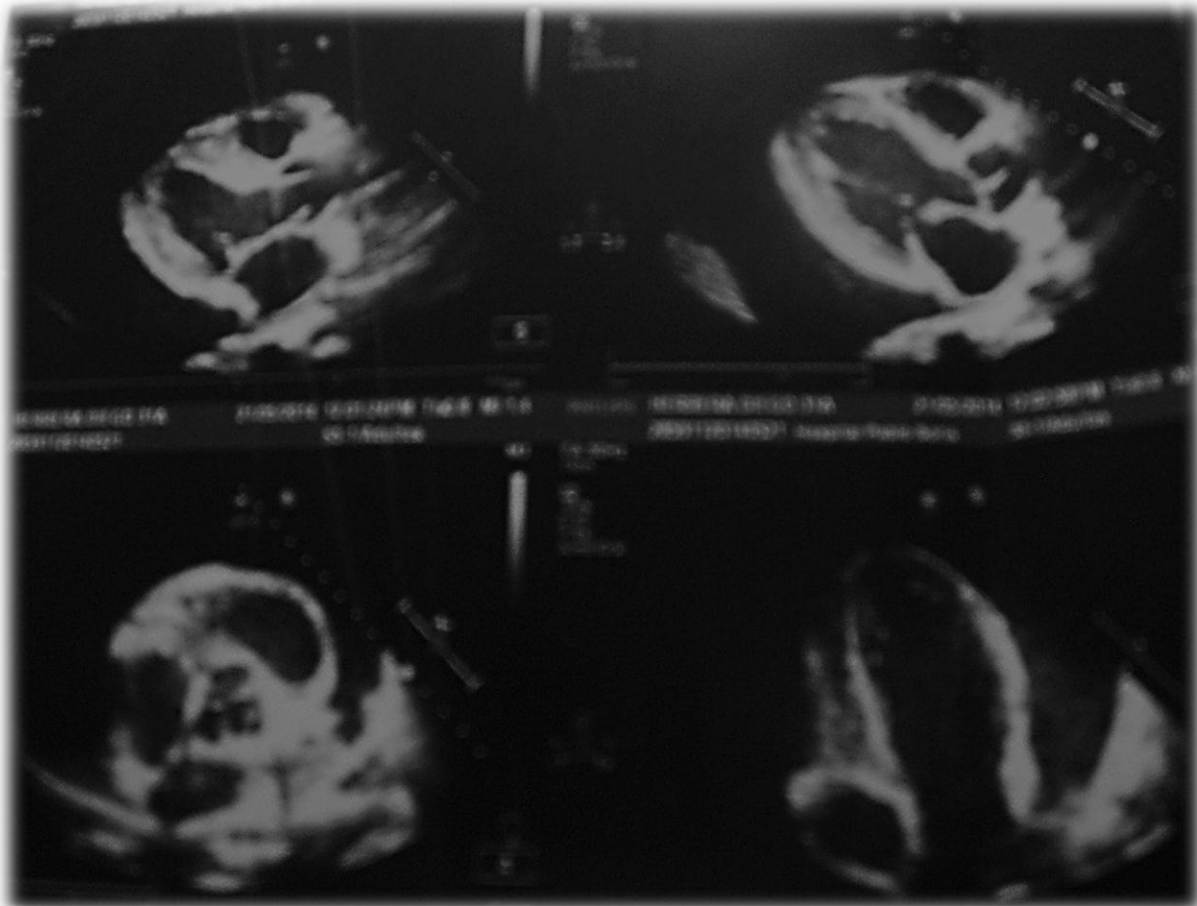
Pte que continúa taquicardico, pulso arrítmico, FR 28. No tolera decúbito. Ingurgitación yugular 3/3 sin colapso. Hipoventilación basal derecha .

Se realiza:

- **TC Tx:** derrame pleural masivo derecho, derrame pericárdico, adenopatías mediastinales y axilares.
- **TC Cerebro:** s/p.
- **PL:** incoloro, limpido, sin coágulo, glu 0,60, prot 0,20, Rec cel 1 x cpo, tinta china (-)



- HCx2 y cultivo LCR (-).
- Pleurocentesis (1500 ml): rojizo, aspecto turbio, sin coagulo, glucosa 0,93, proteínas 3,57 y LDH 390. Bacteriológico (-). BAAR directo (-). Células atípicas (-)
- Biopsia Pleural y Ganglionar axilar Izquierdo.
- Ecocardiograma: Signos de taponamiento cardíaco.



En UCO se realiza:

- Pericardiocentesis : (800 ml) aspecto rojizo. Bacteriológico (-). Directo BAAR (-)

Vuelve a Sala de Clínica

- ❖ Ante la alta sospecha clínica se inicia tratamiento específico empírico para TBC, evolucionando con mejoría clínica a la semana de instaurado el mismo.
- ❖ Biopsia ganglionar que informa TBC ganglionar y cultivos de líquido pleural y pericárdico + para TBC.



• Conclusiones :

El **VIH** ha cambiado la epidemiología de la **TBC**.

Las personas co-infectadas presentan mayor riesgo de TBC extrapulmonar, y si bien la **poliserositis** en HIV es una manifestación frecuente, la exposición de este caso radica en la baja frecuencia del **taponamiento cardiaco** como cuadro inicial. Por lo cual se hace más difícil el diagnóstico oportuno.

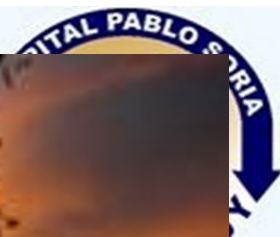
Se remarca la importancia de que ante la *sospecha clínica*, y el respaldo *epidemiológico* de cada región, se deben agotar todos los recursos para obtener un diagnóstico, y así lograr una *intervención temprana* en favor de los pacientes.





E

-
-
-
-
-
-
-
-



Muchas Gracias!
Dique La Ciénaga -El Carmen -Jujuy