



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. marzo-abril 2012; 16(2):241-246
PRESENTACIÓN DE CASOS

Tuberculosis en el puerperio. Presentación de un caso

Tuberculosis in Primary Health Care. A case report

**Margarita González Tapia¹, Luis Vivas Bombino², Neptaly Pérez Moreno³,
Luis Enrique Pérez Moreno⁴, Rubén Posada Loriga⁵**

¹Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología de Pinar del Río. Correo electrónico: mairnys@princesa.pri.sld.cu

²Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Instructor. Sede Universitaria de Ciencias Médicas de Pinar del Río.

³Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Higiene y epidemiología. Instructor. Dirección Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Pinar del Río. Correo electrónico: neptalyp@princesa.pri.sld.cu

⁴Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Instructor. Unidad Municipal de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Pinar del Río. Correo electrónico: yoyim3836@princesa.pri.sld.cu

⁵Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Instructor. Dirección Municipal de Salud. Pinar del Río. Correo electrónico: dms@princesa.pri.sld.cu

RESUMEN

Se presenta un caso de tuberculosis del área de salud del Policlínico Universitario "Raúl Sánchez". Se trata de una gestante de 19 años de edad, de color de la piel negra, adolescente, fumadora y con antecedentes de salud; transcurre además con un embarazo con sintomatología respiratoria. En el proceso de atención sus síntomas se interpretan como proceso bronco neumónico, un cuadro que empeora a los 20 días de parida y es ingresada en cuidados intensivos. Se le realiza la radiografía de tórax. La imagen realizada resulta sugestiva de una neumonía y se le indica tratamiento con antibióticos. Al no mejorar el cuadro respiratorio se interconsulta con neumología y se le diagnóstica tuberculosis pulmonar, se inicia tratamiento con la consiguiente mejoría de la paciente hasta su alta.

DeCS: COMPLICACIONES INFECCIOSAS DEL EMBARAZO; TUBERCULOSIS PULMONAR.

ABSTRACT

A 19-year old, black, pregnant, smoker adolescent suffering from tuberculosis and having health history of respiratory symptoms was attended at "Raul Sanchez" University Outpatient Clinic. During health assistance the symptoms were interpreted as a bronchopneumonia process, clinical manifestations worsened 20 days after the delivery and she was admitted in Intensive Care Unit. Thoracic images suggested a pneumonia and antibiotic therapy was indicated. As the patient did not show respiratory improvements she was referred to the pulmonologist where pulmonary tuberculosis was diagnosed. The patient started the treatment observing a subsequent good progress up to the hospital discharge.

DeCS: Contagious complications of pregnancy; pulmonary tuberculosis

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa conocida por el hombre desde la antigüedad, pero a pesar de que existe tratamiento efectivo y se han dado múltiples avances científicos, continúa siendo una enfermedad prevalente alrededor del mundo.¹ En Cuba la tuberculosis causaba la muerte a más de 1 000 personas por año, y en 1959 era considerada la décima causa de muerte.² En esa misma fecha comienza un cambio en todo el Sistema de Salud, se toman las medidas para la erradicación de las enfermedades transmisibles, y en 1962 se estructura el Programa Nacional de Control de la tuberculosis en Cuba.³

Esta situación se asoció a los diagnósticos tardíos, por ser en esos momentos una enfermedad poco prevalente, a un incremento de los casos por reactivación endógena, fundamentalmente en los mayores de 65 años y a la situación económica que atravesaba el país. Aunque poco frecuente, la forma clínica asociada al embarazo es con frecuencia de tipo pulmonar y se calcula que en estas mujeres son asintomáticas hasta en 20% de los casos.⁴

El diagnóstico durante el embarazo es de gran importancia, no sólo para controlar la diseminación de la enfermedad, sino para prevenir la mortalidad y morbilidad del neonato susceptible.^{5, 6}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente de 19 años de edad, de la raza negra, adolescente, fumadora y con antecedentes de salud. Se le realiza una captación de embarazo con 12 semanas, que presenta manifestaciones catarrales. Le indican un tratamiento con imefazma, inhalaciones y vitamina C.

A las 26 semanas de gestación es ingresada en el Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado de Pinar del Río" por presentar fiebre, tos y expectoración que es interpretado como una infección respiratoria aguda. Se le indica el tratamiento con los medicamentos oseltamivir y azitromicina; a la semana se le da el alta con un seguimiento por el área de salud. Se le realizan además los exámenes complementarios: Rayos x, glicemia, creatinina, ácido úrico y TGO, todos normales, menos la eritrosedimentación que se encuentra en 100mm/l. Se recomienda repetir el examen y tratamiento cuando la paciente esté totalmente asintomática. Se mantuvo durante el embarazo con la anemia ligera 10.5 g/l y escasa ganancia de peso, por lo que se ingresa en varias ocasiones en el hogar materno, con el objetivo de ganar peso. Continúa su embarazo con un cuadro de tos y expectoración hasta su parto, que fue pretérmino, con 36 semanas y un recién nacido de buen peso (2650 g).

Al día siguiente comienza con fiebre de 38 y dolor bajo vientre, por lo que se le realiza la revisión de cavidad. Se le indica el tratamiento con ceftriaxone durante 7 días, concluido este es valorada por el clínico por presentar manifestaciones catarrales dadas por tos húmeda y expectoración blanquecina; es del criterio de mantener la puérpera ingresada, esta se fuga del hospital ya con 11 días de parida. Se decide realizar el ingreso en el hogar, pues la paciente se niega a volver al hospital. Posteriormente se le receta la amoxicilina: una cápsula cada 8 horas, por 7 días, con una evolución satisfactoria hasta concluir el tratamiento. A los 20 días comienza con fiebre de 39 y 40 grados, acompañada de tos húmeda, expectoración amarillo verdoso y decaimiento marcado, por lo que se redirige al Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado", donde es ingresada de inmediato en la unidad de cuidados intensivos.

Se le realiza un estudio radiológico de tórax que arroja: Lesiones bronco neumónicas en ambos campos pulmonares a predominio del pulmón izquierdo, engrosamiento hilar derecho, donde se observa una opacidad triangular que puede estar en relación con un proceso atelectásico asociado a un derrame pleural izquierdo. Se realiza un ultrasonido abdominal cuyo resultado arrojó una ligera hepatomegalia a expensas del lóbulo izquierdo con un aumento de la ecogenicidad peri vascular y un pequeño derrame pleural, el resto fue normal; se practican otros complementarios, leucocitos $8 \times 10^9/L$, polimorfonucleares: 064, linfocitos: 034, glicemia 3.8mm/l., conteo de plaquetas $300 \times 10^9/L$, eritrosedimentación 100mm/l creatinina 44.7mol/L, esputos negativos y 2 hemocultivos negativos.

Al día siguiente se le realiza otra radiografía y se observa un neumotórax derecho con un 40% con reacción pleural; se valora con la consulta de cirugía, pues se le diagnóstica una iatrogenia por la propia cateterización profunda; se realiza entonces la pleurotomía mínima comenzando con el tratamiento con vancomicina 0.5g, cuatro bulbos en solución salina 500ml al 0.9% a 7 gotas por minuto endovenoso y cefepime (1g) a razón de dos bulbos endovenosos cada 8 horas.

Se administra además, la vitaminoterapia a razón de un ml de Vitamina B1+1 ampula de vitamina B6+1ml de vitamina B12+1 ampula de vitamina C.

La paciente continúa con una evolución mórbida a pesar del tratamiento, con 31 días de evolución, fiebre y mantiene la tos con expectación húmeda, llegando a subir a 40. Presenta una convulsión por lo cual fue valorada por neurología. Se constata de la fuerza muscular del hemicuerpo izquierdo y se realiza una tomografía axial computarizada de cráneo, observándose un edema en el lóbulo del cerebelo y frontal derecho; también se le efectúa una tomografía axial computarizada de tórax donde se observan imágenes fibroexudativas bilaterales, esputos 4 negativos, HIV 3 negativos y eritrosedimentación 125mm/L.

Se valora en conjunto con la Comisión Provincial del Programa de Control de la Tuberculosis y se decide poner un tratamiento antituberculoso. Con posterioridad comienza a bajar la fiebre y a tener una mejoría de todo el cuadro respiratorio, y al sexto día de tratamiento llegan dos esputos con codificación 9-9.

Se realiza el control de foco encontrando una prueba de tuberculina hiperérgica en el recién nacido, que será presentado en otro momento.

DISCUSIÓN

El diagnóstico durante el embarazo es de gran importancia, no sólo para controlar la diseminación de la enfermedad, sino para prevenir la mortalidad y morbilidad del neonato susceptible.^{5,6}

En estudio realizado por otros autores encontramos de igual manera tuberculosis pulmonar con repercusión en el recién nacido.⁶

El caso expuesto evidencia la importancia del enfoque integral en el seguimiento del proceso mórbido de cualquier paciente y en especial, lo sugestivo que pudiera ser de esta enfermedad en la Atención Primaria de Salud dirigido a detectar y modificar los factores de riesgo, cualquiera que pudiera ser, así como su vigilancia activa y el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas en el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en el país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Rodríguez N T, Di Vasto Cuellar G, Rodríguez Heredia O, Barranco Pedraza L. Comportamiento clínico epidemiológico de la tuberculosis pulmonar. AMC [revista en la Internet]. 2010 Ago [citado 2012 Ene 30]; 14(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000400015&lng=es
2. Cuba. Ministerio de salud Pública. VI Congreso Nacional de Higiene y Epidemiología. La Habana: Palacio de las Convenciones; 2007.
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Epidemiología. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en Cuba. La Habana; Editorial Ciencias Médicas; 2010.

4. Lozano Salazar JL, Plasencia Asorey C, Ramos Arias D, García Díaz R, Mahíquez Machado LO. Factores de riesgo socioeconómicos de la tuberculosis pulmonar en el municipio de San tiago de Cuba. MEDISAN [revista en la Internet]. 2009 Ago [citado 2012 Ene 30]; 13(4): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029 - 30192009000400007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400007&lng=es)
5. Domínguez L, Jiménez J. Tuberculosis pulmonar durante el embarazo: manejo del recién nacido. A propósito de un caso. Revista Mexicana de Pediatría. 2005; 72(6): 298-300.
6. Blanco Hernández N, Hernández Rodríguez Y, Carpio Martínez MA. Tuberculosis en atención primaria de salud. Presentación de 2 casos. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2006 Sep [citado 2012 ene 30]; 22(3): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864 - 21252006000300018&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000300018&lng=es)

Recibido: 10 de abril de 2012.
Aprobado: 4 de mayo de 2012.

Dra. Margarita González Tapia. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología de Pinar del Río. Correo electrónico: mairnys@princesa.pri.sld.cu