



Boletín Epidemiológico  
**Tuberculosis Extrapulmonar, Tlaxcala**



**DEFINICION**

Es una infección por *Micobacterium Tuberculosis* (MT) de cualquier órgano o tejido que no sean los pulmones.

**PATOGENIA**

La localización extrapulmonar depende de la virulencia de la microbacteria, la vía de transmisión y la inmunidad natural del huésped (sexo, edad, desnutrición, inmunopatías, tratamiento inmunosupresor o infección con VIH).

El M.T, desde su primer contacto con el huésped, puede diseminarse por vía linfática, hemática o por contigüidad, y localizarse en cualquier órgano o tejido, determinando las distintas formas de tuberculosis extrapulmonares (TBC-EP).

**EPIDEMIOLOGIA**

Existen diferencias en la tasa de incidencia de la TBC-EP debido a distintos factores:

- Tasa de prevalencia de TBC en cada país o región.

- Accesibilidad a los métodos de diagnóstico de alta complejidad.
- Mejoras en el sistema de notificaciones.
- Proporción de sujetos inmunocomprometidos, especialmente HIV y DM.

En general, las formas extrapulmonares corresponden al 10-20% de los casos de TBC. Este porcentaje aumenta considerablemente en pacientes con SIDA.

**DIAGNÓSTICO**

- En general es tardío debido a las manifestaciones inespecíficas de la enfermedad
- Cuadro Clínico: Dependerá de la localización.
- Estudios Bacteriológicos: Son muestras paucibacilares.
- Baja rentabilidad para examen directo y cultivo.
- Estudios anatomopatológicos de las muestras de biopsia: Ante la presencia de granulomas con células gigantes de Langerhans y necrosis caseosa: Alta sospecha de TBC.

- Estas muestras deben cultivarse para llegar al diagnóstico específico.
- Determinación de marcadores biológicos en líquidos de serosas (ADA).
- Técnicas de Biología Molecular (PCR).

Teniendo en cuenta que las manifestaciones clínicas de las tuberculosis extrapulmonares son inespecíficas y por lo general las muestras son paucibacilares y que ningún estudio complementario es específico para tuberculosis, es fundamental que el médico general sospeche esta enfermedad para llegar al diagnóstico temprano e iniciar el tratamiento precoz y oportuno a fin de disminuir las tasas de mortalidad y las secuelas.



## **TUBERCULOSIS PLEURAL.**

- Es la causa más frecuente de derrame pleural y es la forma de presentación más común de TBC-EP.
- Es más frecuente en niños, adolescentes y adultos jóvenes, aunque puede presentarse a cualquier edad.
- Si no se la diagnostica y se la trata adecuadamente puede desarrollar una forma pulmonar más grave en el 50% de los casos.
- La tercera parte de las TB pleurales presentan compromiso parenquimatoso pulmonar.

## **TUBERCULOSIS MILIAR**

- Ocurre como consecuencia de una diseminación aguda hematógena o linfohemática posprimaria precoz o tardía de la tuberculosis, afectando distintos órganos: Pulmón, hígado, bazo, suprarrenales, médula ósea, etc.
- Miliar "Miliarus" : Grano de mijo ( Diámetro menor a 2 mm)
- Es más frecuente en lactantes y niños pequeños, y en los adultos mayores.
- Factores de riesgo para tuberculosis miliar:
  - Desnutrición
  - DBT, Cáncer
  - Alcoholismo, Drogadicción
  - HIV
  - Enfermedades renales terminales en diálisis
  - Silicosis, Tratamiento con drogas inmunosupresoras

## **MENINGITIS TUBERCULOSA**

- Forma muy grave de tuberculosis con alta tasa de mortalidad y secuelas.
- El diagnóstico temprano y el tratamiento precoz resultan vitales.

## **TUBERCULOSIS GANGLIONAR**

- Frecuente forma de presentación extrapulmonar.
- Según localización puede afectar:
  - 1.-Ganglios periféricos o superficiales: los ganglios cervicales son los más afectados, (Adenitis cervical: Escrófula) especialmente los submaxilares y supraclaviculares. Pueden afectarse también los ganglios axilares e inguinales.
  - 2.-Adenopatías internas: especialmente traqueobronquiales, secundarios a una primoinfección tuberculosa a nivel pulmonar. Frecuente en niños y pacientes VIH.
  - 3.-Ganglionar generalizada: Por diseminación hematógena, típica en pacientes HIV.

Hacer diagnóstico diferencial con las adenitis provocadas por micobacterias atípicas (*Mycobacterium avium*; *Mycobacterium tuberculosis*), que ingresan al organismo por otras vías distintas a la pulmonar. En los niños se puede aislar el complejo *avium* de las adenitis superficiales; en los adultos, en el 90% de los casos el responsable es *Mycobacterium tuberculosis*.

### **TUBERCULOSIS OSTEOARTICULAR**

Generalmente monoartritis. Afecta las grandes articulaciones: columna, cadera, rodilla son las más afectadas.

- Puede afectar cualquier edad, más frecuente entre 30-40 años y después de los 60
- La localización vertebral es la más frecuente.
- **TUBERCULOSIS DE CADERA:** Comienza con dolor inguinal intenso y agudo que irradia a rodilla, con limitación de los movimientos de rotación, aducción y abducción. Atrofia de glúteos y cuádriceps.
- **TUBERCULOSIS DE RODILLA:** Se manifiesta con hinchazón, gonalgia, hueco poplíteo empastado. Disminución de la función, atrofia del cuádriceps, adenopatías regionales.

### **TUBERCULOSIS VERTEBRAL**

- Es la más frecuente de las formas osteoarticulares. Mayor frecuencia: 40-50 años.
- Compromete últimas vértebras dorsales y primeras lumbares.
- Afecta dos cuerpos vertebrales contiguos y el disco intervertebral, con destrucción de ambos pero respetando la parte posterior de los cuerpos vertebrales lo que da lugar a la cifosis angular. (Mal de Pott).

### **TUBERCULOSIS GENITOURINARIA**

- A nivel mundial representa el 14% de todas las formas Extra Pulmonares.
- En pacientes inmunocompetentes ocupa el 3º lugar, luego de las formas pleurales y ganglionares.
- 75% son mayores de 50 años. Más frecuentes en sexo masculino.
- Localización más frecuente: riñón, epidídimo; más rara próstata.

### **TUBERCULOSIS DIGESTIVA**

- Los bacilos llegan al tracto digestivo por:
- Deglución del esputo
- Contigüidad de órganos vecinos.
- Diseminación linfohematógena

### **TUBERCULOSIS CAVIDAD ORAL**

- La mucosa oral intacta actúa como barrera a la entrada del M.T
- Forma poco frecuente. Las lesiones asientan en cualquier lugar de la boca fundamentalmente lengua.

Tres formas de presentación:

**Lupomas:** Tubérculos grises amarillentos que pueden ulcerarse.

**Goma Ulceroso:** lesiones nodulares.

**Úlceras** rodeadas de puntillado amarillento muy dolorosas.

## **TUBERCULOSIS FARINGEA**

### Formas Clínicas

- Ulcerosa: Dolor y disfagia.
- Lupus faríngeo: Pequeños nódulos ulcerados de bordes irregulares.

## **TUBERCULOSIS ESÓFAGO**

- Extremadamente rara. Se produce por contigüidad de una lesión tuberculosa mediastinal (ganglionar o de un absceso osifluente de columna dorsal); por vía hematológica o vía linfática.

- Cuadro clínico: Tos, disfagia, hematemesis.

## **TUBERCULOSIS ESTOMAGO**

- Extremadamente rara.
- Cuadro Clínico: Inespecífico: Dispepsia, dolor abdominal, náuseas, vómitos. La mayoría de los pacientes tiene otro órgano afectado.

## **TUBERCULOSIS INTESTINAL**

- Es la localización más frecuente de la forma digestiva, preferentemente en íleo terminal y región cecal.

## **TUBERCULOSIS PERITONEAL**

- El 50% de los pacientes tienen otra localización (pulmonar o pleural)

## **TUBERCULOSIS CUTANEA**

- Muy poco frecuente. Representa el 1 a 4% de las formas Extra Pulmonares.
- Mayor incidencia en población infantil.
- La inmunidad del paciente influye en la forma de presentación en piel.

## **TUBERCULOSIS PERICARDICA**

- PATOGENIA: Por contigüidad de focos pulmonares, pleurales o ganglionares mediastínicos.

## **TUBERCULOSIS LARINGEA**

- Más frecuente en hombres que en mujeres
- Antes del tratamiento tuberculostático se asociaba frecuentemente a formas pulmonares.

---

# **SALUD DE TLAXCALA**

CALLE IGNACIO PICAZO NORTE No. 25  
COL. CENTRO  
SANTA ANA CHIAUTEMPAN, TLAXCALA  
C.P. 90800

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA

TELEFONOS:  
246 46 2 10 60  
Ext: 8072 y 80 76  
Directo: 246 46 2 53 23