

Un diagnóstico bajo el árbol

Jaime E. Ollé Goig

Asociación Catalana para el Control de la Tuberculosis en el Tercer Mundo (ACTMON).

Resumen

Palabras clave:

Tuberculosis.
Examen físico. Diagnóstico.

Presentamos el caso de una enferma afecta de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar diagnosticada en unas circunstancias nada fáciles. El autor comenta varios aspectos de esta enfermedad y hace énfasis en la importancia de llevar siempre a cabo un examen físico completo.

A diagnosis under the tree

Summary

Key words:
Tuberculosis. Physical
examination. Diagnosis.

We present the case of a patient suffering from pulmonary and extrapulmonary tuberculosis diagnosed under difficult conditions. The author comments different aspects of this infection and emphasizes the importance of always performing a complete physical examination.

Introducción

Pasé unos años en un área rural de Uganda cercana al lago Victoria. Parte de mis obligaciones como director médico del Buluba Hospital era la visita periódica de la red de dispensarios. Ello era especialmente importante en relación a los enfermos con tuberculosis, a menudo diagnosticados en el hospital pero que seguían su tratamiento durante varios meses cerca de sus domicilios, para verificar la continuación correcta del régimen terapéutico, su finalización a tiempo y el registro de los datos adecuado. El acceso a alguno de los centros de salud no era siempre fácil: caminos estrechos y pedregosos, cruce de riachuelos más o menos caudalosos según la estación, selva intrincada, y todo ello bajo un sol abrasador o, alguna vez, una lluvia torrencial. Estas visitas no me incomodaban, mas bien todo lo contrario: me permitían disfrutar el paisaje (con frecuencia espectacular), comprender mejor como vivían los pobladores locales y mantener un contacto más estrecho con ellos.

La enferma: diagnóstico, tratamiento y evolución

Una mañana realizamos la supervisión de uno de ellos en Kigandalo, a unas horas del hospital. Cuando estábamos a punto de despedirnos, el encargado me preguntó si no me importaría ver a una muchacha que padecía un dolor persistente en la cadera, y cuyo diagnóstico no se había esclarecido después de varias visitas. Vivía cerca, pero tenía dificultad para la deambulación. La familia nos dio la bienvenida mas, no obstante, el hogar estaba atestado de niños ruidosos y llenos de curiosidad, y sugerí examinar a la paciente bajo la sombra protectora de un árbol de grandes dimensiones que se erguía en el patio trasero; la acostamos sobre la hierba. Tenía trece años, sin antecedentes de trauma y no tenía fiebre; pude observar una leve deformación de la cadera derecha y una disminución marcada de la flexión del muslo. Al mismo tiempo me percaté de una ligera taquipnea, lo que me impulsó a hacer un examen físico completo; el lado

Correspondencia: Jaime E. Ollé Goig
E-mail: olleuganda@gmail.com

izquierdo del tórax evidenciaba todos los signos de un neumotórax (timpanismo, ausencia de vibraciones vocales y de ruidos respiratorios, etc.). Aconsejé hospitalizar a Rebeca y madre e hija nos acompañaron en el viaje de vuelta. Durante el trayecto, yo iba pensando en qué enfermedad podía afectar simultáneamente dos áreas anatómicas tan dispares en una persona de corta edad. La primera patología que me vino en mente fue una tuberculosis. La incidencia en la región era muy elevada¹ y el diagnóstico -especialmente de las formas extrapulmonares- no es siempre fácil.

El examen radiológico confirmó un neumotórax completo del lado izquierdo con un pequeño derrame (Figura 1), y una afectación de la articulación coxo-femoral derecha que sugería una artritis séptica (Figura 2). Insertamos un tubo de drenaje con aspiración negativa y el neumotórax se resolvió en parte. Varias baciloscopias y cultivos de esputo y del líquido pleural fueron negativos; el análisis de una muestra del derrame demostró que se trataba de un exudado con abundantes linfocitos. Iniciamos un tratamiento anti-tuberculoso con cuatro medicamentos y se mantuvo el drenaje torácico durante varios días. Al cabo de unos meses el neumotórax se había resuelto y la deambulación había mejorado.

Comentarios

Este diagnóstico realizado en condiciones precarias me sugiere los comentarios siguientes:

- La tuberculosis ha sido compañera fiel de la especie humana durante milenios, y al igual que hoy afecta a una niña africana en un villorrio escondido en la selva ha causado innumerables muertes en todo el planeta durante siglos. Parece ser que los remotos movimientos de los humanos fuera del continente africano han ido emparejados con los de la micobacteria^{2,3}. La historia de la humanidad ha quedado impregnada por su relación con dicho microorganismo⁴. Se han identificado micobacterias en un esqueleto de 5000 años de antigüedad en Heidelberg (Alemania) y en una momia del antiguo reino egipcio de hace 3.500 años⁵ ¡En los dos últimos siglos ha causado la muerte de no menos de mil millones de personas!⁶. Al transmitirse, en general, a través del aire que respiramos, afecta, sobre todo, pero no exclusivamente⁷, a las clases con pocos medios económicos que malviven apiñadas en pequeños espacios en condiciones precarias e insalubres.
- La confraternización íntima y prolongada de estas bacterias con nuestra especie ha sido el origen de una relación compleja y, todavía hoy en día, llena de puntos no esclarecidos en las distintas etapas del encuentro, más o menos conflic-



Figura 1. Neumotórax izquierdo completo con un nivel hídrico moderado.



Figura 2. Ensanchamiento asimétrico del fondo acetabular derecho con desplazamiento coxal medial. Pequeño pinzamiento coxo-femoral apical derecho con pequeñas erosiones subcondrales.

tivo, humano-micobacteria, y que no raras veces causan serias dudas, en clínicos y epidemiólogos: ¿Infectado o no infectado?, ¿Enfermo o no enfermo?, ¿Curado o no curado?, ¿Recaída o reinfección?⁸.

- En la actualidad, las modernas técnicas de investigación han permitido aclarar muchas incógnitas y obligarnos a revisar conceptos antiguos, pero estamos lejos de tener los conocimientos exactos sobre muchos aspectos de esta interacción de forma precisa y concluyente y, no raras veces, nuestro trabajo se desarrolla aplicando la lógica y la experiencia, pero sin una base científica precisa y demostrable.

- La micobacteria causante de la tuberculosis no es especialmente virulenta (si lo fuera la especie humana hace mucho tiempo que se hubiera extinguido) y tampoco produce toxinas. Entonces, ¿cuál es la causa de la patología que conlleva la enfermedad, incluso con un posible final mortal? Parece ser que gran parte de dicho daño no está producido por el ejército invasor sino, más bien, por nuestra respuesta atemorizada y desproporcionada ante las huestes foráneas. Es posible que, en ausencia de esta reacción inmunológica exagerada, la presencia de micobacterias en nuestro cuerpo no acarrearía sus temibles consecuencias.
- El diagnóstico de la tuberculosis puede ser difícil, y más en los enfermos pediátricos⁹, y en las formas extrapulmonares. La tuberculosis puede afectar cualquier órgano y podremos tener más de una sorpresa^{10,11}. Este caso nos demuestra, una vez más, la importancia que tiene el examen físico diligente del enfermo. Hoy en día, con el incremento de la tecnología aplicada a las ciencias médicas, existe una tendencia a menospreciar este valeroso instrumento. No podemos olvidar este acto médico, y no solamente en un entorno con pocos medios, pero también en los centros mejor dotados y provistos de los últimos avances diagnósticos. El encuentro del profesional con el paciente establece una relación especial y única¹², y el contacto físico constituye una ocasión para transmitir confianza, consuelo y tranquilidad¹³ que beneficiará al paciente atemorizado ante nuestra presencia.
- A todos aquellos que piensan que la tuberculosis constituye una epidemia del pasado hay que señalarles que esta enfermedad es en la actualidad la principal causa de muerte entre las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana: los enfermos con SIDA, una epidemia muy “moderna”¹⁴.

Conclusión

La tuberculosis, tal como afirmaban los esposos Dubos, es una enfermedad propia de una civilización imperfecta⁸, y constituye un problema no únicamente microbiológico, sino también de fuerte raíz social. Tardaremos un largo tiempo en llegar a vivir

en una civilización perfecta y, por ello, creo que ninguno de los ahora presentes veremos el día en que se declare la conquista definitiva de esta vieja compañera de la humanidad.

A la pregunta que se nos hace con frecuencia a los tisiólogos: ¿Ah, pero aún existe esta enfermedad?, nuestra respuesta debe ser un categórico y enérgico sí, y debe ir acompañada de las explicaciones pertinentes que faciliten una disminución del estigma que la tuberculosis todavía conlleva, y un mayor conocimiento acerca de su transmisión y prevención.

Agradecimientos

Al Dr. Xavier Tomás del departamento de radiología del Hospital Clínic de Barcelona por su interpretación radiológica.

Bibliografía

1. Ollé-Goig JE. Tuberculosis in rural Uganda. *Afr Health Sci*. 2010;10:226-9.
2. Comas I, Coscolla M, Luo Tao, *et al*. Out-of-Africa migration and Neolithic co-expansion of Mycobacterium with modern humans. *Nat Genet*. 2013;45:1178-82.
3. Wilson LG. Commentary: Medicine, population, and tuberculosis. *Int J Epidemiol*. 2005;34:521-4.
4. A history of tuberculosis. Dormandy T. The Hambledon Press: Londond and Rio Grande; 1999.
5. Davies PDO. *Clinical tuberculosis*. Ed. Chapman & Hall Medical. London; 1994.
6. Ryan F. *The forgotten plague*. Little, Brown and Co. Boston; 1992.
7. Ollé-Goig JE. Ni pobres ni desconocidos: la tuberculosis entre personajes destacados. *Rev Enf Emerg*. 2017;16:81-5.
8. Dubos R, Dubos J. *The White plague*. Rutgers University Press. New Brunswick, NJ; 1952.
9. Crofton J, Horne N, Miller F. *Clinical tuberculosis*. MacMillan Education Ltd. London; 1992.
10. Chintamani, Sharma RD, Mittal MK, Sinha AN. Tuberculosis of the thyroid. *Trop Doct*. 2004;34:52-3.
11. Bhandarkar PD, Kasbekar VG, Shah RP, Hakim PP. Primary tuberculosis of the tongue. *Tropical Doct*. 1993;23:41-2.
12. Peabody FW. The care of the patient. *Lancet*. 1927;88:877-82.
13. Kneebone R. Getting back in touch. *Lancet*. 2018;391:1348.
14. WHO. Global tuberculosis report 2017. Geneva: World Health Organization; 2017.