

Serie de casos de peripleuritis tuberculosa en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el período de 1983 hasta 2021

Case Series of Tuberculous Peripleuritis in a Public Hospital in the Autonomous City of Buenos Aires during the Period from 1983 to 2021

Baloco, Oscar¹ ; Sívori, Martín² ; Jajati Mónica¹ ; Serrano, Mariela¹; González, Claudio¹; Rey, Darío³ 

Recibido: 02/09/2023

Aceptado: 02/11/2023

Correspondencia

Oscar Baloco. Urquiza 609,
CABA (1405). E-mail: oscar-
balocoe@hotmail.com

La fascia endotorácica y el espacio extrapleural son asientos de procesos patológicos ligados íntimamente a la patología del parénquima pulmonar y de la pleura, dentro de las cuales no está exenta la tuberculosis (TB).^{1, 2} La comprensión de la estructura anatómica evitará confusiones, las cuales comúnmente se producen con la localización pleural, ya que la patogenia y algunos métodos diagnósticos son diferentes a las formas pleuropulmonares de tuberculosis, así como la duración del tratamiento.^{1, 2} La primera referencia es de Boyer, en 1846, pero Wunderlich, en 1861, comunica la primera descripción como “peripleuritis”, de allí que se la ha conocido como “enfermedad de Wunderlich”.¹ Billroth y Verneuil en 1867 destacaron la importancia de los ganglios linfáticos en la patogenia de esta forma de presentación.¹ Kauffmann sostuvo la patogenia linfática de los abscesos fríos de la pared torácica.¹ En el año 1939, Skarby describió en un brillante trabajo radiológico, fundamental para el conocimiento de esta afección.³ En nuestro país, la primera descripción de 30 casos de peripleuritis tuberculosa fue en 1945, la del Prof. O. Vaccarezza.⁴ Se definió entonces a la peripleuritis como “una inflamación, en sus diversos grados, de los tejidos situados entre la pleura parietal y la pared torácica propiamente dicha”.⁴ También se la conoce con otros sinónimos, como celulitis o fascitis endotorácica, epipleuritis, absceso peripleural, o absceso frío en la bibliografía anglosajona.^{1, 2} La principal causa de peripleuritis es de origen infeccioso, a la cabeza *Mycobacterium tuberculosis* es el más común, sin embargo, se han podido comprobar otras etiologías, como la micótica, por *Paracoccidioides brasiliensis* y *Actinomyces israelii*, y otras causas no infecciosas, como linfomas, mielomas, tumores benignos o malignos y traumatismos.^{1, 2}

El objetivo de esta comunicación fue conocer la incidencia y características demográficas de la peripleuritis tuberculosa (PPTB), su asociación con lesiones parenquimatosas, su coinfección con el VIH y las tasas de cumplimiento y abandono de tratamiento registrado en un hospital público durante el período 1983-2021.

Rev Am Med Resp 2024;24:59-62
<https://doi.org/10.56538/ramr.EZRJ2537>

¹Centro Universitario de Neumología Dr. J. M. Ramos Mejía, Unidad de Neumotisiología, Hospital Dr. J. M. Ramos Mejía Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA), Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

²Centro Universitario de Neumología Dr. J. M. Ramos Mejía, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires y director Carrera de Especialistas en Neumología, Facultad de Medicina, UBA.

³Centro Universitario de Neumología Dr. J. M. Ramos Mejía, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires y director Carrera de Especialistas en Neumología, Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se procedió a un análisis retrospectivo de casos de PPTB confirmados por biopsia o imágenes, que fueron notificados por ficha al Programa respectivo, registrados en el archivo de historias clínicas y el sistema informático del Ministerio de Salud del GCABA (SIGEHOS).

Se consideraron los siguientes datos: antecedentes demográficos, vacunación BCG, coinfección con VIH, presencia o no de compromiso pulmonar simultáneo, adherencia al tratamiento, toxicidad, resistencia farmacológica y mortalidad.

RESULTADOS

Se registraron 4076 casos de TB, 11 de ellos PPTB (0,27 % o incidencia de 269,8 casos de PPTB/100 000 casos de TB).

La mediana de edad fue de 42 años (RIQ 23-96) y los varones resultaron el 72,7 % ($n = 8$) de la muestra, de la que el 36,3 % ($n = 4$), tenían vacunación BCG y 18 % ($n = 2$), coinfección con el VIH (período 1989-2021).

Con respecto a la presentación pulmonar, el 54,5 % ($n = 6$) de los pacientes presentaron lesiones parenquimatosas agregadas: el 50 % ($n = 3$) tuvieron lesiones únicas no cavitadas y el resto de ellos, uno con imágenes únicas cavitadas, uno con lesiones bilaterales no cavitadas y uno con lesiones bilaterales cavitadas (Figura 1).

Se arribó al diagnóstico por biopsia en 72,7 % ($n = 8$) de los casos y fue clínico-radiológico en los restantes. Las zonas anatómicas comprometidas resultaron la cadena ganglionar mamaria interna en el 63 % ($n = 7$); la paravertebral, el 27 % ($n = 3$); y la intercostal, el 9 % ($n = 1$) (Figura 2).

Completaron el tratamiento siete pacientes (63,6 %). Del resto, se observaron tres abandonos (27 %) y un fallecimiento durante el transcurso (9 %). Con respecto al seguimiento, un paciente tuvo resistencia a rifampicina (paciente con compromiso pulmonar simultáneo) y un paciente (9 %), presentó hepatotoxicidad por pirazinamida reversible.

DISCUSIÓN

Se ha descrito una serie de casos de PTBB en un hospital público multivalente de la ciudad de Buenos Aires. Su incidencia fue extremadamente baja. Predominó en hombres de edad mediana, sin vacunación BCG y con afectación pulmonar unilateral no cavitada. La coinfección con VIH fue considerable lo que podría atribuirse al perfil de nuestra institución. En casi tres de cada cuatro pacientes, se realizó un diagnóstico por biopsia, la

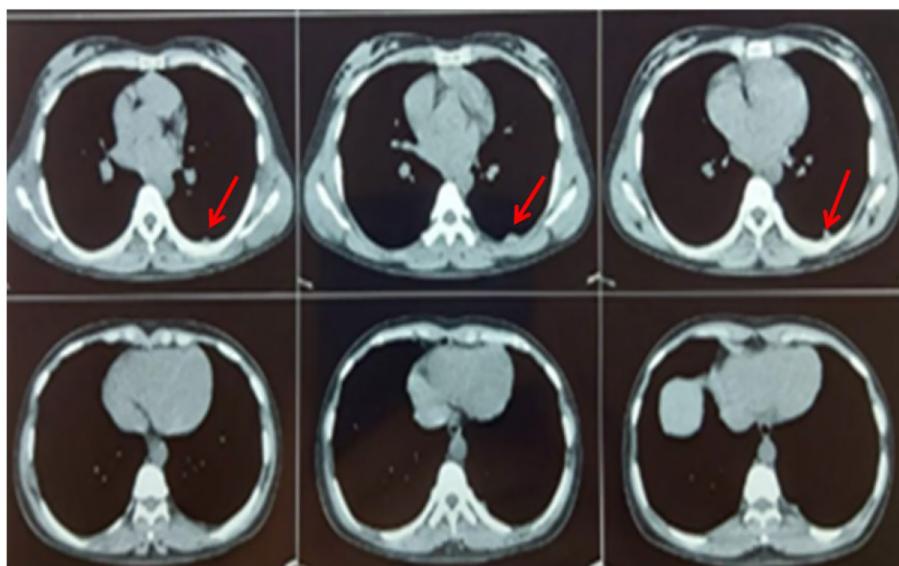


Figura 1. Tomografía axial computarizada con ventana mediastinal con el signo de skarby (flecha roja).



Figura 2. Caso de peripleuritis con compromiso cadena ganglionar mamaria interna e intercostal posterior

que correspondió mayoritariamente a la cadena mamaria interna. Se registró abandono de tratamiento al menos en uno de cada cuatro pacientes, lo que se asoció al policonsumo de sustancias y la situación de calle.

La PTBB si bien se describió por primera vez a mediados del siglo XIX, en nuestro país, fue el Prof. O. Vaccarezza quien primero describió su serie de 30 casos.^{1, 4} Definida como “una inflamación, en sus diversos grados, de los tejidos situados entre la pleura parietal y la pared torácica propiamente dicha”, a menudo es una forma de presentación de TB subdiagnosticada.^{1, 2} Algunos años más tarde, fueron los Profesores Juan Carlos Rey y Pedro Rubenstein quienes describieron otra serie de casos.^{5, 6}

Para entender su clínica, hace falta reconocer antes la normalidad del espacio anatómico peripleural.^{1, 2} La fascia endotorácica es una estructura anatómica constituida por la aposición de numerosas fibrillas orientadas en distinto sentido y en forma heterogénea, ello explica cómo, dentro de la fascia endotorácica, las colecciones purulentas pueden adoptar diferente disposición y tamaño. Los ganglios linfáticos de la pared del tórax se dividen en cuatro grupos: 1) parietales posteriores que se sitúan en la gotera costovertebral, dentro del engrosamiento de la fascia endotorácica; 2) anteriores o de la mamaria interna, que también se disponen en el engrosamiento correspondiente de la fascia;

3) intercostales situados entre los músculos intercostales y la pared lateral del tórax que reciben directamente los linfáticos de la pleura parietal; 4) diafragmáticos.^{1, 2} Dada la disposición heterogénea de las fibrillas, se generan puntos débiles de la pared torácica que permiten la apertura de dentro hacia afuera de abscesos peripleuríticos, se hernian y conducen a la formación de abscesos fríos. Estos pueden ser intermusculares, que emergen sobre las zonas anterolaterales del tórax, o intramusculares, que siguen los trayectos de los nervios perforantes; otras llegan a exteriorizarse como formas caseo-purulentas.^{1, 2, 7, 8} La peripleuritis tuberculosa puede tener su punto de partida en el parénquima pulmonar, en la pleura o en la pared torácica; el proceso de primoinfección que se desarrolla en el pulmón, desde que el bacilo anida en los alvéolos hasta la infiltración primaria, permite observar la contaminación de las serosas pleurales.^{1, 2, 7, 8} En el período secundario de Ranke, la vía hemática y la propagación por contigüidad de forma traumática o iatrogénica sería el mecanismo de infección de la pleura, punto de partida de las peripleuritis cuando al ganglio de la zona extrapleurales se infecta y se produce una adenitis tuberculosa; en los primeros estadios de Ranke la peripleuritis se manifiesta en su forma caseopurulenta, mientras en el período terciario predomina la forma fibroesclerosa.^{1, 2, 7, 8} En las imágenes de tórax puede presentarse como

radiopacidades yuxtacostales o imágenes de mayor atenuación en tomografías, con el borde libre dirigido hacia el pulmón, convexa en su porción central y cóncava en ambos extremos (*Signo de Skarby*).³

Nuestra serie de PPTB, a pesar de la baja incidencia de presentación con respecto a las formas más tradicionales de presentación de TB, en tiempos modernos constituye un número de casos significativo con respecto al publicado a nivel nacional hace más de 50 años, máxime teniendo en cuenta que la mayoría de aquellos se diagnosticaron en la etapa preantibiótica del tratamiento de la TB.⁴⁻⁶

En conclusión, en este reporte la incidencia de PPTB fue extremadamente baja entre los pacientes diagnosticados por TB, con predominio en hombres de edad mediana, sin vacunación BCG y con afectación pulmonar unilateral no cavitada. La coinfección con VIH fue considerable (18 %), lo que podría atribuirse al perfil de nuestra institución. Ya había sido comunicado un caso de PTBB en paciente con VIH.⁹ En casi tres de cada cuatro pacientes, se realizó un diagnóstico por biopsia, el procedimiento de elección en estos casos, la que correspondió mayoritariamente a la cadena mamaria interna. Se registró abandono de tratamiento al menos en uno de cada cuatro pacientes, lo que se asoció al policonsumo de sustancias y la situación de calle. Debido a la considerable incidencia de

TB en nuestro país y a la baja sospecha clínico-radiológica de peripleuritis, se debería tener en cuenta esta forma de presentación clínica para su diagnóstico y tratamiento tempranos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Corti M, Villafañe MF, Palmieri O, Negroni R, Millet G. Algunas consideraciones acerca de las afecciones del espacio peripleural. *Rev Argent Radiol* 2005;69:153-6.
2. Rey D. Consideraciones sobre afecciones de la fascia endotorácica o peripleura. *Rev Am Med Resp* 2021;21:415-8.
3. Skarby HG. Über die diagnostik extrapleuraler abszesse. *Acta Radiol* 1938;19:259-72. <https://doi.org/10.3109/00016923809137763>
4. Vaccarezza OA. Consideraciones sobre la peripleuritis tuberculosa. *Anales de Patología y Clínica de la Tuberculosis* 1945;Tomo VII. N° 2:237.
5. Rey JC, Rubinstein P. Consideraciones sobre un caso de peripleuritis tuberculosa en el curso de una primo infección. *Rev Asoc Med Argent.* 1947; 61: 619-20.
6. Rubinstein P, Rey DR. Peripleuritis (5 observaciones) *Trib Med* 1974, XIX: 368-79.
7. Myers J. The natural history of tuberculosis in the human body. *JAMA* 1965;194:184-90. <https://doi.org/10.1001/jama.1965.03090230054013>
8. Mutafian RV, Goldstein A, Rezzonico G, Monteleone P. Peripleuritis tuberculosa. *Arch Arg Pediatr* 1984;82:126-31.
9. Esquivel P, Palmieri O, Corti M. Tumoración de la pared anterior del tórax en un paciente con sida. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002;20:223-4. [https://doi.org/10.1016/S0213-005X\(02\)72795-X](https://doi.org/10.1016/S0213-005X(02)72795-X)