

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“DR. AGOSTINHO NETO”
PROVINCIA GUANTÁNAMO.

**GRANULOMA CEREBELOSO TUBERCULOSO
CON LOCALIZACION GANGLIONAR,
PERITONEAL, OSEA Y RENAL. INFORME DE
UN CASO.**

Dra. Thelma Audain Gordon¹ , Dra. Agna Nicot Garraway² , Dr. Franklin Perry Berwick³

RESUMEN

Se presenta un caso único con el diagnóstico de granuloma cerebeloso derecho, con diferentes expresiones clínicas: ganglionar, peritoneal, renal y ósea. Se muestran los hallazgos neurológicos y los resultados de otros estudios complementarios, aislamiento de microbacterias, estudios radiográficos y de ultrasonido, entre otros.

Palabras clave: GRANULOMA/ diagnóstico; ENFERMEDADES CEREBELOASAS/ complicaciones; TUBERCULOSIS GANGLIONAR; TUBERCULOSIS OSTEOARTICULAR; TUBERCULOSIS PERITONEAL; TUBERCULOSIS RENAL

INTRODUCCION

La tuberculosis, enfermedad infectocontagiosa, es conocida desde la más remota antigüedad; su localización pulmonar representa el modo más idóneo de transmisión del

germen. Su conocimiento epidemiológico es fundamental y permite valorar:

- Grado de extensión y profundidad de la endemia.
- Potencial infectante.

¹ *Especialista de I. Grado en Neumología. Jefe Dpto. Neumología del Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” y Prof. Asistente de la Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo.*

² *Especialista de I Grado en Imagenología. Jefe Dpto. Imagenología Hosp. “Pedro A. Pérez” de Guantánamo.*

³ *Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Hosp. General Docente “Dr. Agostinho Neto”. Prof. Auxiliar Facultad de Ciencias Médicas Guantánamo.*

- Tasa de incidencia en el período considerado.

La evolución de la TB infecciosa "complejo primario" hacia una enfermedad, es un proceso bastante oscuro. En algunos individuos esta secuencia es rápida (TB hematogena aguda generalizada) pero, en la mayoría de los casos, la diseminación de los bacilos es de forma silente y se despiertan favorecidos por causas múltiples. En cambio, la reinfección puede producirse de forma exógena o endógena, bien sin una u otra, indica la aparición de una lesión caseosa; el caseum se resblandece, se licúa y se elimina junto con los bacilos por vía bronquial, para distribuirse a nuevos territorios pulmonares o extra-pulmonares. La activación del bacilo de la TB produce una lesión secundaria. La TB cerebral constituye una forma de manifestación neural de la tuberculosis después de un acontecimiento de la *Mycobacterium tuberculosis* del SNC, en el curso de una diseminación hematogena, y afecta con mayor frecuencia a los niños y adolescentes que a los adultos.

En las edades infantiles asientan con especial frecuencia en el cerebelo.

Su cuadro clínico puede ser de corta evolución, y pueden existir formas de rápido crecimiento sugerentes de un proceso neoplásico; su diagnóstico, en ocasiones, es un hallazgo anatómo-histológico.

INFORME DEL CASO.

HC-806626

Paciente: OCS, femenina, negra, de 30 años de edad.

Procedente del área urbana, laboró hace un año en una fábrica, durante 5 años como zapatera en Checoslovaquia; con antecedente de salud aparente, 9 días antes de su ingreso en el Hospital General Docente de Guantánamo, viene presentando cefalea fronto-occipital de moderada intensidad en forma de latidos, que se exagera al estar de pie y con los movimientos de la cabeza y logra alivio con el reposo (acostada) y analgésicos habituales; se acompaña de vómitos precedidos de náuseas acuosas en número de 3-4 al día; niega sufrir trastornos visuales, convulsiones y fiebre, pérdida de peso + 10 libras, astenia y anorexia.

- APP
- Enfermedades anergizantes de la infancia
 - Anemia ferripriva a los 13 años
 - Sepsis urinaria.

APF Niega TB, HTA, asma, diabetes.

Hábitos tóxicos: N/S

Examen físico: Datos (+)
Conciente

No muestra rigidez de nuca

Fondo de ojos normal.

Abdomen: Ligeramente glubuloso, con maniobra de Tarral positiva. Hepatomegalia 2 cm, liso, no doloroso a la palpación.

Temperatura: 38°C

Tensión Arterial: 90/60

Pulso: 94/min.

Proceder Técnico:

Se realiza punción abdominal, mediante la cual se obtiene líquido claro como agua de roca.

Laparoscopia: Hígado aumentado de tamaño, color rojo, superficie lisa, con punteados blanquecinos en ambos lóbulos.

Se traslada a Santiago de Cuba para realizar TAC.

Complementarios:

LCR Agua de roca. Aspecto transparente

Prueba de Pandy Positivo

Glucosa 1,5 mmol/L

Células Negativas

Hematíes Crenados, numerosos.

Hemograma: normal

Eritrosedimentación: 2 mm/h

Ghemia: 5,7 mmol/l

Urea: 3,4 mmol

Creatinina: 46,50 mmol/l

Orina: Leucocitos: 15-20 x c

Hematíes: 15 x c. Se observa Trichomonas.

TGP:	2 Uds de Bodansky
Bilirrubina	Directa: 0,85 mmol/l Total: 1,71 mmol/l
Fosfatasa alcalina:	6,2 Uds de Bodansky
Proteínas totales:	8,6 g/l
Albúmina:	45 g/l
Globulina:	41 g/l
VIH:	Normal
Serología:	Normal
Ecocardiograma:	Normal
Orina.	Aspecto: Turbio Color: ámbar Leucocitos: incontables
Albúmina:	vestigios
Epitelio:	planos
Urocultivos:	negativos
Ultrasonido:	Hemiabdomen superior renal y ginecológico. Abundante cantidad de líquido intrabdominal. No se precisa hepatomegalia por lo referido en el examen físico. Riñones con discreto aumento de la ecogenicidad; DIU bien implantado. Utero de característica normal.
Estudio citoquímico líquido ascítico:	Aspecto- turbio
Glucosa	- 7,0 mmol/l poli - 0,40 linf. - 0,60
Prueba de Rivalta:	negativa
Células:	60 x 10 ⁶ /l
Hematíes:	crenados, numerosos.
Biopsia hepática:	Muestra constituida por tejidos fibromusculares.
TAC y Cráneo EV:	Se observa masa hiperdensa de 43 UH en fosa posterior a la izquierda, que mide 4 mm, rodeada de edema que desplaza el IV ventrículo a la derecha y causa dilataciones del III ventrículo lateral con aspecto tumoral.

Se ingresa la paciente en la sala de neurocirugía del hospital "Saturnino Lora" de Santiago de Cuba.

Informe de biopsia de Cerebelo:
Tejido cerebeloso con numerosos gránulos u necrosis caseosa.

TAC Endovenoso:

Craneostomía occipital hacia la línea media con masa hiperdensa de 52 UH a nivel del cerebelo, hacia la izquierda, asociada con una zona hiperventilada de 4 UH que mide 4,2 x 2,9 mm y que ocasiona desplazamiento del IV ventrículo hacia la derecha que posiblemente se trate de un proceso tumoral.

Se plantea: Granuloma cerebeloso tuberculoso

Se le aplica terapia antibacilar con los 4 medicamentos y se remite a su lugar de origen.

Seis estudios de esputo seriados - Cod - O directo y cultivos Cofd-O

Rx Tórax: Índice cardiotorácico ligeramente aumentado, opacidad hilar derecha homogénea regular de 8 cm, con trayecto branquial linfático relacionado con el mediastino. La vista lateral se proyecta en el mediastino posterior.

No se hallan otras alteraciones.

Oseo: normal

Urograma descendente: Signos imagenológicos de Pielonefritis TB
Mantoux: 0 mm

Evolutivamente:

Herida occipital de escrófula; se le indica cultivo de la secreción en

busca de BAAR TB el cual no se realizó.

TAC Evolutivo: Desaparece tumoración cerebelosa, así como la ascitis y adenopatías con tratamiento aplicado; se le da de alta, curada en octubre de 1992.

A los 6 meses: Presenta síntomas generales, acompañados de aumento de volumen del abdomen, por líquido en la cavidad abdominal; acude entonces al Hospital Militar "Díaz Soto" en Santiago de Cuba, en el cual se ingresa.

Como complementario positivo:

Rx columna cervical:

Estrechamiento del espacio C3 . C4 con disminución de la altura de C4.

Se traslada a Guantánamo: Pretratamiento prolongado; ingresa en sala de infecciosos del hospital "Dr. Agostinho Neto".

- Toma del estado general, afebril.
- Ascitis rebelde. Se decide aplicar tratamiento con Estreptomina en la cavidad peritoneal.
- Esteroide.
- Ozonoterapia.

Evolución clínica **satisfactoria**. Se le da de alta, curada.

CONCLUSIONES

Tuberculoma cerebeloso derecho
diseminado.

Ganglionar Renal

Peritoneal

Oseo

Escrófula de herida quirúrgica
occipital.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. De Angelis LM. Intracranial tuberculoma: Case report and review of the literature. *Neurology* 1981; 31(1):133-6.
2. Kwang SK, Weinberg PE. Cerebral tuberculomas. *Surg Neurol* 1982;18:203-5.
3. Seleker K, Erbenji A, Saribas O, Onal B. Giant calcified and ossified midbrain tuberculoma. Case report. *J Neurology* 1983;58:133-5.
4. Whittle IR, Allsop JL, Besser M. Tuberculoma mimicking a pinealoma. Case report. *J Neurology* 1982;875-8.
5. Rossi LN, Duzioni N. Intracranial tuberculomas in a child: Regression on the CT scan under conservative therapy. *Neuropediatrics* 1985; 16:228-30.
6. Grabman JP, Kampore EA. Computerized in the management of cerebral tuberculomas. *West J Med* 1980; 345-6.
7. Chambers ST, Hendricks WA, Record C, Rudge P, Smith H. Expansión paradójica de tuberculomas intracraneales durante la quimioterapia. *Lancet (Ed. Esp)* 1984;5:383-5.
8. Lebas I, Malkin JE, Coquin Y, Modai J. Cerebral tuberculoma developing during treatment of tuberculosis meningitis. *Lancet* 1980; 2:84.
9. Smith MHD, Marquis JD. Tuberculosis and other mycobacterial infections. En: Feigin RD, Cherry J *Textbook of Pediatric Infectious Diseases*. Philadelphia: Saunders Company 1981:1016-60.
10. Roberts FJ. Problemas in the diagnosis of tuberculous meningitis. *Arch Neurol* 1981;38:319.
11. Bhargana S, Tandon PN. Intracranial tuberculomas: a CT study. *Br J Radiol* 1980;53:935-45.