

**COLABORACIÓN ESPECIAL**

Recibido: 28 de febrero de 2020  
Aceptado: 10 de septiembre de 2020  
Publicado: 19 de octubre de 2020

**PAPEL DEL ESTIGMA SOCIAL, LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX Y LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA DETECCIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Elena García Bertolín (1), José Antonio Quevedo Seises (2), Estefanía Martínez Morales (1) y Esther Fernández Antolín (3)

(1) Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Justicia. Madrid. España.

(2) Médico de Medicina Familiar y Comunitaria y coordinador de centro. Centro de Salud Justicia. Madrid. España.

(3) Médico interno residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Justicia. Madrid. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

**RESUMEN**

A pesar de los avances científicos en el último siglo, la tuberculosis (TB) es la infección de mayor prevalencia a nivel mundial. Debido a múltiples causas, entre ellas el estigma social al que se asocia, resulta una enfermedad infradiagnosticada. A propósito de un caso en nuestra consulta, nuestro objetivo con este trabajo consistió en dar relevancia a este aspecto de la enfermedad, así como a la función de la radiografía de tórax y de la Atención Primaria (AP) en la detección y tratamiento de casos.

**Palabras clave:** Tuberculosis, Clínica, Radiología, Cavitación, Estigma.

**ABSTRACT****Social stigma, chest X-radiography and primary care medicine in detection of tuberculosis cases: a case report**

Despite the scientific development of this century, tuberculosis (TB) is the most prevalent infection worldwide. For many reasons, including the social stigma associated, it is an under-diagnosed disease. About a clinical case in our practice, the purpose of this work was to give relevance to this aspect of the disease, as well as to the role of chest radiography and Primary Care Medicine in detecting and treating cases.

**Key words:** Tuberculosis, Clinical symptoms, Radiology, Cavitation, Stigma.

## INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es considerada una importante causa de morbimortalidad a nivel mundial, siendo la principal causa debida a un solo agente infeccioso (por encima del VIH/Sida)<sup>(1)</sup>. En España, entre diez y quince millones de personas están infectadas y, de ellas, hasta un 10% desarrolla la enfermedad<sup>(2)</sup>. Los síntomas más frecuentes son la fiebre, la tos, la pérdida de peso y la hemoptisis, presentación clínica superponible a la de cualquier otra infección bacteriana que afecte al pulmón<sup>(3,4,5)</sup>. Sin embargo, desde el punto de vista radiológico, hay un hallazgo que debe aumentar nuestro nivel de sospecha: las lesiones pulmonares cavitadas<sup>(6)</sup>.

A continuación, presentamos el caso de un paciente de nuestra consulta de AP.

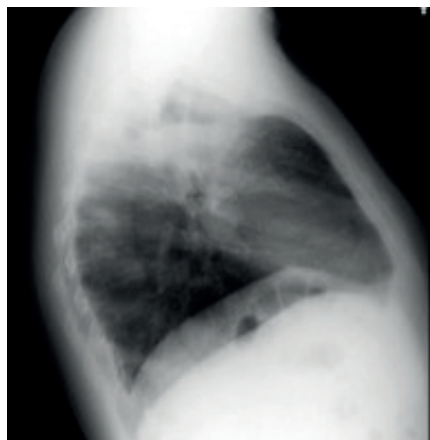
## CASO CLÍNICO

Se trataba de un varón de 51 años de nacionalidad española, fumador de 10-12 cigarrillos/día desde los 12 años, sin otros hábitos tóxicos. Se encontraba en tratamiento

con omeprazol (20 mg al día) por ERGE. Trabajaba como cartero y vivía con su madre desde hace 7-8 años. Acudió por presentar desde hacía cuatro semanas tos con expectoración, las primeras semanas de aspecto herrumbroso e incluso hemoptoico y las últimas de aspecto purulento, acompañada de halitosis y disnea de esfuerzo. No había tenido fiebre, sensación distérmica asociada ni sudoración nocturna, pero refería pérdida de peso (aproximadamente 4 kg en el último mes). En los últimos meses había acudido al dentista por problemas dentales. En la exploración física destacó una saturación de oxígeno (basal) del 96% y auscultación pulmonar sin hallazgos patológicos.

Se decidió solicitar espirometría, además de analítica y radiografía de tórax, de forma urgente. La analítica mostró una PCR de 5,7 mg/dl, sin alteraciones en el hemograma. En la radiografía de tórax se observó según el informe radiológico: “*Extensa consolidación en lóbulo superior izquierdo (LSI) con nivel hidroaéreo, sugestiva como primera posibilidad de neumonía necrotizante, no pudiendo descartar masa cavitada sobreinfectada*” (figura 1).

**Figura 1**  
**Cavidad en LSI con pared externa irregular por infiltrado inflamatorio perilesional.**



Ante los hallazgos y la estabilidad del paciente se derivó de forma preferente a consulta de neumología donde programaron su ingreso en planta por sospecha de neumonía necrotizante/ absceso. Pautaron tratamiento con ceftriaxona y clindamicina, aislamiento respiratorio y solicitaron estudio completo para descartar TB. En el ingreso se realizó una tomografía computarizada (TC) torácica donde se confirmó la condensación superior izquierda cavitada. Se analizaron 3 cultivos de esputo, con tinción BAAR (bacilo ácido-alcohol resistente) negativa, y se realizó broncoscopia que también fue negativa y sin crecimiento de microorganismo alguno. Tras 8 días de ingreso se decidió el alta hospitalaria para completar tratamiento de forma ambulatoria con el diagnóstico de neumonía necrotizante.

Durante el ingreso, el paciente fue sometido a aislamiento respiratorio. La puerta de su habitación se marcó con un cartel que decía: “*PRECAUCIONES RESPIRATORIAS: Visitas restringidas, puerta cerrada, higiene de manos y uso de mascarilla FFP2*”. En una mesa se dispuso dicho material, así como guantes y batas verdes. Los médicos le recomendaron que no recibiese visitas y le preguntaron por los contactos que había tenido en los últimos tres meses, así como por las condiciones de su domicilio. Estos hechos, fueron descritos posteriormente en nuestra consulta por el propio paciente, que refería la experiencia como “*bastante traumática y desagradable*”, no solo por el miedo a padecer una enfermedad tan temida como la tuberculosis sino por el rechazo al que podía haber sido sometido, motivo por el cual no se lo había comentado a nadie de su entorno salvo a su madre. Descartar el diagnóstico de TB supuso para él “*una liberación*”.

## DISCUSIÓN

El diagnóstico diferencial que se plantea en nuestro caso es amplio. Se debe realizar

un estudio completo y, dado que presenta una lesión pulmonar cavitada, siempre se debe tener presente la TB como posible etiología del cuadro<sup>(3,5,6)</sup>. Estos hallazgos radiológicos se consideran altamente sugestivos de TB por 2 motivos: por un lado, esta enfermedad constituye la primera causa de lesiones cavernomatosas pulmonares<sup>(7)</sup> y, por otro, son lesiones que se presentan con frecuencia en pacientes con TB. Según la bibliografía, en múltiples series de TB en adultos se ha observado que en el 70% al 87% de los casos aparecían infiltrados en el lóbulo superior, y en el 19% al 40 % también tenían cavernas, con niveles hidroaéreos visibles en hasta el 20% de ellos<sup>(4)</sup>. Por tanto, no solo deben sugerir esta etiología, sino que debemos buscarla activamente, en especial si partimos de una clínica compatible con factores de riesgo asociados como la inmunosupresión, los contactos recientes y los colectivos con riesgo de exclusión<sup>(8)</sup>. Para ello, disponemos de una técnica económica y muy accesible desde el primer nivel asistencial: la radiografía de tórax<sup>(8)</sup>. A través de 2 proyecciones, una posteroanterior y otra lateral, y una vez identificadas las lesiones, debemos conocer sus características radiológicas para hacer un diagnóstico lo más ajustado posible<sup>(6)</sup>. En primer lugar, deberíamos saber diferenciar el quiste de la cavidad mediante las características de su pared, y no de su contenido, ya que ambos hacen referencia a un espacio pulmonar anómalo, con contenido que puede ser líquido o sólido, presentando un nivel aéreo en cantidades variables<sup>(6)</sup>. Así, una cavidad estaría limitada por una pared gruesa (>4 mm) y un quiste por una pared fina (≤4 mm). A continuación, fijándonos en la superficie interna de la pared podemos hablar de aspecto nodular o irregular (habitual en casos de neoplasia), mal definido o vellosa (más típico de abscesos) y liso (sugere de caverna por TB, bullas, quistes)<sup>(6)</sup>. Por último, si tenemos en cuenta el tiempo de evolución y podemos comparar con radiografías previas, las podemos clasificar en agudas y crónicas<sup>(6)</sup>.

Las agudas o subagudas (días o pocas semanas) sugieren: infección (neumonías, abscesos, TB, hongos...), enfermedades inflamatorias (Artritis Reumatoide, Granuloma de Wegener, Sarcoidosis...), trastornos vasculares (TEP) y/o traumáticos<sup>(6)</sup>. Por su parte, las crónicas (de larga evolución) son típicas de lesiones congénitas o patologías inflamatorio/fibrosas<sup>(6)</sup>.

Por tanto, atendiendo a la descripción radiológica, clínica y a las características del paciente, deberíamos hacer el siguiente diagnóstico diferencial:

- Lesión tumoral: pared muy gruesa con contorno nodular.
- Cavidad tuberculosa: pared no gruesa con contorno liso (acompañada de condensaciones pulmonares a distancia por diseminación broncogena).
- Absceso: pared de grosor variable con contorno irregular (por infiltrado inflamatorio perilesional).
- Bullas: pared fina con contorno muy regular (a veces solo se ven como zonas de radiotransparencia pulmonar).
- Quiste hidatídico: pared fina con vesículas hijas flotando (signo del nenúfar).

Como se puede observar, el manejo de la radiografía de tórax es muy útil para la detección de casos<sup>(7,8)</sup>, lo que no solo radica en la técnica en sí misma sino en su disponibilidad desde prácticamente cualquier nivel asistencial. Esto, unido a las características de la relación médico-paciente en el ámbito de la Atención Primaria como son el conocimiento de su contexto social y familiar, la confianza, el contacto continuado en el tiempo y su accesibilidad, puede suponer una estrategia vital para el control de la TB, en tanto que se sigue considerando

una enfermedad social que estigmatiza a aquellos que la padecen y a su entorno<sup>(9,10,11)</sup>. Esta cualidad la acompaña desde principios del siglo XX, cuando la industrialización y la emigración masiva provocaron su expansión en Europa<sup>(10,11)</sup>, lo que según muchos autores constituye una causa importante de infradiagnóstico de la misma<sup>(10,11,12)</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente el 30 por ciento de las personas nunca son diagnosticadas<sup>(1)</sup>. Por otro lado, determinados autores relacionan la incidencia de la TB, así como las muertes por esta causa, con la proporción sustancial de casos no diagnosticados y que, por tanto, no reciben tratamiento y permiten la diseminación de la enfermedad<sup>(1)</sup>.

Finalmente, aunque hay pocos estudios en los que se analiza el papel del estigma en el infradiagnóstico de la TB, a diferencia de otras enfermedades infecciosas como el VIH<sup>(9,12)</sup>, según un estudio realizado en 2017 a estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Lima (Perú, uno de los primeros países en casos notificados de América del Sur), el estigma social asociado a la enfermedad estaba presente en el 77% de los estudiantes, y era de moderado a grande en el 39% de los mismos<sup>(12)</sup>. Expone que el estigma es un proceso que comienza cuando un determinado individuo o un grupo se identifica como indeseable o desvalorizado<sup>(9,10,12)</sup>. El estigmatizado a menudo internaliza este sentido de desvalorización y adopta un conjunto de actitudes, como vergüenza, disgusto y culpa<sup>(12)</sup>. Estas actitudes producen un conjunto de comportamientos que incluyen ocultar el rasgo estigmatizado<sup>(12)</sup>. Así, cuando una persona presenta los síntomas y esto le lleva a pensar que podría estar afectado de TB, pasa por un proceso de negación y tarda en acceder a los servicios de salud, lo que supone un retraso en el diagnóstico, tratamiento y estudio de contactos, favoreciendo así la diseminación de la enfermedad<sup>(9,10,12)</sup>.

Además, se propone que esta estigmatización es aún mayor en determinados grupos ya “señalados” socialmente por su “menor estatus socioeconómico” (toxicómanos, presos, personas sin hogar e inmigrantes)<sup>(10,13)</sup>. No obstante, según algunos estudios no se ha demostrado una relación directa entre la incidencia y el estatus socioeconómico bajo, aunque si se ha encontrado una relación entre la tuberculosis activa y este estatus social, que podría deberse a la reducción de la búsqueda de salud y a una mala adherencia a la terapia, contribuyendo así mismo a un aumento continuo en el número de casos y a agravar el problema de la resistencia a los antibióticos, características que en conjunto contribuyen a “mantener el estigma<sup>(10,13)</sup>”.

## CONCLUSIONES

La lesión pulmonar cavitada se considera altamente sugestiva de TB y más si se localiza en lóbulos superiores. Su búsqueda activa y, por tanto, el dominio de la radiografía de tórax, pueden aumentar las posibilidades de éxito en la detección de casos. Se trata de una técnica muy accesible desde la Atención Primaria que, gracias a su relación continua y estrecha con la población, puede incrementarlas de forma importante, ya que se considera una enfermedad social y que estigmatiza a los que la padecen y a sus familias, lo que se traduce en infradiagnóstico de la misma. Por ello, con el fin de saltar la barrera que la estigmatización supone para la Salud Pública, queremos destacar el potencial de la intervención comunitaria de la Medicina de Familia a través de estrategias que abarquen tanto los aspectos clínicos, propiamente dichos, como los sociales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Article title: Global tuberculosis report 2019. Website title: World Health Organization. URL: [https://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en/](https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/)

2. Guía clínica de Tuberculosis. Fisterra.com. <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/tuberculosis> (Accessed January 02, 2020).

3. Bernardo J, MD. Diagnosis of pulmonary tuberculosis in adults. C Fordham von Reyn, MD, ed. UpToDate. Elinor L Baron, MD, DTMH: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Accessed on January 02, 2020).

4. Pozniak A, MD, FRCP. Clinical manifestations and complications of pulmonary tuberculosis. John Bernardo, MD, ed. UpToDate. Elinor L Baron, MD, DTMH, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Accessed on July, 2020).

5. Domínguez Del Valle FJ, Fernández B, Pérez de las Casas M, Marín B, Bermejo C. Clínica y radiología de la tuberculosis torácica. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2007 [citado 2020 Ago 16]; 30(Suppl 2): 33-48.

6. Serrano Usaola N, Martín Egaña M, Beltrán de Ojalora García S, Sánchez García A, Santos Corraliza E, Miner Pino F. Article title: Lesiones cavitadas pulmonares. Una aproximación al diagnóstico. Website title: SERAM 2012 EPOS. URL: <https://epos.myesr.org/poster/esr/seram2012/S1556/Revisi%C3%B3n%20del%20tema#poster>

7. Motta-Ramírez GA, García-Arayza MG, Ortiz-León JL et al. Detección radiológica y por imagen de lesiones pulmonares cavitadas. Abordaje para el médico general. *Rev Sanid Milit Mex*. 2008;62(4):174-186.

8. Zachary KC, MD. Tuberculosis transmission and control in health care settings, Bernardo J, MD, ed. UpToDate. Baron EL, MD, DTMH, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Accessed on January, 2020.)

9. Craig G, Daftary A, Engel N. Tuberculosis stigma as a social determinant of health: a systematic mapping review of research in low incidence countries. *International Journal of Infectious Diseases*. 2017. p. Volume 56, Pages 90-100.

10. Christodoulou M. The stigma of tuberculosis. *Lancet Infectious Diseases*. 2011. p. Volume 11, Issue 9, Pages 663-664.

11. Palao Ibáñez M. Una perspectiva social e la tuberculosis en España: 1900-1939. Libro Salud y ciudades en España, 1880-1940 Condiciones ambientales, niveles de vida e intervenciones sanitarias. 2010.
12. Reyes Puma N, Caballero Ñopo P, Ticona Chávez E, Béjar Castillo VR, Ávila Arosemena JG, Castillo VillacrésCB et al. El estigma frente a la tuberculosis en estudiantes de la facultad de medicina de una universidad pública, 2017. An. Fac. med. [Internet]. 2018 Jul [citado 2020 Ago 16]; 79(3): 225-228.
13. Mariño Paz J. Estatus socioeconómico y Tuberculosis en España: Una revisión sitemática. (Cad Aten Primaria, 2011, Vol 18; pax 90-95).