

**La prueba de Mantoux. Puntualizaciones**

**Sr. Director:** Nos ha causado gran sorpresa la carta "Tuberculosis lingual: a propósito de un caso clínico" de Calle Rubio, Rodríguez Hermosa y Rodríguez González Moro<sup>1</sup> publicada en ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA.

El caso, muy bien expuesto en la carta, es muy interesante por su rareza y debe felicitarse a la redacción de la Revista por su publicación. Lo que sorprende es que autores del servicio de neumología de un gran y prestigioso hospital universitario y que la revista en lengua castellana que posiblemente publique más y mejores artículos sobre tuberculosis, hayan incluido en esta carta la frase "dermorreacción de Mantoux 2 u: 5 x 2 mm", que puede significar una información errónea para un lector no habituado al uso de esta prueba. Evitar en lo posible el impacto de esta deficiente información es lo que nos motiva a escribir esta carta.

Numerosas referencias bibliográficas se pueden citar para avalar los siguientes puntos que difieren de los recogidos en la frase mencionada, pero nos limitamos a unas cuantas en lengua castellana, muy conocidas y algunas de ellas repetidamente citadas en esta Revista<sup>2-5</sup>: la prueba de tuberculina según la técnica de Mantoux es la intradermorreacción, la dermorreacción se usa para referirse a las pruebas que se hacen sobre o en la piel, de las que se han utilizado y utilizan muchas, como la de Von Pirquet, la multipuntura o test de Heaf, el parche de Moro y otras. Se supone que cuando los autores mencionan 2 u deben referirse al número de unidades de tuberculina por dosis, pero éstas siempre se han de expresar con las siglas UI (unidades internacionales) o UT (unidades de tuberculina), siendo necesario que además se especifique el tipo de tuberculina que se ha utilizado en la prueba, pues hay varias, y de potencia variable, en el mercado español; en este sentido la Conferencia de Consenso para el Control de la Tuberculosis en España<sup>6</sup> recomendó utilizar 2 UT de PPD RT 23 con Tween 80. Por último, también suponemos que 5 x 2 mm debe ser la medida de la induración, pero así está erróneamente expresada, pues únicamente debe medirse y referir el diámetro de la induración transversal al eje longitudinal del antebrazo, y del modo como lo exponen los autores no se sabe si este diámetro mide 2 mm, en cuyo caso la prueba sería negativa, o 5 mm, con el que sería positiva.

**J. Alcaide Megías<sup>a</sup> y M.N. Altet Gómez<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.

<sup>b</sup>Centro de Prevención y Control de la Tuberculosis Dr. Lluís Sayé. Barcelona.

1. Calle Rubio M, Rodríguez Hermosa JL, Rodríguez González Moro JM. Tuberculosis lingual: a propósito de un caso clínico. Arch Bronconeumol 1997; 33: 258.
2. Crofton J, Horne N, Miller F. Tuberculosis clínica. Londres: TALC-IUATLD, 1994.

3. Farga V. Tuberculosis (2.ª ed.). Santiago de Chile: Ed. Mediterráneo, 1992.
4. Grupo de Trabajo de la SEPAR. Diagnóstico de la tuberculosis (Normativa SEPAR). Arch Bronconeumol 1996; 32: 85-99.
5. Comité de Expertos. Informe: la tuberculosis en Cataluña. Barcelona: Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña, 1982.
6. Grupo de Trabajo sobre Tuberculosis del FISS. Consenso nacional para el control de la tuberculosis en España. Med Clin (Barc) 1992; 98: 24-31.

**Réplica**

**Sr. Director:** Agradecemos a Alcaide Megías y Altet Gómez el interés mostrado en la lectura del caso clínico expuesto en nuestra carta titulada "Tuberculosis lingual: a propósito de un caso clínico". El objetivo de nuestra comunicación ha sido destacar la rareza de la lengua como localización de la tuberculosis. Resulta obvio que el interés de la carta no radica en la explicación minuciosa de la metodología de la prueba de la tuberculina, que es de sobra conocida por cualquier neumólogo, la mayoría de los cuales no habrá sufrido confusión alguna, a pesar de no realizarse una descripción pormenorizada de la técnica de Mantoux.

Sin embargo, para que sirva de aclaración a estos compañeros, queremos explicar que naturalmente nos referimos en la carta que al enfermo se le realizó una intradermorreacción, que es la forma en que se efectúa la prueba de la tuberculina según la técnica de Mantoux, con 2 u de tuberculina (0,1 ml de PPD RT23 con Tween 80, conteniendo una actividad biológica de 2 UT) y que la induración resultante fue de 5 mm<sup>1</sup>.

En nuestro Servicio de Neumología la intradermorreacción de Mantoux se realiza de forma totalmente correcta, máxime teniendo en cuenta las enseñanzas recibidas de verdaderos expertos en el campo de la tuberculosis como los Dres. Zapatero Domínguez<sup>2</sup> y Monturiol Rodríguez<sup>3</sup>.

**M. Calle Rubio, J.L. Rodríguez Hermosa y J.M. Rodríguez González-Moro**

1. Rodríguez González-Moro, May Priego M, Puente Maetz L. Prueba de la tuberculina. SEMER 1988; 106: 1.019-1.021.
2. Zapatero Domínguez J. Historia de la tuberculosis. Arch Bronconeumol 1983; 19: 226-228.
3. Monturiol Rodríguez JM. La reacción cutánea a la tuberculina: valor epidemiológico. El problema de las alergias intermedias. Experiencias con AT, PPD, BCG y tuberculina aviaria. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense, 1974.

**Tumor de mama como presentación de tuberculosis pleural**

**Sr. Director:** La causa más frecuente de derrame pleural en pacientes jóvenes (menores de 35 años) es la infección tuberculosa. La tuberculosis pleural constituye una pre-

sentación propia de adultos jóvenes, siendo la causa etiológica del 40% de los casos de derrame pleural en estos pacientes. En la actualidad el empiema tuberculoso es poco frecuente, siendo una manifestación tardía de la tuberculosis, presentándose en pacientes que no han recibido el tratamiento adecuado en un primer momento. Cuando un empiema se mantiene sin tratamiento suele evolucionar hacia la formación de una fístula broncopleural o bien a la formación de un *absceso necessitatis*, como se presentó en nuestro caso.

Paciente mujer de 22 años que consulta por tumoración dolorosa situada en la mama derecha de 3 días de evolución. La paciente presentaba una adenopatía cervical desde hacía un año, tenía vecinos con tuberculosis pulmonar, por lo que se realizó un Mantoux hace un año que resultó negativo. En la exploración clínica se objetivó una tumoración dura en la mama derecha de 5 cm. La radiografía de tórax se informó como derrame pleural atípico derecho con sospecha de 2 nódulos pulmonares mal definidos. Alteración de arco costal derecho en probable relación con el derrame. Ante estas alteraciones la paciente ingresó con la sospecha clínica de neoplasia mamaria con afectación metastásica pleural. En la mamografía se diagnosticó una tumoración en la mama derecha de bordes mal definidos en el cuadrante inferointerno, de situación profunda. Se realizó una ecografía mamaria en la que se determinó que la tumoración era de contenido líquido, medía 5 x 2,5 cm y tenía una comunicación con el derrame pleural. Ante estos hallazgos se reconsideró la posibilidad de que se tratara de una neoplasia mamaria y se planteó el diagnóstico de un *absceso necessitatis* por empiema pleural de probable origen tuberculoso. La TAC torácica confirmó el derrame pleural derecho con nódulos subpleurales en conexión con la tumoración mamaria, existiendo afectación de arco costal (fig. 1). Entre los datos de laboratorio destacaban: análisis líquido pleural: hematíes: 800.000/mm<sup>3</sup>, leucocitos: 697.000/mm<sup>3</sup>, polinucleares 87%, linfocitos 13%, glucosa 3 mg/dl, proteínas totales: 8,4 g/dl; cultivo de líquido pleural: negativo; cultivo punción-tumoración mamaria: negativo; amplificación enzimática de ADN (PCR) del líquido pleural: positiva para *M. tuberculosis*. Una vez confirmado el diagnóstico de tuberculosis pleural se trató con tuberculostáticos y se realizó drenaje quirúrgico de la tumoración mamaria, persistiendo una fístula mamaria en la actualidad.

La existencia de siembra de *Mycobacterium tuberculosis* en el espacio pleural condiciona una pleuresía con derrame. Es clásico que la pleuresía con derrame aparezca en personas jóvenes (el 80-90% en sujetos de 15 a 30 años), como hallazgo único, sin signos de tuberculosis pulmonar, siendo el derrame casi siempre unilateral y con más frecuencia en el lado derecho<sup>1</sup>. En nuestro caso la edad de la paciente era de 22 años, presentando la pleuresía tuberculosa en el lado derecho como hallazgo aislado, sin afectación pulmonar. El derrame tuberculoso es una de las manifestaciones extrapulmonares más frecuentes de la tuberculosis<sup>2</sup>. Se produce por la rotura dentro del espacio pleural de un foco caseoso localizado en una situación subpleural del pulmón.

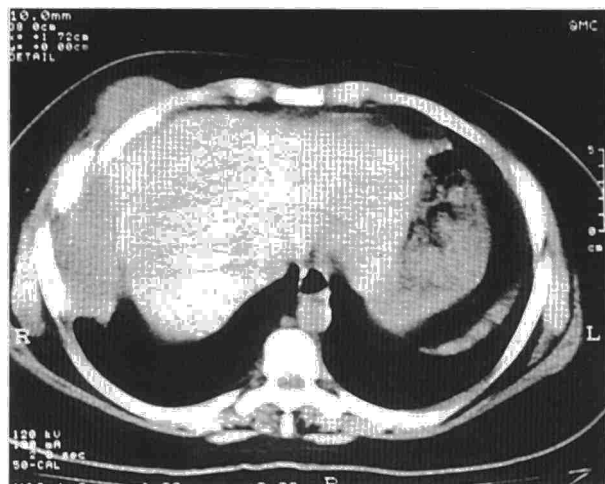


Fig. 1. TC de tórax sin contraste en la que se visualiza la presencia de comunicación entre el derrame pleural tuberculoso y el empiema mamario derecho.

El carácter indolente de la pleuresía tuberculosa en esta paciente es responsable del retraso en el diagnóstico y de la formación del empiema *necessitatis* que propaga la enfermedad a la glándula mamaria, causa por la cual la paciente nos consulta. La tuberculosis mamaria se presenta en mujeres de edades comprendidas entre 20-40 años y suele ser de afectación unilateral. Clínicamente se diagnostica como un tumor mamario que en ocasiones origina el diagnóstico erróneo de carcinoma mamario<sup>3</sup>. El diagnóstico diferencial debe realizarse con el carcinoma mamario, mastitis de otras etiologías, ectasia canalicular, absceso mamario y actinomicosis mamaria<sup>4</sup>. En el caso de empiema *necessitatis* el tratamiento más efectivo comprende el drenaje quirúrgico conservador más la quimioterapia antituberculosa<sup>5,6</sup>. En definitiva, si bien la existencia de absceso *necessitatis* en la glándula mamaria es una rara complicación del empiema tuberculoso, debe de incluirse la tuberculosis mamaria en el diagnóstico diferencial de las enfermedades mamarias, procurando el aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis* para descartar diferencialmente el proceso neoplásico e instaurar un tratamiento rápido y eficaz.

J.V. López Mut, M. Cubells Parrilla  
y V. Miranda Gozalvo

Servicio de Radiodiagnóstico.  
Hospital General Universitario de Valencia.

6. Hale JA. Tuberculosis of the breast: rare but still axtant. Am J Surg 1985; 150: 620-624.

### Metástasis intestinales de carcinoma broncogénico

Sr. Director: Aunque con frecuencia un carcinoma pulmonar puede afectar al esófago por contigüidad o por adenopatías mediastínicas tumorales, la afectación metastásica del tracto gastrointestinal por un carcinoma broncogénico ha sido considerada como un hecho poco habitual<sup>1</sup>. Presentamos el caso de un paciente al que se diagnostica de carcinoma pulmonar epidermoide con metástasis en intestino grueso.

Varón de 75 años, fumador, sin otros antecedentes de interés. Ingresó por presentar ashenia e hiporexia desde hacía un mes, acompañado en la última semana de expectoración hemoptoica y molestias abdominales inespecíficas. A la auscultación pulmonar presentaba crepitantes en los dos tercios inferiores del hemitórax izquierdo y a la palpación en la fosa ilíaca izquierda se apreciaba una masa de unos 3 cm de diámetro no bien delimitada. La analítica fue normal. La radiografía de tórax mostraba un engrosamiento de la línea para-

traqueal derecha y un nódulo pulmonar en el lóbulo inferior derecho de 2 cm de diámetro. En la broncoscopia se observó una mucosa de superficie irregular en ambas vertientes de la carina traqueal. El cepillado de la lesión mostró células compatibles con carcinoma indiferenciado de célula grande. En la ecografía abdominal se detectó un área hipocóica en fosa ilíaca izquierda de 9 x 3 cm indicativa de visera hueca rodeada de un área hiperecólica compatible con tejido inflamatorio. Se realizó una colonoscopia, encontrándose a 30 cm del ano una zona estenótica y eritematosa de donde se tomaron biopsias cuyo diagnóstico anatomopatológico fue de metástasis en la submucosa de intestino grueso por carcinoma epidermoide (fig. 1). Durante los días del ingreso persistieron los dolores abdominales aunque el ritmo intestinal fue normal. Fue dado de alta en buen estado general falleciendo súbitamente 2 días después.

Los tumores que con más frecuencia son causa de metástasis en intestino son los melanomas y los cánceres de ovario y del propio tracto gastrointestinal<sup>1-3</sup>. En cuanto al origen pulmonar, en diversas series de autopsias realizadas a enfermos con carcinoma pulmonar<sup>2,4,5</sup> se encuentran metástasis gastrointestinales entre el 7,7 y el 14% de los casos según la zona del tubo digestivo estudiada, siendo raro el diagnóstico *pre mortem*. La localización más frecuente de las metástasis es el yeyuno, manifestándose generalmente como perforación o suboclusión. Los tipos histológicos que parecen tener más tendencia a metastatizar en el tubo digestivo son los indiferenciados de células grandes y pequeñas<sup>2,4</sup>. Sin embargo, en las revisiones de los casos diagnosticados *pre mortem* es el carcinoma epidermoide el más frecuentemente encontrado<sup>4,5</sup> junto con el anaplásico de células grandes, siendo raros los de célula pequeña. Creemos que esta disparidad se debe a la corta supervivencia de los carcinomas de célula pequeña en relación al carcinoma epidermoide, lo cual hace más difícil el desarrollo de metástasis gastrointestinales sintomáticas a pesar de su gran tendencia a metastatizar. Llama la atención, sin embargo, la gran frecuencia relativa de las metástasis por carcinoma de células grandes.

Aunque hemos comenzado diciendo que las metástasis gastrointestinales de origen pulmonar son raras, creemos que no es tan infre-

1. Epstein DM, Kline LR, Abelda SM, Miller WT. Tuberculosis pleural effusions. Chest 1987; 91: 106-109.
2. Haro M, Ruiz Manzano J, Ribas J, Mantecola JM, Ausina V, Vila X et al. Estudio comparativo entre formas agudas y crónicas en la tuberculosis pleural. Arch Bronconeumol 1997; 33: 164-167.
3. Kessler E, Walloch Y. Granuloma mastitis: a lesion clinically simulating carcinoma. Am J Clin Pathol 1972; 58: 642-646.
4. Gil P, Ruiz LA, Pascal I, Camino J, Pocheville I, Zalacain R. Tumoración cutánea como forma de presentación de la actinomicosis pulmonar. Arch Bronconeumol 1997; 33: 198-200.
5. Bonnet P, Farez J. Breast tuberculosis: a propos of a case. Acta Chir Belg 1987; 87: 304-306.

Fig. 1. Metástasis de carcinoma epidermoide en submucosa de colon (H-E, x10). H = 100 µ.

