

## IMÁGENES EN PEDIATRÍA

## Signo de la raqueta de tenis: un caso de tuberculosis pulmonar complicada

### Tennis racket sign: A complicated case of pulmonary tuberculosis

Sérgio Alves<sup>a,\*</sup>, Diana Póvoas<sup>b</sup> y Tiago Silva<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Pediatría, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

<sup>b</sup> Servicio de Infectología, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (CHLC-EPE), Lisboa, Portugal

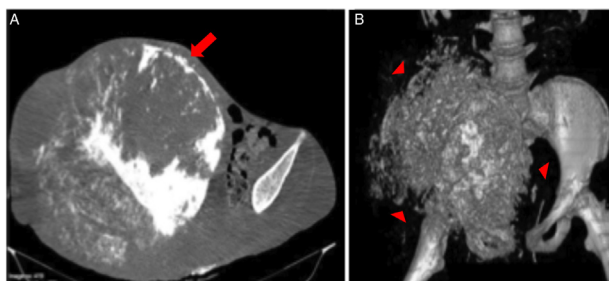
<sup>c</sup> Unidad de Infectología Pediátrica, Hospital Dona Estefânia, CHLC-EPE, Lisboa, Portugal



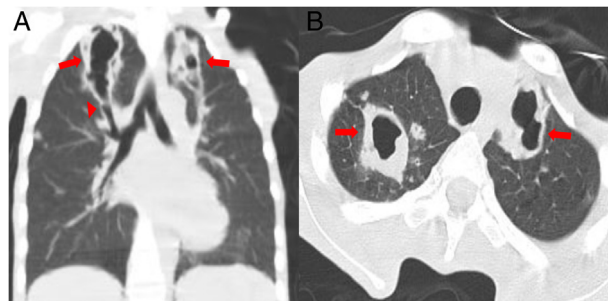
Disponible en Internet el 3 de junio de 2019

Niña angolana de 16 años, remitida a Portugal con hinchazón progresiva de la cadera derecha y pérdida de 30 kg de peso en 18 meses. No reportó síntomas respiratorios. Al ingreso presentó con delgadez extrema y deshidratación; estaba febril, con múltiples úlceras de decúbito y una masa ilíaca dura de 30 cm que se extendía al abdomen. La auscultación pulmonar fue anodina. Las pruebas de sangre revelaron anemia grave (6 g/dl) y un índice de

parasitemia (*Plasmodium falciparum*) del 0,5%. El cribado del VIH fue negativo. La tomografía computarizada (TC) abdominal reveló una masa ilíaca de 30 cm con fragmentación cortical (fig. 1) invadiendo la aorta, la vena cava, el colon y la vejiga. El examen histológico de una muestra obtenida por biopsia identificó un condrosarcoma de grado 1. Por añadidura, la TC torácica reveló cavitación extensa apical en ambos pulmones adyacente a los bronquios de drenaje (signo de la raqueta de tenis [fig. 2]). El examen microscópico de un frotis teñido de aspirado gástrico objetivó una alta concentración de bacilos ácido-alcohol resistentes,



**Figura 1** A. Corte axial en TC (ventana ósea) evidenciando una masa muy extensa de tejido blando en la región ilíaca derecha (flecha roja), con una reacción perióstica agresiva extensa (patrón de sol radiante). Nótese el efecto de masa en las asas intestinales pélvicas. B. Imagen reconstruida en 3D mostrando la extensión del tumor (puntas de flecha).



**Figura 2** Cortes coronal (A) y axial (B) en TC en ventana pulmonar mostrando cavitaciones extensas con paredes engrosadas (flechas rojas) en ambos segmentos apicales, compatible con tuberculosis pulmonar. Nótese los bronquios de drenaje bilaterales (signo de la raqueta de tenis [punta de flecha]).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [sergio\\_falves@hotmail.com](mailto:sergio_falves@hotmail.com) (S. Alves).

aislándose *Mycobacterium tuberculosis* en cultivo. La paciente desarrolló vómitos fecaloideos. Al ser imposible la cura, se iniciaron cuidados paliativos y la paciente murió el octavo día.

La tuberculosis continúa siendo un problema de salud prioritario a nivel mundial, afectando principalmente a la región de África subsahariana<sup>1</sup>. La tuberculosis pulmonar se puede clasificar en primaria, habitualmente identificada en niños, y secundaria, generalmente en adultos. Hallazgos radiológicos tales como la atelectasia, el patrón de árbol en brote y la cavitación son indicativos de tuberculosis secundaria<sup>2,3</sup>. En el caso que nos ocupa, a pesar de la corta edad de la paciente, la comorbilidad oncológica y la malnutrición severa podrían haber llevado a la reactivación de focos latentes. La frecuente ausencia de síntomas respiratorios y el alto riesgo de transmisión subrayan la importancia del cribado sistemático de pacientes evacuados de países con alta carga de enfermedad. Por desgracia, casos

extremadamente graves, como el aquí presentado, son comunes en países en desarrollo, donde protocolos de evacuación lentos y prolongados retrasan la implementación de los cuidados necesarios hasta tal punto que la cura se vuelve imposible.

## Bibliografía

1. WHO. Global tuberculosis report 2017. WHO. 2017. pp.1-262. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259366/1/9789241565516-eng.pdf?ua=1>.
2. Concepcion NDP, Laya BF, Andronikou S, Daltro PAN, Sanchez MO, Uy JAU, et al. Standardized radiographic interpretation of thoracic tuberculosis in children. *Pediatr Radiol.* 2017;47:1237-48.
3. Griffith-Richards SB, Goussard P, Andronikou S, Gie RP, Przybojewski SJ, Strachan M, et al. Cavitating pulmonary tuberculosis in children: Correlating radiology with pathogenesis. *Pediatr Radiol.* 2007;37:798-804.