



TBC extrapulmonar de presentación inusual: A propósito de un caso


Extrapulmonary TB with unusual presentation: A case report

Hijara, Norma; Rivas, Josimar; Pérez, María Mercedes; Rodríguez, Priscila

 Norma Hijara
gineobstetra.norhi@gmail.com
Medico Obstetra y Ginecólogo Infanto Juvenil.
Hospital de Niños "JM de los Ríos". Caracas,
Venezuela.

 Josimar Rivas
josian7789@gmail.com
Cirujano Pediatra y Ginecólogo Infanto Juvenil.
Hospital de Niños "JM de los Ríos". Caracas,
Venezuela.

 María Mercedes Pérez
mperez62@gmail.com
Médico Obstetra y Ginecólogo Infanto Juvenil.
Hospital de Niños "JM de los Ríos". Caracas,
Venezuela.

 Priscila Rodríguez
dra.prirodlem@gmail.com
Medico Obstetra y Ginecólogo Infanto Juvenil.
Hospital de Niños "JM de los Ríos". Caracas,
Venezuela.

Revista Digital de Postgrado
Universidad Central de Venezuela, Venezuela
ISSN-e: 2244-761X
Periodicidad: Cuatrimestral
vol. 15, núm. 1, e449, 2026
revistadpmeducv@gmail.com

Recepción: 13 de enero de 2026
Aprobación: 06 de marzo de 2026

DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP.2026.15.1.e449>

Cómo citar: Hijara N, Rivas J, Pérez M, Rodríguez P. TBC extrapulmonar de presentación inusual: a propósito de un caso. Rev. Digit Postgrado 2026; 15(1): e449.doi.10.37910/RDP.2026.15.1. e449

Resumen: La tuberculosis (TBC) es una enfermedad reemergente con potencial afectación extrapulmonar en cualquier órgano, su presentación en la región retropectoral, especialmente en la población pediátrica, es excepcionalmente rara. Se presenta el caso de una paciente escolar de 9 años, sin cambios puberales, que desarrolló un aumento de volumen en la mama derecha de 7 x 8 cm) acompañado de alzas térmicas intermitentes. Se manejó inicialmente con antibioticoterapia por un lapso de 15 días, con una evolución tórpida, y múltiples cultivos para bacterias y hongos con resultados negativos. El diagnóstico definitivo de TBC extrapulmonar se alcanzó tras una prueba cutánea de derivado proteico purificado positiva y la confirmación histopatológica de la colección ubicada en el espacio retropectoral derecho, sin compromiso pleural. El paciente inició tratamiento antifímico de primera línea con evolución posterior satisfactoria. Conclusión: La localización retropectoral en esta paciente en edad pediátrica generó un diagnóstico diferencial primario de mastitis, a pesar de la ausencia de signos de flogosis. La TBC debe considerarse en el diagnóstico diferencial de masas o colecciones de tejidos blandos atípicas, incluso en sitios no descritos previamente en la literatura. La localización retropectoral como manifestación de TBC representa una rareza clínica, ofreciendo una referencia potencial para futuras investigaciones y destacando la importancia del diagnóstico histopatológico oportuno.

Palabras claves: Tuberculosis Extrapulmonar, Región Retropectoral, TBC Pediátrica, Mastitis.

Abstract: Tuberculosis (TBC) is a re-emerging disease with the potential for extrapulmonary involvement in any organ. While multiple sites of extrapulmonary TBC are recognized (lymph node, osteoarticular, meningeal), its presentation in the retropectoral region, especially in the pediatric population without pubertal development, is exceptionally rare. We present the case of a 9-year-old school-aged child, without pubertal changes, who

developed a 7 x 8 cm enlargement in the right breast accompanied by intermittent fevers. Initial treatment consisted of antibiotic therapy for 15 days, with a sluggish course, and multiple cultures for bacteria and fungi yielded negative results. The definitive diagnosis of extrapulmonary TB was reached after a positive PPD test and histopathological confirmation of the collection located in the right retropectoral space, without pleural involvement. The patient began first-line antituberculosis treatment with a subsequent satisfactory outcome. Conclusion: The retropectoral location in this pediatric patient led to a primary differential diagnosis of mastitis, despite the absence of signs of inflammation. This case underscores that tuberculosis should be considered in the differential diagnosis of atypical soft tissue masses or collections, even in sites not previously described in the literature. Retropectoral location as a manifestation of tuberculous spondylitis is a clinical rarity, offering a potential reference point for future research and highlighting the importance of timely histopathological diagnosis.

Keywords: Extrapulmonary Tuberculosis, Retropectoral Region, Pediatric Tuberculosis, Mastitis, Case Report.

INTRODUCCIÓN

La diseminación hematogena o linfática del *Mycobacterium tuberculosis* que resulta en la infección de tejidos y órganos fuera del parénquima pulmonar, es conocida como Tuberculosis extrapulmonar (TBEP) y representa un desafío diagnóstico debido a la variedad de síntomas y localizaciones atípicas que puede adoptar, además de la dificultad para aislar el agente etiológico. Siendo un reto aún mayor cuando se presenta en poblaciones pediátricas y en ubicaciones infrecuentes como la retropectoral. Esta última ubicación puede confundirse con patología mamaria, que cuando se presenta suele ser benigna, resultando importante para el diagnóstico diferencial, conocer tanto la anatomía y evolución fisiológica de la mama, como la de las estructuras vecinas, para así abordar el caso sin desestimar otras etiologías derivadas de estas estructuras contiguas.⁽¹⁾

A continuación, se presenta caso de TB extrapulmonar de ubicación retropectoral en escolar femenino que presentó aumento de volumen en región mamaria sin cambios puberales. Caso que resultó un reto diagnóstico y ameritó abordaje multidisciplinario para su resolución y manejo.

CASO CLÍNICO

Se trata de escolar femenina de 9 años + 4 meses de edad, quien presentó alzas térmicas no cuantificadas de 3 días de evolución, acompañadas de aumento de volumen progresivo e indoloro en mama derecha. Fue llevada a un centro de salud 21 días después del inicio de la enfermedad actual, donde indicaron antibioticoterapia oral. Por persistir el aumento de volumen fue llevada a nuestro centro donde se evaluó obteniendo los siguientes hallazgos al examen físico: Peso: 24kg / Talla: 1.25 / IMC: 15.6 / E-T: <P3 / E-

P: <P10 / IMC-E: P50-15. / Temp: 37,6 °C. Escolar en regulares condiciones generales, afebril, bien hidratada, eupneica, tez morena, con múltiples lesiones maculares y costrosas en piel de todo el cuerpo a predominio de pliegues, normocéfala sin lesiones en cuero cabelludo. Cuello móvil sin adenopatías. Tiroides no palpable. Tórax normoexpansible, mamas con desarrollo para la escala de Tanner y Marshall 1, con asimetría en área de pectoral derecho, dada por aumento de volumen, sin signos de flogosis de consistencia renitente, de 7 x 8 cm, bordes bien definidos, no móvil (Figura 1.), no se palparon adenopatías axilares ni infraclaviculares. Abdomen: plano, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no se palpan visceromegalias ni tumoraciones. Genitales: fenotipo femenino, pubarquia por escalada de Tanner y Marshall 1, labios mayores cubren los menores, clítoris cubierto por capuchón, meato uretral normoconfigurado, himen anular, delgado. Extremidades: simétricas sin edema. Paciente orientada y colaboradora en toda la evaluación.



FIGURA 1. Vista frontal, Mama derecha con aumento de volumen

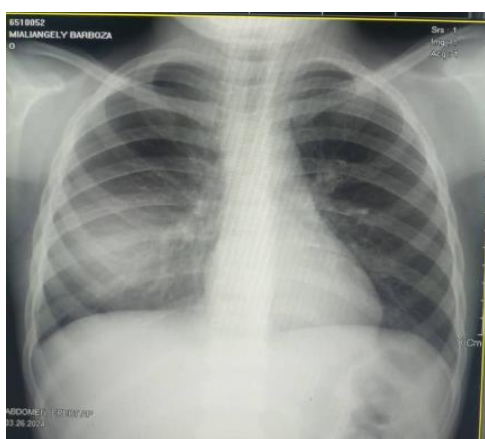


FIGURA 2. Rayos X de tórax



FIGURA 3. Eco mamario

Se realizó rayos X de torax proyección anteroposterior (Figura 2.) donde se evidencia reforzamiento parahiliar. Área radiodensa en 1/3 medio de hemitórax derecho y ecosonograma mamario (Figura 3.) que reportó hallazgos sugestivos de absceso mamario tabicado por lo que se realizó drenaje ecoguiado de la colección, obteniéndose aproximadamente 5 cc de secreción verdosa, no fétida, que se envió para cultivo bacteriológico.

En la siguiente tabla se hace un resumen de los exámenes paraclínicos realizados durante su hospitalización

TABLA 1. Exámenes de laboratorio indicados a la paciente

Fecha	Día 1	Día 4	Día 11
HB	10,9	10,1	15-71
HCTO	35,9 %	33,6 %	
GB	8960	8990	
NEUT	65	83%	
LINF	18	13%	
PLQ	547000	485000	
Glicemia	97		
Urea	20		
Creatinina	0,53		
HIV			Negativo
VDRL			Negativo

Se decidió hospitalizar bajo los siguientes diagnósticos 1) Mastitis de mama derecha 2) Escabiosis (en resolución) 3) Anemia leve (HB: 10.9 gr/dl) 4) Riesgo de desnutrición.

Durante su hospitalización se indicó antibioticoterapia previa evaluación por servicio de Infectología quienes sugieren antibioticoterapia con clíndamicina. A lo seis días de tratamiento al no evidenciarse mejoría del cuadro clínico se rota a Teicoplanina. Se recibe primer resultado de cultivo que no reportó crecimiento bacteriano, por lo cual se tomó nueva muestra solicitando cultivo para hongos y anaerobios, con resultados negativos.

En una reevaluación posterior, por persistir aumento de volumen en mama se decidió realizar un drenaje quirúrgico, y fue llevada a mesa operatoria donde se evidenció absceso retropectoral derecho tabicado, sin compromiso de pleura parietal (Figuras 4 y 5), se realizó drenaje del mismo y se envió muestra de tejido para análisis por anatomía patológica y cultivo de Histoplasma, que resultó negativo.



FIGURA 4. Músculo pectoral derecho



FIGURA 5. Retropectoral se evidencia salida de secreción purulenta

En los cortes histológicos evaluados se observaron fragmentos de tejidos blandos que mostraron: Lesión de naturaleza inflamatoria. Proliferación de células histiocitarias, la mayoría de morfología epitelioides, acompañado de células gigantes multinucleadas tipo “Langhans” y “Touton”, rodeando extensas áreas de necrosis. Estroma fibroso, presenta intenso infiltrado inflamatorio mononuclear (linfocitos y plasmocitos), congestión vascular y focos de hemorragia reciente. No se observaron células neoplásicas.

Se realizó reunión multidisciplinaria con servicio de infectología y en vista de ausencia de crecimiento bacteriano en cultivos, falta de respuesta a la antibioticoterapia, edad de la paciente, Graffar IV y estado nutricional se planteó la posibilidad de infección por Tuberculosis y se realizó prueba de tuberculina, que resultó positiva. Es así que se consideró el diagnóstico de Tuberculosis extrapulmonar retropectoral y se inició tratamiento antifímico con Etambutol, Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida, con posterior evolución satisfactoria de la paciente.

DISCUSIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa granulomatosa crónica producida por el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, que se localiza generalmente en el pulmón, pero se conoce su capacidad para afectar a otros órganos. ⁽¹⁾ La TBC pulmonar es la forma más común en niños, pero la TBEP es frecuente (alrededor del 30-40% de los casos) y puede presentarse en una gran variedad de sitios anatómicos ⁽²⁾ Las formas más frecuentes son la pleural y la ganglionar, seguidas por la genitourinaria y los síntomas dependerán del órgano afectado. ⁽³⁾ Su presentación retropectoral o mamaria en niñas es excepcional, en mamas es más frecuentes en adultas. Arango *et al.* ⁽³⁾ reportaron en Colombia el caso de niña de 9 años con múltiples lesiones en mama izquierda. Las lesiones comenzaron como placas que progresaron a pápulas, pústulas, y finalmente a fístulas con drenaje purulento, cicatrices y ulceraciones alrededor de la areola. A pesar del tratamiento antibiótico empírico, la condición empeoró. La biopsia de piel mostró granulomas de células gigantes. El diagnóstico se confirmó con el cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis*, clasificándose como Tuberculosis Cutánea Primaria (escrfuloderma) con afectación del tejido mamario (mastitis). Este caso es uno de los pocos publicados de TBC que afecta la mama en una paciente prepuberal, destacando que la presentación puede imitar una infección bacteriana recurrente y la importancia del cultivo para diagnóstico diferencial. La paciente tuvo una respuesta favorable a la terapia antituberculosa estándar (HRZE/HR).

La epidemiología de la TBC cutánea no se encuentra bien descrita, es una manifestación extrapulmonar de la tuberculosis que ocurre en el 1 % al 2 % de los casos de tuberculosis. ⁽⁴⁾ La mayor prevalencia de TBC cutánea se encuentra en áreas endémicas de TBC, presentando la siguiente distribución a nivel mundial: 43 % en sureste asiático, 25% en África y 18 % en el Pacífico Occidental. ⁽⁵⁾ La tuberculosis cutánea puede ser exógena; endógena: causada por contigüidad o autoinoculación y por diseminación hematogena. El diagnóstico de la infección se realiza mediante prueba directa, cultivo, histopatología, prueba cutánea de la tuberculina, reacción en cadena de la polimerasa, ensayo de liberación de interferón gamma y genotipificación. ⁽⁶⁾ La tuberculosis cutánea presenta diversas presentaciones clínicas y generalmente se presenta por inoculación directa en la piel o, en ocasiones, debido a un foco infeccioso subyacente. Por lo tanto, se requiere una alta sospecha clínica para diagnosticar el caso. ⁽⁷⁾

En este artículo se describen presentaciones atípicas de tuberculosis extrapulmonar de la caja torácica similares al presente caso. Al respecto, González-Saldaña y colaboradores describen dos casos de TBCEP, destacando el de una lactante de 20 meses de edad que llegó con dolor y aumento de volumen en la región costal anterolateral izquierda, a nivel del 5to arco costal. El examen físico reveló una masa de consistencia blanda. Después de no mejorar con tratamiento antibacteriano, se realizó una biopsia. El examen histológico mostró necrosis (80 %) e inflamación granulomatosa crónica con células gigantes multinucleadas. La tinción de Ziehl-Neelsen fue positiva para BAAR. El diagnóstico fue Tuberculosis de la Caja Torácica (osteomielitis con destrucción del arco costal), tratada con quimioterapia antituberculosa estándar con buen resultado. ⁽⁸⁾

El diagnóstico de TBCEP no es sencillo y en la edad pediátrica, las dificultades añadidas más importantes son: a) una mayor probabilidad de progresión desde la infección a la enfermedad, incluidas formas graves y

extrapulmonares; b) los problemas diagnósticos, incluyendo la dificultad para discernir entre infección y enfermedad, el difícil aislamiento microbiológico, y c) las dificultades terapéuticas. ⁽⁹⁾ Existen diferentes pruebas que orientan al diagnóstico, entre ellas la prueba de tuberculina que es un método útil y valioso tanto en niños como adolescentes. Se basa en que la infección por *M. tuberculosis* produce una hipersensibilidad retardada a ciertos componentes antigénicos del bacilo. ⁽¹⁰⁾ Dada la ubicación retropectoral en la paciente del caso presentado, se pensó desde su ingreso en mastitis derecha, sin embargo, la falta de respuesta al tratamiento y ausencia de crecimiento bacteriano en los cultivos, llevó a replantear el caso y discutirlo con un equipo multidisciplinario, indicándose otras pruebas diagnósticas basadas en la disponibilidad del centro hospitalario, las cuales contribuyeron a lograr el diagnóstico e instaurar el tratamiento adecuado.

Este caso destaca la necesidad de considerar diagnósticos diferenciales amplios en pacientes jóvenes con síntomas atípicos y el valor de una historia clínica detallada y un enfoque multidisciplinario para el diagnóstico y tratamiento.

CONCLUSIONES

La TBCEP de aparición en mama y en pared torácica en niñas es una entidad extremadamente infrecuente (especialmente en la etapa prepuberal).

Su presentación clínica suele ser atípica (masa, absceso o fístula) y fácilmente confundible con patologías más comunes (abscesos piógenos, malignidad).

El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, y la confirmación depende del estudio histopatológico (granulomas caseificantes) y la microbiología (cultivo, BAAR o pruebas moleculares).

REFERENCIAS

1. Hale R. Head and neck manifestations of tuberculosis: a clinical review. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002; 126(2): 176-177.
2. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la tuberculosis [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [citado 10 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/tuberculosis/en>
3. Arango-Ferreira C, Zapata-Muñoz CM, Gotuzzo E. Cutaneous Tuberculosis Presenting as Mastitis in a Prepubertal Girl. *Am J Trop Med Hyg.* 2018; 99(6): 1360–61.
4. Maloney EM. Erythema induratum of Bazin. *JDM Case Rep* [Internet]. 2023;12:100-102. <https://doi.org/10.1016/j.jdin.2023.05.001>
5. Insandar-Paz M, Lerma EA, Valencia-León I, Vélez-Quñones J. Tuberculosis cutánea: Un reto diagnóstico. *Salutem Scientia Spiritus.* 2025; 11(2): 63-70.
6. Santos JB, Figueiredo AR, Ferraz CE, Oliveira MH, Silva PG, Medeiros VL. Cutaneous tuberculosis: diagnosis, histopathology and treatment - Part II. *An Bras Dermatol.* 2022; 97(1): 1-14.
7. Singh M, Gupta B. Clinical pattern of cutaneous tuberculosis in paediatric age group. *IP Indian J Clin Exp Dermatol.* 2021; 7(1): 35-39.
8. González-Saldaña N, Galvis-Trujillo DM, Solórzano-Morales SA, Veloz-Corona Q, Trujillo-Jimenez F, Juárez-Olguín H. Case Report: Tuberculosis of the ribcage by dissemination of Koch bacilli. *J Infect Dev Ctries.* 2022; 16(7):1 221-1225.
9. Soman D, Davies SJ. Suspected case of tuberculosis of the temporomandibular joint. *Br Dent J.* 2003; 194(1): 23-24.
10. Moreno-Pérez D, Andrés Martín A, Altet Gómez MN, Baquero-Artigao F, Escribano Montaner A, Gómez Pastrana D, et al. Diagnóstico de la tuberculosis en la edad pediátrica. *An Pediatr (Barc).* 2010; 74(6): 434.e1-434.e10.