



Presentación de Caso

Tuberculosis miliar en el adulto mayor: presentación atípica y desenlace fatal

Miliary Tuberculosis in the Elderly: Atypical Presentation and Fatal Outcome

Fabiola Gutiérrez García¹ <https://orcid.org/0009-0005-3372-4819>

Elisbeth Pérez Montes de Oca^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4224-6039>

Denise Rodríguez Verdecie² <https://orcid.org/0009-0003-9107-2682>

Osmany Marcheco Moreira³ <https://orcid.org/0000-0001-5329-2690>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas “Calixto García”. Hospital Universitario “General Calixto García”. La Habana. Cuba

³Universidad de Ciencias Médicas de las Fuerzas Armadas Revolucionarias. Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: elisbethpmdeoca99@gmail.com

Cómo citar este artículo: Gutiérrez García F, Pérez Montes de Oca E, Rodríguez Verdecie D, Marcheco Moreira O. Tuberculosis miliar en el adulto mayor: presentación atípica y desenlace fatal. GerolInfo-Revista de Gerontología y Geriatría. 2026; 21:e372.

RESUMEN:

Introducción: La tuberculosis es una de las enfermedades infecciosas más antiguas de la humanidad y además una de las más prevalentes, sin embargo no es común su diseminación denominada tuberculosis miliar.

Objetivo: Describir las manifestaciones clínicas atípicas y los hallazgos radiológicos característicos de la tuberculosis miliar en un adulto mayor.

Caso clínico: Paciente masculino de 73 años que en los últimos dos meses presentó tos con expectoración verdosa, decaimiento, pérdida de peso y falta de aire. Se le realizaron exámenes complementarios y en la tomografía axial computarizada de tórax pequeñas lesiones nodulares sugestivas de tuberculosis miliar.

Conclusiones: La tuberculosis miliar es una patología grave, de difícil diagnóstico, que precisa de la toma de muestras broncoscópicas y que puede manifestarse con afectación costal, de adenopatías y pancreática, cuya sospecha clínica requiere un tratamiento precoz a la espera de la confirmación microbiológica. Este caso ilustra la presentación inespecífica y el pronóstico grave de la tuberculosis miliar en el anciano. Enfatiza la necesidad de alto índice de sospecha y tratamiento empírico precoz ante hallazgos radiológicos característicos, incluso antes de la confirmación microbiológica.

Palabras clave: Anciano; Baciloscopía; Tuberculosis miliar.

ABSTRACT:

Introduction: Tuberculosis is one of the oldest and most prevalent infectious diseases known to humankind; however, its disseminated form, known as miliary tuberculosis, is uncommon.

Objective: To describe the atypical clinical manifestations and characteristic radiological findings of miliary tuberculosis in an elderly adult.

Case Report: A 73-year-old male patient presented with a two-month history of cough with greenish sputum, malaise, weight loss, and shortness of breath. Complementary examinations were performed, and a chest CT scan revealed small nodular lesions suggestive of miliary tuberculosis.

Conclusions: Miliary tuberculosis is a serious condition, difficult to diagnose, requiring bronchoscopic sampling and potentially manifesting with rib, lymphadenopathy, and



pancreatic involvement. Clinical suspicion necessitates early treatment while awaiting microbiological confirmation. This case illustrates the nonspecific presentation and poor prognosis of miliary tuberculosis in the elderly. It emphasizes the need for a high index of suspicion and early empirical treatment upon the appearance of characteristic radiological findings, even before microbiological confirmation.

Keywords: Elderly; Bacilloscopy; Miliary tuberculosis.

Recibido: 01/01/2026

Aceptado: 01/02/2026

INTRODUCCIÓN:

La antigüedad del bacilo de la tuberculosis (TB) se ha estimado en más de tres millones de años. Por tanto, es muy probable que esta sea una de las enfermedades infecciosas más antiguas de la humanidad y además una de las más prevalentes. Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2021 un tercio de la población mundial estaría infectada por el bacilo de la TB, se habrían producido 1,6 millones de muertes por TB (1,5 millones en 2020), lo cual supera a la mortalidad por virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA), y el número de personas que desarrollaron TB (10,6 millones) se incrementó un 4,5 % después de años de lento declive.⁽¹⁾

Aunque la TB pulmonar es la forma más común de presentación, la tuberculosis miliar, una forma diseminada de la enfermedad que resulta infrecuente, y prevalece en pacientes inmunodeprimidos. Esta variante de la TB se caracteriza por la diseminación hematogena de *Mycobacterium tuberculosis*, afecta múltiples órganos, incluidos los ganglios linfáticos, el sistema nervioso central y, con menor frecuencia, el hígado.⁽²⁾

La diseminación de la tuberculosis extrapulmonar se da a través de dos vías, la hematogena y la linfoide, ambas utilizan un mecanismo de translocación de proteínas de la bacteria llamadas «proteínas bacterianas de objetivo antigenico secretor temprano de 6 kd (ESAT-6)», la proteína de filtrado de cultivo de 10 kd (CFP-10) que es la encargada de la lisis celular, así como a la proteína de adhesión de hemaglutinina de unión a



Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la [Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0](#) que permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación

heparina (HBHA) que permite la translocación del epitelio sin lisis, otros mecanismos son la invasión directa a las células endoteliales o el transporte por los fagocitos; el cuadro clínico de la tuberculosis extrapulmonar dependerá del órgano infectado y las comorbilidades que presente el paciente, este tipo de tuberculosis se presenta principalmente en el sistema linfático, hígado, sistema nervioso central (SNC) y las glándulas suprarrenales.⁽³⁾

La tuberculosis miliar puede ser clasificada según sus formas clínicas de presentación en aguda, críptica y no reactiva. Son más frecuentes en las edades extremas de la vida, pueden ser asintomáticas la forma aguda y la críptica, o solo mostrar síntomas generales dados por fiebre intermitente, disnea, sudoración nocturna y pérdida de peso. Por su evolución insidiosa o crónica puede aparecer la anergia cutánea por la incompetencia del sistema inmune frente al bacilo, como se presentó en el caso clínico. Sin embargo, la forma no reactiva provoca una sepsis fulminante que conduce al enfermo a la muerte de forma rápida.⁽³⁾

El diagnóstico de la tuberculosis miliar implica la demostración de granulomas, con células epiteliales, macrófagos, células gigantes de Langerhans, en áreas extrapulmonares.⁽⁴⁾

La tuberculosis es una enfermedad con alta mortalidad, pero con gran probabilidad de curación con tratamiento. La mayoría de los casos de TB en el adulto mayor se deben a la reactivación de la TB latente debido a la inmunosenescencia. Los síntomas y signos clínico-radiológicos no clásicos, y la presentación atípica y avanzada de la enfermedad, asociado a enfermedades coexistentes que enmascaran el cuadro, pueden provocar retraso en el diagnóstico y el manejo, por lo cual es importante hacer hincapié en el reconocimiento de dicha entidad para realizar un diagnóstico correcto e iniciar el tratamiento de forma precoz.⁽³⁾

Por lo tanto se realiza esta presentación de caso con el objetivo de describir las manifestaciones clínicas atípicas y los hallazgos radiológicos característicos de la tuberculosis miliar en un adulto mayor.



PRESENTACIÓN DE CASO:

Paciente masculino de 73 años de edad, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial esencial diagnosticada hace 16 años, controlada con enalapril (tableta de 20 mg) una tableta cada 12 horas y fumador por 20 años de una cajetilla de cigarrillo al día. Refiere que hace 1 mes comenzó con fiebre de 38°C, un pico al día en hora de la tarde noche, que cedía con la administración de antipiréticos, asociado a tos húmeda con expectoración amarillenta, además presentó pérdida de peso de más menos 20 libras, decaimiento e inapetencia, así como sudoraciones nocturnas. Diez días previos al ingreso nota falta de aire en reposo que le impedía hacer sus actividades diarias por lo que acude al hospital.

Examen físico positivo:

Piel y mucosas: Húmedas e hipo coloreadas.

Peso: 55 kg Talla: 177 cm

Índice de masa corporal: 17,5 kg/m² (bajo peso)

Aparato respiratorio: expansibilidad torácica conservada, murmullo vesicular disminuido globalmente, frecuencia respiratoria: 26 respiraciones por minuto. Saturación de oxígeno: 90 %.

Frecuencia cardiaca: 89 latidos por minuto. Tensión arterial: 130/70mmHg

Exámenes complementarios:

Hemograma completo: Leucograma 14,3 x 10⁹/L; polimorfos 73 %; linfocitos 27 %; hemoglobina 9.7g/dL; eritrosedimentación 49 mm/H; plaquetas: 433 x 10⁹/L; conteo de reticulocitos 10 x 10⁹/L.

Hemoquímica: lactato deshidrogenasa (LDH) 331 U/L; triglicéridos 1.35 mmol/L; aspartato aminotransferasa (ALAT) 32 U/L; alanina aminotransferasa (ASAT) 35 U/L; gamma – glutamil transferasa (GGT) 211 U/L; creatinina 93 umol/L; ácido úrico 253 mmol/L; fosfatasa alcalina (FAL) 514 U/L, proteínas totales 71 g/L; albúmina: 37 g/L; glicemia 4.12, colesterol 3.93 mmol/L.

VIH: Negativo.



Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la [Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0](#) que permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación

IgM COVID: negativo VDRL: negativa

Esputo BAAR 1: COD 7.

Esputo bacteriológico: negativo.

Esputo micológico: Negativo.

Test de Mantoux: Negativo.

Radiografía de tórax vista posteroanterior: Traqueal central, bronquios principales permeables. Hilos de aspecto normal. Se observa un patrón nodulillar, con nódulos de 1-3 mm de diámetro diseminados en ambos campos pulmonares, bien definidos que parecen semillas de mijo. Botón aórtico de morfología normal, sin calcificaciones en su interior. Silueta cardiaca dentro de límites normales. Ángulos cardiofrénicos y costofrénicos libres. Hemidiafragmas de bordes lisos, regulares, bien definidos. Estructuras óseas de aspecto normal, sin lesiones líticas, blásticas o fracturas. Los cuerpos vertebrales están conservados. No existe alteración de tejidos blandos. (fig. 1)



Figura 1. Radiofrafía de tórax posteroanterior.

Ultrasonido abdominal: eje esplenoportal con flujo normal, hígado con ecogenicidad conservada, contornos con tendencia a la lobulación, hepatomegalia de 1 cm, a expensas de lóbulo derecho, bazo normal.

Ecocardiograma: estudio normal en reposo con fracción de eyección del ventrículo izquierdo: 64 %.

Electrocardiograma: Normal.



Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la [Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0](#) que permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación

Tomografía axial computarizada (TAC) de tórax simple: Se realizan cortes axiales a 3 mm en equipo multicorte y se observa, patrón micronodular difuso y bilateral, que afecta a todos los lóbulos pulmonares, miden entre 1-3 mm, de bordes bien definidos y aspecto redondeado, se distribuyen de manera uniforme a todo lo largo del parénquima pulmonar, las cisuras y en contacto con las superficies pleurales, en los vértices existen algunos nódulos de mayor tamaño que llegan a medir 11 mm y tienden a cavitarse, se asocia a ligero derrame pleural bilateral a predominio izquierdo, bronquios permeables, pequeñas adenopatías mediastinales, no otras alteraciones. (fig. 2)

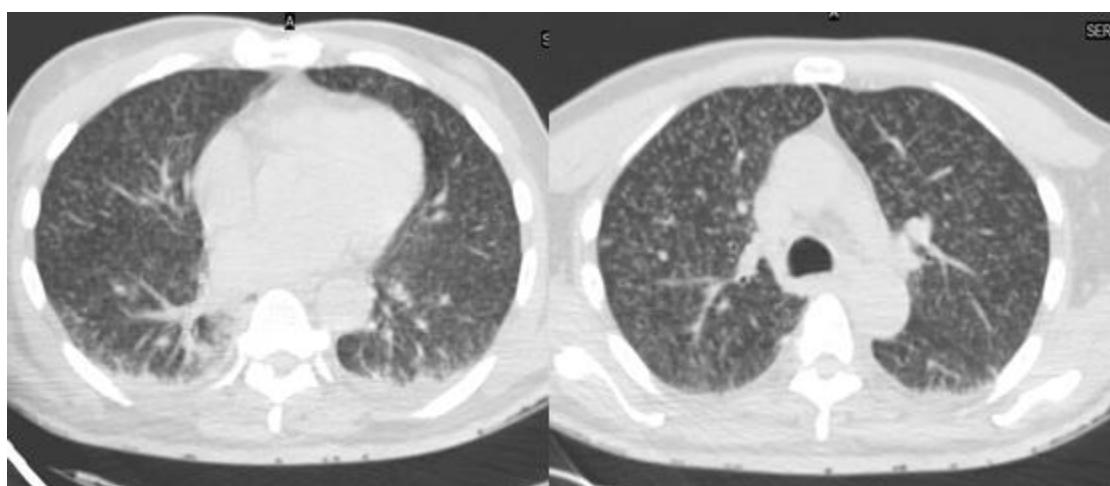


Figura 2. Tomografía simple de tórax.

Se inició tratamiento empírico con ceftriaxona (bbo 1g) 1bbo cada 12 horas. Luego de obtener resultados positivos en baciloscopía de esputo para *Mycobacterium tuberculosis*, se inició tratamiento específico con isonicida, etambutol, pirazinamida y rifampicina. El paciente presentó evolución clínica desfavorable con aumento del esfuerzo respiratorio por lo cual fue transferido a la unidad de cuidados intensivos (UTI), donde a las pocas horas fallece.

COMENTARIOS:

La tuberculosis miliar (TB miliar) constituye una forma grave y potencialmente fatal de tuberculosis resultante de la diseminación hematogena masiva de *Mycobacterium tuberculosis*. Su presentación en el adulto mayor representa un desafío diagnóstico de



primera magnitud, dado el frecuente polimorfismo clínico, la superposición con síndromes geriátricos prevalentes y la ausencia de síntomas patognomónicos, factores que conllevan a demoras diagnósticas y terapéuticas con impacto directo en la morbilidad.⁽⁴⁾

El caso presentado ilustra de manera paradigmática las manifestaciones atípicas e inespecíficas de la TB miliar en la población geriátrica. A diferencia de los adultos jóvenes, en quienes predominan la fiebre alta y los síntomas respiratorios floridos, nuestro paciente cursó inicialmente con un síndrome constitucional prolongado (astenia, anorexia, pérdida de peso de 9 kg) y síntomas respiratorios leves. Es la disnea de esfuerzo progresiva un motivo de consulta tardía. Esta presentación larvada y paucisintomática es característica del anciano, atribuible a la inmunosenescencia, que modula la respuesta inflamatoria, y a la frecuente coexistencia de pluripatología que enmascara el cuadro. La fiebre, cuando está presente, suele ser de bajo grado e intermitente, patrón que se correlaciona con la respuesta febril atenuada propia del envejecimiento.

El diagnóstico se sustenta fundamentalmente en la sospecha clínica ante hallazgos radiológicos característicos. La tomografía computarizada (TC) de tórax emergió como la piedra angular en nuestro caso, al revelar el clásico patrón miliar, definido como una diseminación homogénea de micronódulos de 1-3 mm en distribución aleatoria. Afecta al parénquima, cisuras y superficies pleurales. La presencia adicional de nódulos de mayor tamaño con tendencia a la cavitación en los ápices, como se observó, es un hallazgo concomitante que refuerza el diagnóstico de tuberculosis activa. Estos hallazgos contrastan con la radiografía de tórax simple, que en etapas iniciales puede ser normal o mostrar alteraciones sutiles, lo cual subraya la superioridad de la TC en la detección precoz de la diseminación miliar.

En los estudios radiológicos, el patrón miliar se ha definido como "una colección de diminutas opacidades pulmonares discretas que son uniformes en tamaño y amplia distribución; cada una mide 2 mm o menos en diámetro, consiste en el compromiso simultáneo de múltiples órganos y es más frecuente en las edades extremas de la vida,



tanto en el lactante y niño menor, como en ancianos portadores de condiciones debilitantes.⁽⁴⁾

Algunos órganos con un alto flujo sanguíneo, como el bazo, el hígado, los pulmones, la médula ósea, los riñones y las glándulas suprarrenales se ven afectados con frecuencia. El “tubérculo” constituye el sello histopatológico de tuberculosis miliar. Cuando la tuberculosis miliar es el resultado de una diseminación hematógena masiva aguda, las lesiones en todas las vísceras parecen similares: tubérculos “blandos” o “exudativos”; un foco caseoso evidente que invade los vasos sanguíneos suele ser demostrable y las lesiones, a menudo, revelan bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR).⁽⁴⁾

Esta puede desarrollarse en el momento de la infección primaria o más tarde, durante la reactivación de un foco latente. Sin embargo, en el 10 % de los pacientes, la respuesta inmune es insuficiente para contener la infección primaria, lo que da como resultado la diseminación. Se cree que la tuberculosis miliar es el resultado de la respuesta inadecuada de las células T efectora (Teff), al contener el bacilo tuberculoso. En un huésped susceptible, las respuestas inmunitarias se inclinan hacia respuesta inhibitoria protectora cruzada TH2, como la formación de granulomas, y esta incapacidad para limitar la actividad de la enfermedad a nivel local favorece la diseminación. La TB miliar, resulta de una respuesta Th2-sesgada que ocurre como una vía predeterminada.⁽⁴⁾

La tuberculosis miliar se comporta de manera inespecífica, y varía en severidad, existen casos con solo síntomas constitucionales, y aquellos limitados al órgano afectado, hasta llegar a la falla multiorgánica, shock séptico, y el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), por lo que representa un desafío para el clínico.⁽⁹⁾

Existen reportes de casos similares en otros países. Brito Febres y otros,⁽⁸⁾ reportó a una paciente femenina, de 32 años de edad, con antecedente de espondiloartropatía seronegativa en tratamiento con inmunomoduladores, que presenta manifestaciones clínicas de dolor abdominal, diarrea, e intolerancia oral. Se documentaron los hallazgos semiológicos, pruebas de laboratorio (hematología completa, funcionalismo renal y hepático, reactantes de fase aguda, electrolitos séricos, serologías), radiológicos (radiografía de tórax y tomografía computarizada de abdomen y pelvis), biopsia y la



respuesta terapéutica. El análisis se complementó con la revisión bibliográfica de literatura científica actual sobre tuberculosis miliar.

De acuerdo a García y colaboradores, se reportó a un paciente masculino, 51 años, diabético, vacuna BCG, procedente de zona urbana de San Salvador, historia 1 mes y de tos con esputo, disnea, fiebre, dolor torácico, pérdida de peso y pulmones con sibilancias. Se catalogó al inicio como bronquitis, se refirió con neumólogo el 27/05/2022 encontró en radiografía de tórax: infiltrados micronodulares difusos, se diagnostica tuberculosis miliar e inició tratamiento antituberculoso. Posteriormente el 30/05/2022 reportan baciloscopias positivas (+++) confirmándose el caso, es similar el diagnóstico al caso en cuestión.⁽¹⁰⁾

Además Sampedro,⁽¹¹⁾ y otros reportaron el caso de una paciente femenina de 70 años con antecedentes de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y cardiopatía isquémica que acude al servicio de urgencias por pérdida de memoria, dificultad para hablar, cefalea, mareos y por caída de su plano de sustentación con impacto en zona frontal sin pérdida del estado de conciencia. A la exploración física se observa hemicuello izquierdo con edema, aumento de la temperatura local, dolor y cadena ganglionar con adenopatías palpables; se realizó TAC simple de cráneo y cuello donde se señala lesión redondeada de baja densidad rodeada por membrana hiperdensa de $29 \times 27 \times 20$ mm con volumen de 82 cm^3 sugestivo a astrocitoma quístico, así como presencia de edema en el lóbulo occipital y parietal, lo cual ejerce efecto de volumen hacia el lado contralateral y desviación de la línea media de 3 mm con disminución en la amplitud de los surcos y cisuras ipsilaterales, en el cuello se encontraron adenopatías cervicales con múltiples crecimientos ganglionares necrosantes de origen granulomatoso. Luego de realizarse biopsia se diagnosticó tuberculosis. Podemos observar así las múltiples formas de presentación de la misma.

Otro caso presentado por Hernández Moreno y otros⁽¹³⁾, fue el de un paciente masculino de 54 años de edad, no fumador. Con antecedentes personales patológicos de etilismo. Se reporta cuadro clínico de 2 meses de evolución caracterizado por astenia, anorexia, pérdida de peso de 20 kg y fiebre intermitente que cedía con antipiréticos. Asociado a



esto, presentó un cuadro diarreico agudo de 7 días de evolución sin precisar etiología. Le realizaron una radiografía de tórax postero anterior donde se observó un patrón nodulillar fino y bilateral. Se diagnosticó así una tuberculosis miliar, una vez más se observa las variables formas de presentación de la misma.

En un estudio del perfil epidemiológico de la tuberculosis miliar en Brasil entre 2019 y 2023, se revelaron tendencias significativas que exigen atención y acción inmediatas. La prevalencia de la tuberculosis miliar, sobretodo en contextos de vulnerabilidad social y afecciones de salud asociadas, resalta la urgencia de implementar políticas públicas específicas y estrategias de intervención eficaces. Los datos demuestran que la tuberculosis miliar aún constituye un problema de salud pública, con una incidencia especialmente alta en las regiones sureste y noreste. El predominio de casos nuevos en relación con las recaídas sugiere que la detección temprana y el acceso a servicios de salud de calidad son esenciales para controlar la propagación de la enfermedad. Además, la importante asociación entre la tuberculosis miliar y comorbilidades como el sida, el alcoholismo y la diabetes indica la necesidad de un enfoque integral que considere no solo el tratamiento de la tuberculosis, sino también el manejo de estas afecciones asociadas. La disparidad en la incidencia entre los diferentes grupos demográficos, incluyendo el sexo y la raza, subraya la importancia de las estrategias de salud pública que aborden las desigualdades sociales y económicas. Es crucial que las autoridades sanitarias desarrollen programas de concientización y educación dirigidos a los grupos más afectados, lo que promueve la adherencia al tratamiento y el diagnóstico precoz. Además, el análisis de datos revela la necesidad de fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica y garantizar la precisión y exhaustividad de las notificaciones de casos. ⁽¹²⁾

Las guías clínicas de la Salud OMS indican la terapia combinada para la tuberculosis de forma temprana, para evitar la progresión sistémica de la enfermedad, se logra así la curación del enfermo con la brevedad posible, pues su índice de mortalidad oscila entre 18 y 24 % y se ha relacionado con una demora en el diagnóstico y, por tanto, en el tratamiento que se basa en múltiples elementos, que incluye factores clínicos, radiográficos, de laboratorio, del paciente y de salud pública.⁽⁵⁾



En la actualidad, la OMS recomienda iniciar tratamiento con terapia en dosis fijas combinadas de isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol, en una fase inicial de 50 dosis y con isoniacida y rifampicina en una fase de continuación de 80 dosis, durante un mínimo de 6 meses, que pudiese extenderse hasta 9 meses en dependencia de la evolución clínica.^(6,7)

La confirmación microbiológica en el anciano suele ser esquiva. En nuestro paciente, la baciloscopía de esputo (BAAR) resultó positiva con un código 7 (entre 1-9 bacilos por campo), pero es frecuente la obtención de muestras negativas debido a la baja carga bacilar o la dificultad para expectorar. La anergia tuberculínica, evidenciada por el Test de Mantoux negativo en nuestro caso, es un fenómeno común en la TB miliar y en la población anciana, relacionado con el deterioro de la inmunidad celular, lo que limita la utilidad de esta prueba. Ello enfatiza la necesidad de recurrir a métodos más sensibles y rápidos, como las pruebas moleculares (Xpert).

CONCLUSIONES:

La tuberculosis miliar es una patología grave, de difícil diagnóstico, que precisa de la toma de muestras broncoscópicas y que puede manifestarse con afectación costal, adenopática y pancreática, cuya sospecha clínica requiere un tratamiento precoz a la espera de la confirmación microbiológica. Este caso ilustra la presentación inespecífica y el pronóstico grave de la tuberculosis miliar en el anciano. Enfatiza la necesidad de alto índice de sospecha y tratamiento empírico precoz ante hallazgos radiológicos característicos, incluso antes de la confirmación microbiológica.

REFERENCIAS:

- 1-Espinosa-Yépez KR, Viteri-Hinojosa AS, García-Cevallos MP, Rivera-Mora LF, Avalos-Vega GS. Carga de enfermedad por tuberculosis en Ecuador, 2018-2022. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2025 Abr [Acceso: 02-01-2026]; 42(2):99-106. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182025000200099&lng=es.



- 2- Córdoba-Guzmán A, Vargas-Reales E, Gómez-Mahecha DA, Sáenz-Morales OA, Calderón-Franco CH. Tuberculosis hepática como primera manifestación de tuberculosis miliar, reporte de caso. Rev Navar Medica [Internet]. 2024 [Acceso: 02-01-2026]; 10(2):28-33. Disponible en: <https://doi.org/10.61182/rnavmed.v10n2a5>.
- 3- Zambrano Gustin M.A, Fernández Esteban M, Fuentes Ramos W, Betancor E. Tuberculosis miliar en el adulto mayor: a propósito de un caso. Revista Española de Geriatría y Gerontología [Internet]. 2025 [Acceso: 02-01-2026]; 60(6):101715. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2025.101715>.
- 4- Valle Farfan RS, Peña Villalobos AM, Espinoza Hernandez WJ, Valle Farfan SA. Tuberculosis miliar en paciente inmunocompetente: reporte de caso. Rev Fac Med Hum [Internet]. 2024 [Acceso: 02-01-2026]; 24(1):186-190. Disponible en: <https://doi.org/10.25176/rfmh.v24i1.5973>.
- 5- González Díaz D, Herrera-González A, Ortiz-Roque J, del Toro-Pazos M.A. Tuberculosis miliar, un hallazgo clínico-radiológico. A propósito de un caso. International Journal of Medical and Surgical Sciences [Internet]. 2021 [Acceso: 02-01-2026]; 8(3):3 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8856756>.
- 6- Wilder Salazar D, Trejo A, González BS. Tuberculosis miliar en paciente inmunocompetente. Reporte de un caso. Revista de la Sociedad Médica Sexta Región [Internet]. 2024 [Acceso: 02-01-2026]; 6(4): [aprox. 8p]. Disponible en: https://smsextar.cl/archivos/revistas/revista_2024.pdf#page=43.
- 7- Toledo ACA, Rodríguez DLA. Persistencia de fiebre en un paciente con tuberculosis miliar y lupus eritematoso sistémico1. Rev Latin Infect Pediatr [Internet]. 2023 [Acceso: 02-01-2026]; 36(1):39-41. Disponible en: <https://doi:10.35366/110811>.
- 8- Brito Febres MP, Valladares Anzola AJ. Reporte de caso: tuberculosis miliar presentación clínica y abordaje diagnóstico en paciente inmunosuprimido. Revista Científica CMDLT [Internet]. 2025 [Acceso: 02-01-2026]; 19(Suplemento): [aprox 7p]. Disponible en: <https://doi.org/10.55361/cndl.v19iSuplemento.661>.
- 9- en Pinetrest S, Lugo NDJG, Serna OVJ, Martínez JAP, Salcedo SSS, Sequeda ERM. Tuberculosis miliar, con diseminación pulmonar, intestinal y faríngea, en paciente inmunocompetente. Reporte de caso. Medicina Interna [Internet]. 2023 [Acceso: 02-01-



2026]; 28(05): [aprox. 8p]. Disponible en: <https://revistamedica.com/doi-tuberculosis-miliar-diseminacion-pulmonar-intestinal-faringea/>.

10- García C. Caso de Tuberculosis Miliar en Unidad Médica 15 de septiembre, El Salvador, mayo 2022. American Journal of Field Epidemiology [Internet]. 2023 [Acceso: 02-01-2026]; 1(4):S3-S3. Disponible en: <https://fieldepidemiology.org/index.php/ajfe/article/download/9295/6917>.

11- Sampedro EIS, Herrera JLC. Tuberculosis extrapulmonar la gran simuladora. Revista ADM Órgano Oficial de la Asociación Dental Mexicana [Internet]. 2024 [Acceso: 02-01-2026]; 81(3):182-185. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2024/od243i.pdf>.

12- Bressiani Macedo R, Meggiolaro Coppetti M, Aragão Pereira JP, Pinheiro A, Borges L, Moreira de Oliveira R, Giovana de Oliveira Sousa L, et al. Um Perfil epidemiológico da Tuberculose Miliar nos anos de 2019 a 2023 no Brasil. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences [Internet]. 2024 [Acceso: 02-01-2026]; 6(10): 2133–57. Disponible en: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n10p2133-2157>

13- Hernández Moreno L, Pino Alfonso PP, Vega Rodríguez I. Tuberculosis miliar. Rev cubana med [Internet]. 2021 [Acceso: 02-01-2026]; 60(1): [aprox. 6p]. . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232021000500012&lng=es.

14- Castañeda-Ron CA, Morales-Solís JM. Tuberculosis Miliar y Ganglionar, Reporte de un Caso y Revisión Literaria. Dom Cien [Internet]. 2021 [Acceso: 02-01-2026]; 7(4):1005-19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i4.2461>

CONFLICTOS DE INTERÉS:

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

FINANCIACIÓN:

Los autores declaran que no recibieron financiación para el desarrollo del presente artículo.



Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la [Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0](#) que permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA:

Conceptualización: Fabiola Gutierrez Garcia, Elisbeth Pérez Montes de Oca, Denise Rodríguez Verdecie, Osmany Marcheco Moreira.

Análisis Formal: Fabiola Gutierrez Garcia, Elisbeth Pérez Montes de Oca, Denise Rodríguez Verdecie, Osmany Marcheco Moreira.

Investigación: Fabiola Gutierrez Garcia, Elisbeth Pérez Montes de Oca, Denise Rodríguez Verdecie, Osmany Marcheco Moreira.

Metodología: Fabiola Gutierrez Garcia, Elisbeth Pérez Montes de Oca, Denise Rodríguez Verdecie, Osmany Marcheco Moreira.

Administración del Proyecto: Fabiola Gutierrez Garcia, Elisbeth Pérez Montes de Oca, Denise Rodríguez Verdecie, Osmany Marcheco Moreira.

Recursos: Fabiola Gutierrez Garcia, Elisbeth Pérez Montes de Oca, Denise Rodríguez Verdecie, Osmany Marcheco Moreira.

Software: Fabiola Gutierrez Garcia, Elisbeth Pérez Montes de Oca, Denise Rodríguez Verdecie, Osmany Marcheco Moreira.

Supervisión: Fabiola Gutierrez Garcia, Elisbeth Pérez Montes de Oca, Denise Rodríguez Verdecie, Osmany Marcheco Moreira.

Validación: Fabiola Gutierrez Garcia, Elisbeth Pérez Montes de Oca, Denise Rodríguez Verdecie, Osmany Marcheco Moreira.

Visualización: Fabiola Gutierrez Garcia, Elisbeth Pérez Montes de Oca, Denise Rodríguez Verdecie, Osmany Marcheco Moreira.

Redacción - Elaboración del borrador original: Fabiola Gutierrez Garcia, Elisbeth Pérez Montes de Oca.

Redacción - Revisión y edición: Fabiola Gutierrez Garcia, Elisbeth Pérez Montes de Oca.

