Estudios y Perspectivas Revista Científica y Académica
ISSN en línea 3005-2599, enero-marzo 2026,
Volumen 6, Número 1.

DOI: https://doi.org/10.61384/r.c.a.v6i1

TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO ASOCIADOS A TUBERCULOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN EL ADULTO MAYOR: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

MOVEMENT DISORDERS ASSOCIATED WITH CENTRAL NERVOUS SYSTEM TUBERCULOSIS IN OLDER ADULTS: A CASE REPORT

Edison Eugenio Vásquez González
Universidad Especialidades Espíritu Santo, Ecuador

Kristy Stephania Cardenas Alvarado
Universidad Especialidades Espíritu Santo, Ecuador

Jessica de los Ángeles Ruilova Prieto
Universidad Especialidades Espíritu Santo, Ecuador

Christian Daniel Mafla Pazmiño
Universidad Especialidades Espíritu Santo, Ecuador

Irma Maritza Sanmartín Ortiz
Universidad Especialidades Espíritu Santo, Ecuador

E. COUTURE
Educación y Ciencias Sociales

Estudios y Perspectivas
Revista Científica y Académica

Estudios y Perspectivas
Revista Científica Multidisciplinaria

DOI: https://doi.org/10.61384/r.c.a..v6i1.1664

Trastornos del Movimiento Asociados a Tuberculosis del Sistema Nervioso Central en el Adulto Mayor: Reporte de un Caso Clínico

Edison Eugenio Vásquez González
edison.vasquez@iees.gob.ec
https://orcid.org/0009-0002-0557-9739
Universidad especialidades Espíritu Santo
Ecuador

Kristy Stephania Cardenas Alvarado
kcardenas89@uees.edu.ec
https://orcid.org/ 0000-0002-4170-7091
Universidad especialidades Espíritu Santo
Ecuador

Jessica de los Ángeles Ruilova Prieto
jruilova@uees.edu.ec
https://orcid.org/0009-0000-9581-9032
Universidad especialidades Espíritu Santo
Ecuador

Christian Daniel Mafla Pazmiño
cmafla86@uees.edu.ec
https://orcid.org/0009-0001-3177-6894
Universidad especialidades Espíritu Santo
Ecuador

Irma Maritza Sanmartín Ortiz
isanmartin@uees.edu.ec
https://orcid.org/0009-0007-8218-2205
Universidad especialidades Espíritu Santo
Ecuador

RESUMEN

La tuberculosis continúa siendo una causa relevante de morbimortalidad a nivel mundial, y su compromiso del sistema nervioso central representa una de las formas más graves de presentación extrapulmonar. Dentro de sus manifestaciones neurológicas, los trastornos del movimiento constituyen una complicación infrecuente, generalmente asociada al compromiso de los ganglios basales por mecanismos inflamatorios, vasculares o infecciosos. Se presenta el caso de un paciente masculino de 74 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, quien consultó por un cuadro de un mes de evolución caracterizado por movimientos involuntarios anormales tipo corea, de instalación progresiva, asociados a disartria y deterioro funcional. La resonancia magnética cerebral evidenció compromiso bilateral de los ganglios basales sin lesiones expansivas ni restricción en difusión. La prueba molecular para tuberculosis en aspirado traqueal resultó positiva, sin evidencia de resistencia farmacológica. El abordaje diagnóstico consideró como principales diagnósticos diferenciales la microangiopatía crónica secundaria a factores de riesgo vascular y la tuberculosis del sistema nervioso central como etiología concomitante. El paciente recibió tratamiento sintomático con antipsicóticos, fisioterapia e inicio de terapia antifímica preventiva, con evolución clínica favorable y mejoría progresiva de los movimientos involuntarios. Este caso resalta la importancia de considerar la tuberculosis del sistema nervioso central dentro del diagnóstico diferencial de los trastornos del movimiento en adultos mayores, especialmente en regiones endémicas, aun en ausencia de hallazgos radiológicos clásicos. Un abordaje diagnóstico integral y oportuno puede contribuir a mejorar el pronóstico neurológico

Palabras clave: tuberculosis del sistema nervioso central, trastornos del movimiento, corea, ganglios basales, adulto mayor

Movement Disorders Associated with Central Nervous System Tuberculosis in Older Adults: A Case Report

ABSTRACT

Tuberculosis remains a significant cause of morbidity and mortality worldwide, and involvement of the central nervous system represents one of its most severe extrapulmonary manifestations. Among its neurological presentations, movement disorders constitute a rare complication, generally associated with basal ganglia involvement through inflammatory, vascular, or infectious mechanisms. We report the case of a 74-year-old male patient with a history of arterial hypertension and type 2 diabetes mellitus, who presented with a one-month history of progressively worsening involuntary movements consistent with chorea, accompanied by dysarthria and functional impairment. Brain magnetic resonance imaging revealed bilateral basal ganglia involvement without mass lesions or diffusion restriction. A molecular test for tuberculosis performed on tracheal aspirate was positive, with no evidence of drug resistance. The diagnostic approach considered chronic microangiopathy secondary to vascular risk factors and central nervous system tuberculosis as concomitant etiologies. The patient received symptomatic treatment with antipsychotic medications, physiotherapy, and initiation of preventive antituberculous therapy, showing favorable clinical evolution with progressive improvement of involuntary movements. This case highlights the importance of considering central nervous system tuberculosis in the differential diagnosis of movement disorders in older adults, particularly in endemic regions, even in the absence of classic radiological findings. An integrated and timely diagnostic approach may contribute to improved neurological outcomes

***Keywords*:** central nervous system tuberculosis, movement disorders, chorea, basal ganglia, older adult

Recibido: 28- diciembre-2025 / Aprobado: 30-enero-2026

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) continúa siendo una de las principales causas de morbimortalidad infecciosa a nivel mundial, con una relevancia persistente tanto en países en desarrollo como en naciones industrializadas. Este impacto sostenido se ve favorecido por fenómenos como la migración, la coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la aparición de cepas multirresistentes, lo que representa un desafío significativo para los sistemas de salud (World Health Organization [WHO], 2023; Golden & Vikram, 2005).

La tuberculosis extrapulmonar, incluido el compromiso del sistema nervioso central, representa una forma grave de la enfermedad y suele presentar manifestaciones clínicas inespecíficas que pueden retrasar el diagnóstico oportuno (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2024).

Los trastornos del movimiento comprenden un grupo heterogéneo de síndromes neurológicos caracterizados por la presencia de movimientos involuntarios, cuya fisiopatología se relaciona principalmente con la disfunción de los ganglios basales y de los circuitos cortico-estriatales (Simon et al., 2016). Dentro de sus manifestaciones extrapulmonares, el compromiso del sistema nervioso central (SNC) constituye una de las formas más graves de la enfermedad, destacándose la meningitis tuberculosa y los tuberculomas intracraneales por su elevada carga de complicaciones neurológicas y su impacto en el pronóstico funcional (Rock et al., 2008; Marais et al., 2010).

Los trastornos del movimiento se clasifican dentro de los trastornos neurológicos caracterizados por alteraciones en la actividad motora involuntaria (American Psychiatric Association, 2022).

La tuberculosis del SNC se caracteriza por un proceso inflamatorio complejo que puede generar vasculitis, hidrocefalia e infartos cerebrales, con especial predilección por estructuras profundas como los ganglios basales. Estas alteraciones explican la diversidad de manifestaciones neurológicas observadas, que van desde déficits focales hasta trastornos cognitivos y del movimiento (Rock et al., 2008; Marais et al., 2010).

Entre estas complicaciones, los movimientos involuntarios anormales (MIA) representan una manifestación clínica poco frecuente, pero clínicamente relevante por su impacto funcional.

Se ha descrito que hasta un 18 % de los pacientes con meningitis tuberculosa pueden desarrollar trastornos del movimiento, especialmente en aquellos casos en los que existen lesiones que comprometen estructuras profundas involucradas en la modulación motora, como los ganglios basales (Barnett & Sriram, 2021). Estos trastornos incluyen corea, hemibalismo, distonía y otros síndromes extrapiramidales, cuya presentación clínica puede ser variable y, en ocasiones, retrasar el diagnóstico etiológico.

Desde el punto de vista fisiopatológico, los MIA asociados a tuberculosis del SNC se han vinculado a múltiples mecanismos, entre ellos las lesiones isquémicas secundarias a vasculitis tuberculosa, la hidrocefalia, el edema cerebral y el efecto neurotóxico directo de mediadores inflamatorios y productos bacterianos sobre las estructuras motoras profundas (Rock et al., 2008; Barnett & Sriram, 2021). La afectación de los circuitos estriado-talámico-corticales desempeña un papel central en la génesis de estos trastornos del movimiento.

Asimismo, los tuberculomas intracraneales, frecuentes en países en vías de desarrollo, representan un porcentaje significativo de las lesiones expansivas intracraneales. Estas lesiones pueden presentarse como masas únicas o múltiples, con localización variable, y su manifestación clínica depende en gran medida de la región cerebral comprometida (Golden & Vikram, 2005; Rock et al., 2008).

Aunque la asociación entre tuberculomas y MIA ha sido descrita principalmente a través de reportes de casos aislados, se postula que la afectación directa o indirecta de los ganglios basales y de los circuitos motores profundos podría explicar la aparición de estos trastornos. No obstante, la frecuencia real y el riesgo atribuible de esta asociación aún no han sido claramente establecidos en estudios de mayor escala (Barnett & Sriram, 2021).

En este contexto, el reconocimiento de los MIA como posible manifestación neurológica de la tuberculosis resulta fundamental, especialmente en regiones endémicas, donde el diagnóstico puede retrasarse debido a presentaciones clínicas atípicas y a la limitada sensibilidad de los métodos diagnósticos tradicionales (WHO, 2023).

La introducción de técnicas moleculares y el uso de neuroimagen avanzada han permitido un diagnóstico más precoz y preciso, favoreciendo un abordaje terapéutico oportuno que puede modificar el pronóstico neurológico de los pacientes (Marais et al., 2010).

El análisis de casos clínicos que exploren la relación entre tuberculosis del sistema nervioso central y trastornos del movimiento contribuye a ampliar el conocimiento sobre una asociación poco frecuente, pero clínicamente relevante, y refuerza la necesidad de mantener un alto índice de sospecha diagnóstica en poblaciones de riesgo.

Reporte del caso clínico

Se presenta el caso de un paciente masculino de 74 años, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, hipotiroidismo, artrosis de rodilla, neumoconiosis por exposición a polvos inorgánicos y litiasis renal derecha. El paciente consultó por un cuadro clínico de aproximadamente un mes de evolución, caracterizado por la aparición de movimientos involuntarios anormales tipo corea, inicialmente de leve intensidad, con exacerbación progresiva durante las dos semanas previas al ingreso, posterior a un evento de estrés emocional. El cuadro se acompañó de movimientos coreicos faciales, linguales y orales, disartria moderada y deterioro funcional progresivo para las actividades de la vida diaria.

La tuberculosis del sistema nervioso central puede cursar con presentaciones clínicas atípicas y hallazgos radiológicos inespecíficos, particularmente en fases subagudas o crónicas, lo que dificulta la confirmación diagnóstica y obliga a integrar datos clínicos, epidemiológicos y microbiológicos (Thwaites et al., 2013).

Al examen neurológico, el paciente se encontraba consciente y orientado, con pupilas isocóricas y reactivas. Se evidenció disartria moderada y la presencia de movimientos coreicos que comprometían la región facial, la lengua y las extremidades, con predominio en el hemicuerpo izquierdo. El examen físico general no reveló hallazgos patológicos relevantes.

Los estudios de laboratorio mostraron anemia moderada y leucocitosis leve. La prueba molecular para tuberculosis realizada en aspirado traqueal resultó positiva, con carga bacteriana muy baja y sin

evidencia de resistencia farmacológica. La tomografía computarizada cerebral inicial no evidenció lesiones estructurales agudas. Sin embargo, la resonancia magnética cerebral mostró lesiones hiperintensas bilaterales a nivel de los ganglios basales en secuencias T1 y FLAIR, sin restricción en la difusión, hallazgos compatibles con compromiso extrapiramidal supratentorial.

Desde el punto de vista clínico y topográfico, se estableció el diagnóstico de un síndrome coreiforme con localización extrapiramidal a nivel de los ganglios basales, comprometiendo el núcleo caudado, el putamen y el globo pálido. Se consideraron como diagnósticos etiológicos diferenciales las alteraciones metabólicas secundarias a hiperglucemia crónica fluctuante, la corea diabética no cetósica, la microangiopatía crónica asociada a factores de riesgo vascular y la tuberculosis del sistema nervioso central como posible etiología concomitante.

Durante su hospitalización en la sala de neurología por un período de 13 días, el paciente recibió tratamiento sintomático con antipsicóticos atípicos (risperidona y quetiapina), además del inicio de terapia antifímica preventiva y manejo con fisioterapia. La evolución clínica fue favorable, con disminución progresiva de la intensidad de los movimientos involuntarios, mejoría del lenguaje y recuperación funcional parcial, lo que permitió su egreso hospitalario en mejores condiciones clínicas.

Los síndromes coreiformes en adultos mayores suelen estar asociados a lesiones estructurales o metabólicas que afectan los ganglios basales, particularmente en el contexto de enfermedad vascular cerebral y trastornos metabólicos como la diabetes mellitus. Estudios previos han demostrado que la disfunción de los circuitos estriado-talámico-corticales, ya sea por lesiones isquémicas crónicas, procesos inflamatorios o infecciosos, puede dar lugar a movimientos involuntarios anormales como la corea y el hemibalismo (Cardoso et al., 2006; Kumar et al., 2019). Asimismo, la tuberculosis del sistema nervioso central ha sido reconocida como una causa infrecuente pero relevante de trastornos del movimiento, principalmente cuando existe compromiso directo o indirecto de los ganglios basales por vasculitis tuberculosa, tuberculomas o infartos profundos, incluso en ausencia de hallazgos radiológicos clásicos (Rock et al., 2008; Marais et al., 2010).

Hallazgos por imágenes

En la tuberculosis del sistema nervioso central, la resonancia magnética puede mostrar alteraciones en los ganglios basales y en la sustancia blanca profunda, incluso en ausencia de lesiones expansivas definidas, reflejando fenómenos inflamatorios, vasculíticos o cambios isquémicos crónicos (Gupta & Kumar, 2003).

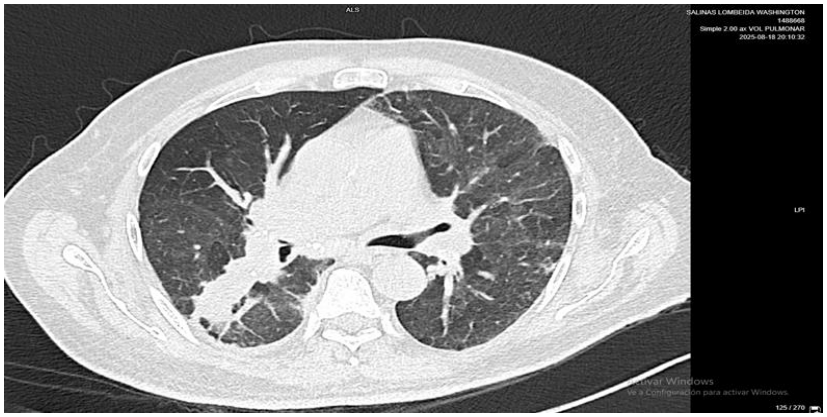
Tomografía computarizada (TC) de cráneo simple.

Se evidenció ventriculomegalia asociada a ensanchamiento de los surcos corticales, hallazgos compatibles con atrofia cerebral difusa y ventriculomegalia ex vacuo. Se observó calcificación del plexo coroideo, sin evidencia de hemorragia intracraneal ni efecto de masa.

Figura 1. Tomografía computarizada (TC) de cráneo simple.

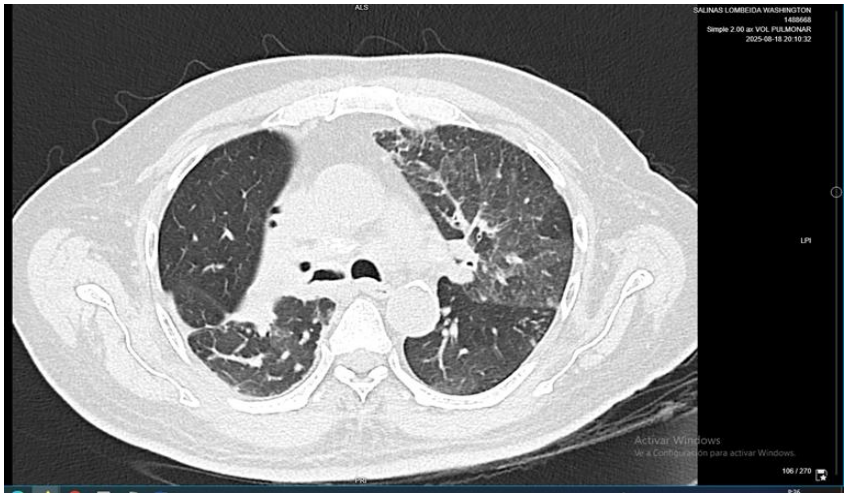


Figura 2. Tomografía computarizada (TC) de tórax.



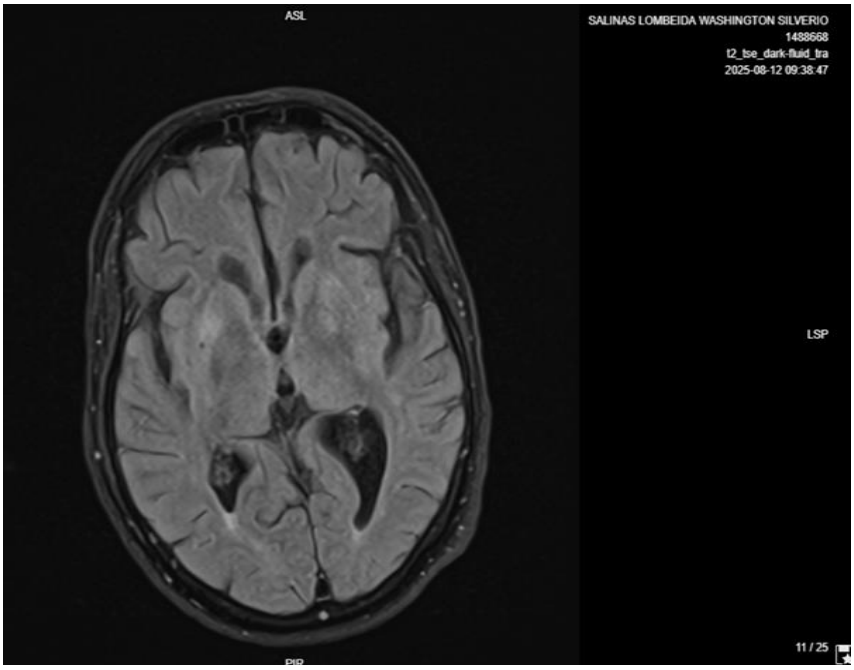
Se identificaron opacidades en vidrio esmerilado bilaterales, de predominio periférico y basal, asociadas a engrosamiento septal.

Figura 3. Resonancia magnética (RM) cerebral



Asimismo, se observaron áreas de consolidación parcheada, sin presencia de derrame pleural.

Figura 4. RM cerebral FLAIR.



En la secuencia FLAIR, se observaron hiperintensidades periventriculares y de la sustancia blanca profunda, compatibles con cambios crónicos.

Figura 5. RM cerebral T2.



En la secuencia T2, se evidenciaron cambios crónicos de la sustancia blanca y ventriculomegalia ex vacuo, sin lesiones expansivas intracraneales.

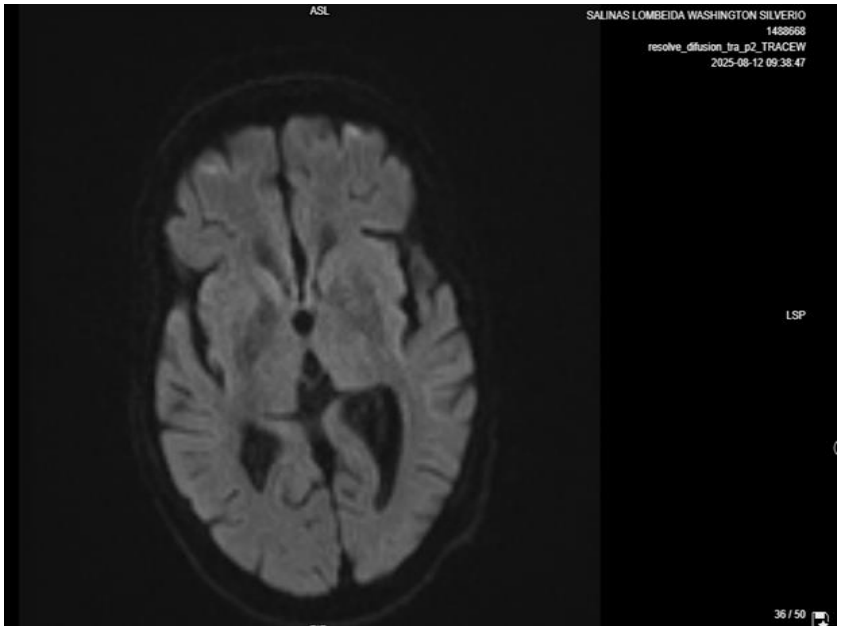


Figura 6. RM cerebral DWI.

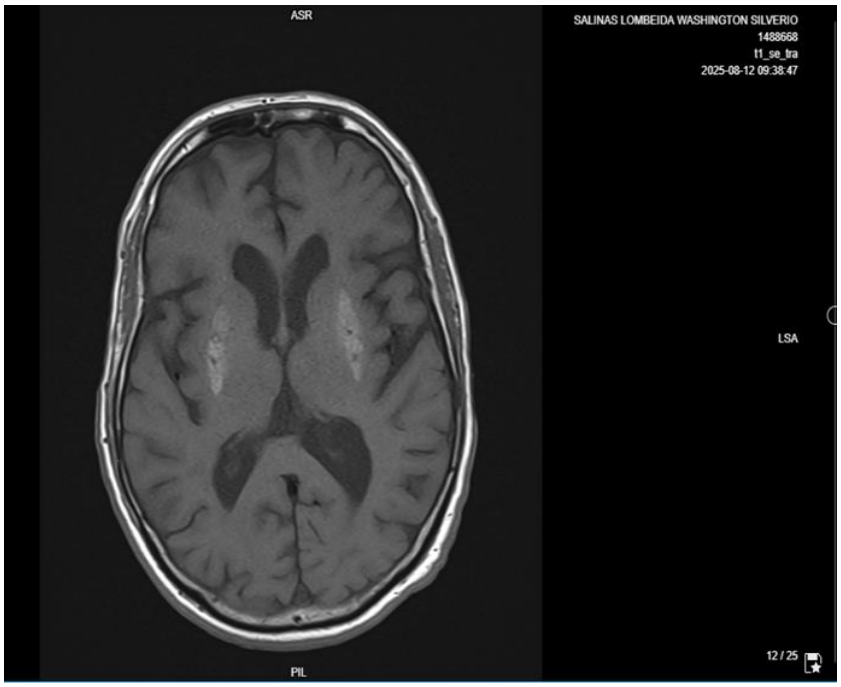
La secuencia DWI mostró difusión negativa, sin evidencia de isquemia cerebral aguda.

Figura 7. Resonancia magnética cerebral (T1).



En la secuencia T1, se identificaron áreas de hiperseñal a nivel de los ganglios basales, con compromiso bilateral del putamen, hallazgos concordantes con afectación extrapiramidal.

Figura 8. Resonancia magnética cerebral (T1).



Hiperdensidad en ganglios basales bilateral a nivel de putamen.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, correspondiente a un reporte de caso clínico. Los reportes de caso constituyen una fuente valiosa de evidencia en la literatura biomédica, especialmente para enfermedades poco frecuentes, asociaciones clínicas atípicas o presentaciones inusuales que pueden no estar bien representadas en ensayos clínicos o series amplias (Nissen & Wynn, 2014). Este enfoque permite documentar de manera detallada la evolución clínica, estrategias diagnósticas y terapéuticas, lo cual contribuye al conocimiento profesional y a la mejora de la práctica clínica (CARE Group, 2017).

La información clínica fue obtenida de la revisión exhaustiva de la historia clínica del paciente, incluyendo antecedentes personales relevantes, manifestaciones al ingreso, evolución durante la hospitalización, resultados de pruebas de laboratorio y estudios microbiológicos, así como hallazgos de neuroimagen. La recopilación de datos se realizó de forma sistemática y cronológica para asegurar la integridad de la descripción y la transparencia en la presentación del caso (Hess, 2004).

Los estudios diagnósticos incluyeron evaluación neurológica especializada, pruebas de laboratorio de rutina y pruebas microbiológicas, incluida una prueba molecular para tuberculosis en aspirado traqueal. Se realizaron estudios de imagen cerebral mediante tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM) con secuencias T1, T2, FLAIR y DWI, a fin de caracterizar adecuadamente estructuras cerebrales profundas y detectar posibles lesiones asociadas al cuadro clínico.

El proceso diagnóstico se basó en la integración de los hallazgos clínicos, de neuroimagen y microbiológicos, considerando diagnósticos diferenciales relevantes según el contexto clínico del paciente y la evidencia disponible en la literatura. La metodología empleada fue consistente con las recomendaciones internacionales para reportes de casos clínicos, incluido el uso de directrices como las del CARE (CAse REport) guidelines, que promueven la transparencia, la exhaustividad y la utilidad clínica de este tipo de estudios (Gagnier et al., 2013).

El tratamiento instituido y la evolución clínica durante la hospitalización también fueron documentados para proporcionar una visión completa del manejo del caso. Todos los procedimientos

diagnósticos y terapéuticos fueron realizados siguiendo los estándares clínicos vigentes en el centro hospitalario donde se atendió al paciente.

Desde el punto de vista ético, se garantizó la confidencialidad de los datos personales del paciente, asegurando el anonimato de la información presentada. El reporte se elaboró respetando los principios éticos de la Declaración de Helsinki y las directrices internacionales para la publicación de reportes de caso clínico, priorizando la protección de la identidad y de los derechos del paciente.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los movimientos coreicos en adultos mayores constituyen una manifestación clínica poco frecuente y de etiología heterogénea, lo que obliga a realizar un abordaje diagnóstico amplio, sistemático e integral. En este grupo etario, los trastornos del movimiento suelen estar relacionados con procesos vasculares, metabólicos, degenerativos o infecciosos, siendo los ganglios basales el principal sustrato anatómico comprometido. En el caso presentado, se consideraron como diagnósticos diferenciales prioritarios la microangiopatía crónica secundaria a factores de riesgo vascular y la tuberculosis del sistema nervioso central (SNC) como etiología concomitante.

Los trastornos del movimiento asociados a la tuberculosis del sistema nervioso central son manifestaciones poco frecuentes, pero han sido descritos en relación con el compromiso de los ganglios basales secundario a tuberculomas, vasculitis inflamatoria o infartos profundos (Frontiers in Medicine, 2023).

La microangiopatía cerebral crónica asociada a hipertensión arterial y diabetes mellitus ha sido ampliamente descrita como una causa relevante de trastornos del movimiento en adultos mayores. Estas condiciones favorecen el desarrollo de lesiones isquémicas lacunares y alteraciones de la sustancia blanca profunda, que afectan los circuitos córtico-estriado-talámico-corticales responsables de la modulación motora. La disfunción de estos circuitos puede manifestarse clínicamente como corea, hemibalismo u otros síndromes extrapiramidales, incluso en ausencia de eventos isquémicos agudos (Cardoso et al., 2006; Kumar et al., 2019).

En el paciente descrito, la edad avanzada, los antecedentes metabólicos y los hallazgos de cambios crónicos en la resonancia magnética cerebral respaldan esta hipótesis etiológica.

Por otro lado, la tuberculosis del SNC constituye una causa infrecuente pero clínicamente relevante de trastornos del movimiento. Los mecanismos fisiopatológicos propuestos incluyen la formación de tuberculomas a nivel de los ganglios basales, la vasculitis tuberculosa con infartos profundos, así como fenómenos inflamatorios locales que alteran la función de las estructuras extrapiramidales. Diversos reportes han documentado la asociación entre tuberculosis del SNC y la aparición de corea, hemibalismo, distonía y parkinsonismo, particularmente cuando existe compromiso directo o indirecto de los ganglios basales (Rock et al., 2008; Marais et al., 2010).

En series clínicas de corea esporádica en adultos, las etiologías vasculares y degenerativas representan una proporción significativa de los casos (Piccolo et al., 1995).

En el presente caso, si bien los estudios de neuroimagen no evidenciaron hallazgos clásicos de meningitis basal ni tuberculomas intracraneales definidos, la positividad de la prueba molecular para tuberculosis en aspirado traqueal obliga a considerar esta infección como un factor etiológico concomitante o contribuyente. Esta consideración resulta especialmente relevante en contextos epidemiológicos endémicos, donde la tuberculosis puede presentarse con manifestaciones neurológicas atípicas y sin hallazgos radiológicos concluyentes en etapas iniciales o subagudas de la enfermedad (Rock et al., 2008).

La ausencia de estudios confirmatorios de líquido cefalorraquídeo y la falta de lesiones estructurales específicas limitan la atribución causal exclusiva del síndrome coreiforme a la tuberculosis del SNC. No obstante, la evolución clínica favorable tras el tratamiento sintomático con antipsicóticos y fisioterapia sugiere un componente vascular predominante en la génesis de los movimientos involuntarios, mientras que el inicio de terapia antifímica preventiva se justifica ante la posibilidad de un compromiso infeccioso subyacente no completamente demostrado. Este enfoque terapéutico resulta coherente con lo descrito en la literatura, donde el manejo combinado suele adoptarse en escenarios de incertidumbre diagnóstica (Nissen & Wynn, 2014).

A nivel mundial, los trastornos del movimiento asociados a tuberculosis del SNC han sido reportados principalmente en forma de series pequeñas y reportes de casos, lo que refleja la baja frecuencia de esta asociación. En dichos reportes, la corea, el hemibalismo y la distonía se relacionan con compromiso de los ganglios basales secundario a tuberculomas, vasculitis tuberculosa o infartos isquémicos profundos (Barnett & Sriram, 2021). En Latinoamérica, región endémica para tuberculosis, se han descrito series clínicas que confirman esta asociación, especialmente en pacientes con tuberculomas intracraneales, destacando que la localización anatómica de la lesión determina el fenotipo del trastorno del movimiento.

La tuberculosis del sistema nervioso central puede manifestarse con un amplio espectro clínico que incluye déficits neurológicos focales y, en casos seleccionados, trastornos del movimiento, dependiendo de la localización anatómica y del mecanismo fisiopatológico involucrado (MedLink Neurology, s. f.).

En Ecuador, aunque la evidencia publicada es limitada, existen reportes institucionales y series hospitalarias que describen tuberculomas intracraneales con manifestaciones neurológicas diversas, lo que refuerza la necesidad de considerar la tuberculosis del SNC dentro del diagnóstico diferencial de los movimientos involuntarios anormales. En este contexto, el caso presentado se alinea con la evidencia regional e internacional, al mostrar un síndrome coreiforme asociado a compromiso de los ganglios basales en un paciente con evidencia microbiológica de tuberculosis, subrayando la importancia de un abordaje diagnóstico integral en zonas endémicas, incluso en ausencia de hallazgos radiológicos clásicos.

En series clínicas provenientes de regiones endémicas, los trastornos del movimiento asociados a tuberculosis se han relacionado principalmente con lesiones que comprometen los ganglios basales, presentando una evolución clínica variable según el tratamiento instaurado (International Journal of Clinical and Biomedical Research, 2023).

CONCLUSIONES

El presente reporte de caso pone de manifiesto la complejidad del diagnóstico diferencial de los movimientos coreicos en el adulto mayor, una entidad clínica infrecuente y de etiología multifactorial que requiere un abordaje diagnóstico integral. En el paciente descrito, la microangiopatía cerebral crónica asociada a factores de riesgo vascular emerge como la etiología más probable del síndrome coreiforme, respaldada por los antecedentes metabólicos y los hallazgos de neuroimagen compatibles con compromiso de los ganglios basales y cambios crónicos de la sustancia blanca.

No obstante, la positividad de la prueba molecular para tuberculosis, en un contexto epidemiológico endémico, obliga a considerar a la tuberculosis del sistema nervioso central como un diagnóstico concomitante posible. Aun en ausencia de hallazgos radiológicos clásicos o confirmación mediante líquido cefalorraquídeo, esta infección puede presentarse con manifestaciones neurológicas atípicas y contribuir, de forma directa o indirecta, a la disfunción de los circuitos extrapiramidales. En este sentido, el caso refuerza la necesidad de mantener un alto índice de sospecha clínica frente a presentaciones neurológicas no habituales en poblaciones de riesgo.

La evolución clínica favorable observada tras el manejo sintomático con antipsicóticos, fisioterapia y el inicio de terapia antifímica preventiva sugiere un abordaje terapéutico adecuado en un escenario de incertidumbre diagnóstica, alineado con las recomendaciones descritas en la literatura. Este enfoque resalta la importancia de la toma de decisiones clínicas individualizadas, sustentadas en la integración de datos clínicos, radiológicos, microbiológicos y epidemiológicos.

En conjunto, este caso subraya la relevancia de un enfoque multidisciplinario, la utilización de herramientas diagnósticas avanzadas y la consideración de etiologías infecciosas poco frecuentes dentro del diagnóstico diferencial de los trastornos del movimiento en adultos mayores. La documentación y análisis de reportes clínicos como el presentado contribuyen a ampliar el conocimiento sobre asociaciones infrecuentes pero clínicamente relevantes, particularmente en regiones endémicas, y pueden favorecer un diagnóstico más oportuno y un mejor pronóstico neurológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.

Barnett, M., & Sriram, D. (2021). Chorea associated with infections: A narrative review. *Movement Disorders Clinical Practice, 8*(4), 500–508. https://doi.org/10.1002/mdc3.13182

CARE Group. (2017). CARE guidelines: Consensus-based clinical case reporting guideline development. *Journal of Clinical Epidemiology, 89*, 218–222. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.05.005

Cardoso, F., Seppi, K., Mair, K. J., Wenning, G. K., & Poewe, W. (2006). Seminar on choreas. *The Lancet Neurology, 5*(7), 589–602. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(06)70494-X

Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Tuberculosis (TB): Understanding extrapulmonary TB*. https://www.cdc.gov/tb/topic/basics/extrapulmonary.htm

Gagnier, J. J., Kienle, G., Altman, D. G., Moher, D., Sox, H., & Riley, D. (2013). The CARE guidelines: Consensus-based clinical case reporting guideline development. *Journal of Clinical Epidemiology, 66*(7), 831–838. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.03.013

Frontiers in Medicine. (2023). *Movement disorders associated with tuberculosis of the central nervous system*. https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1106412

Golden, M. P., & Vikram, H. R. (2005). Extrapulmonary tuberculosis: An overview. *American Family Physician, 72*(9), 1761–1768.

Gupta, R. K., & Kumar, S. (2003). Central nervous system tuberculosis. *Neuroimaging Clinics of North America, 13*(4), 629–653. https://doi.org/10.1016/S1052-5149(03)00061-4

Hess, D. R. (2004). Retrospective studies and chart reviews. *Respiratory Care, 49*(10), 1171–1174.

International Journal of Clinical and Biomedical Research. (2023). *Movement disorders in tuberculosis: Clinical correlations*. https://ijcbr.in/archive/volume/10/issue/4/article/15566

Kumar, A., Singh, A. K., & Prasad, A. (2019). Chorea associated with metabolic and vascular disorders. *Journal of Clinical Movement Disorders, 6*, Article 2. https://doi.org/10.1186/s40734-019-0077-4

Marais, S., Thwaites, G., Schoeman, J. F., Török, M. E., Misra, U. K., Prasad, K., Donald, P. R., Wilkinson, R. J., & Marais, B. J. (2010). Tuberculous meningitis: A uniform case definition for use in clinical research. *The Lancet Infectious Diseases, 10*(11), 803–812. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(10)70138-9

MedLink Neurology. (s. f.). *Tuberculosis of the central nervous system*. https://www.medlink.com/articles/tuberculosis-of-the-cns

Nissen, T., & Wynn, R. (2014). The clinical case report: A review of its merits and limitations. *BMC Research Notes, 7*, Article 264. https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-264

Piccolo, I., Defanti, C. A., Soliveri, P., Volonté, M. A., Cislaghi, G., & Girotti, F. (1995). Cause and course in a series of patients with sporadic chorea. Journal of Neurology, 242(9), 529–534. https://doi.org/10.1007/BF00868866

Rock, R. B., Olin, M., Baker, C. A., Molitor, T. W., & Peterson, P. K. (2008). Central nervous system tuberculosis: Pathogenesis and clinical aspects. *Clinical Microbiology Reviews, 21*(2), 243–261. https://doi.org/10.1128/CMR.00042-07

Simon, R. P., Greenberg, D. A., & Aminoff, M. J. (2016). Trastornos del movimiento. En *Neurología clínica* (7.ª ed., pp. 238–270). McGraw-Hill Interamericana.

Thwaites, G. E., van Toorn, R., & Schoeman, J. (2013). Tuberculous meningitis: More questions, still too few answers. The Lancet Neurology, 12(10), 999–1010. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(13)70168-6

World Health Organization. (2023). *Global tuberculosis report 2023*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240061729