



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 423/69 - UN CATARRO COMPLICADO

S. Álvarez López<sup>1</sup>, M. Pinilla de Torre<sup>2</sup>, M. Pinilla de Torre<sup>3</sup>, B. Serrano Montalbán<sup>4</sup>, C. Díaz- Parreño Quintanar<sup>4</sup>, B. Párraga Vico<sup>4</sup>, S. Zarza Martínez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tomelloso II. Alcázar de San Juan, <sup>2</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla, <sup>3</sup>Residente de Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, <sup>4</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General La Mancha Centro. Ciudad Real.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 36 años, sin RAMC, fumador de 20 cigarrillos diarios desde los 16 años, exconsumidor de cocaína y heroína (en tratamiento con metadona), albañil. Diagnosticado de SAHS grave en 2010 en tratamiento con CPAP. Acudió a su Médico de Atención Primaria por presentar secreciones bronquiales espesas y verdosas desde hace 4 meses. Además, refería fiebre de predominio vespertino y sudoración profusa desde octubre, tras la vendimia. En tratamiento con levofloxacino 500 mg/12h durante 3 días hasta que acudió a urgencias. Su MAP decidió solicitarle una Rx de tórax que resultó patológica (alta sospecha radiológica de TBC), y lo deriva a Urgencias Hospitalarias. En el SUH, tras la alta sospecha clínica y radiológica de TBC se realizó una baciloscopia que resultó positiva, por lo que se realizó interconsulta a Neumología. Se pautó tratamiento con Ryfater (rifampicina/pirazinamida/isoniazida) y Myambutol (etambutol). Se recomendó estudio de contactos por su Medicina Familiar y Comunitaria.

**Exploración y pruebas complementarias:** Sat basal: 99%. Fc: 69 lpm. Peso referido: 58 kg. AEG. Consciente y orientado. Normocoloreado. Eupneico en reposo. Afebril. ACP: tonos rítmicos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. Rx tórax: infiltrados alveolointersticiales bilaterales en ambos lóbulos superiores sugerentes de TBC. No presentes en Rx previa. Análisis: Hb 14,6, leucocitos 9.900, granulocitos 7.200, PCR 8,4, urea 20, creatinina 0,6, Na 138, K 4,3, transaminasas normales Cultivos de esputo: baciloscopia positiva para M. tuberculosis.

**Juicio clínico:** TBC pulmonar.

**Diagnóstico diferencial:** Actinomicosis, carcinoma pulmonar, síndrome Churg- Strauss, neumonía por P. carinii.

**Comentario final:** Debemos sospechar tuberculosis pulmonar ante un paciente con síntomas respiratorios de más de 3 semanas de duración. La radiografía de tórax presenta signos muy sugerentes de tuberculosis. En cuanto al diagnóstico, se deben realizar baciloscopia y cultivo en todos los casos. En los nuevos casos de TBC se recomienda administrar isoniazida, rifampicina, etambutol y pirazinamida (HREZ) durante 2 meses e isoniazida más rifampicina durante 4 meses más. En la TBC pulmonar se debe realizar aislamiento respiratorio durante 3 semanas. El Medicina Familiar y Comunitaria juega un papel fundamental en el estudio de los contactos del paciente.

## Bibliografía

Pai M, Nicol MP, Boehme CC. Tuberculosis Diagnostics: State of the Art and Future Directions. *Microbiol Spectr* 2016;4.

Davis JL, Cattamanchi A, Cuevas LE, et al. Diagnostic accuracy of same-day microscopy versus standard microscopy for pulmonary tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2013;13:147.

Schoch OD, Rieder P, Tueller C, et al. Diagnostic yield of sputum, induced sputum, and bronchoscopy after radiologic tuberculosis screening. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;175:80.