



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 210/31 - ¡Doctor, me encuentro mal desde que volví de vacaciones!

E. Sánchez Fernández<sup>a</sup>, J.A. Martínez Solano<sup>b</sup>, A.M. González Cárdenas<sup>c</sup>, S.E. Medellín Pérez<sup>c</sup>, I.M. Luna Calcaño<sup>d</sup> y D. Martí Hita<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria Lorca-San José. Lorca. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Lorca. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Control de Salud Lorca Sur. Lorca. <sup>d</sup>Médico de Familia. Área III de Salud. Lorca. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Lorca Sur. Lorca. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 36 años sin alergias medicamentosas, negando enfermedades de interés, natural de Senegal que acude a urgencias porque refiere pérdida de peso de 20 kg en dos meses, acompañado de hiporexia y astenia intensa. Comenta sensación distérmica no termometrada. Presenta tos y expectoración de aspecto purulento (no hemoptoico) y comenta dolor centro-torácico al toser. Refiere que regreso de Senegal hace seis días (tras pasar tres meses con la familia) y niega enfermos por tuberculosis en su entorno, así como contactos con posibles bacilíferos. No refiere otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, consciente y orientado. Normocoloreado y normohidratado. PA: 124/83 mmHg. Pulso: 107 lpm. T<sup>o</sup> 37,7 °C. SatO2 97%. Auscultación cardiopulmonar: rítmico, sin soplos audibles. Hipoventilación en campo anterior y laterales izquierdos, siendo el resto normal. Dolor torácico a la inspiración profunda. Exploración abdominal: blando y depresible, no doloroso. MMII: no edemas. Analítica: bioquímica: glucosa 74, urea 21, creatinina 0,68, PCR 93, sodio 128, potasio 4, OSM plasmática 272, procalcitonina 0,5 hemograma: leucos 7.100 con neutrofilia 83,1%, linfopenia 700 (10,3%). Plaquetas 501.000. Rx AP y lateral de tórax: condensación en LSI con cavitación en campo medio haciendo signo de la silueta con el corazón y dudosa cavitación en campo superior izquierdo, con leve pérdida de volumen ipsilateral. Prueba de Mantoux: 20 mm. Cultivo de esputo en medio Lowstein: se observan BAAR (1-9/campos). Serología VIH: negativa. TAC tórax sin contraste: en LSI y língula se observa consolidación con broncograma, dilataciones saculares bronquiales y alveolares y cavidades (la mayor de localización apical de 2 x 2,6 x 3,5 cm) abiertas a árbol bronquial. Infiltrados micronodulares parcheados de distribución peribronquial, en LSD, LID y LII, con coalescencia de algunos ellos formando nódulos, varios de ellos cavitados. No derrame pleural. No adenopatías mediastínicas-hiliares. Conclusión: hallazgos compatibles con proceso infeccioso-inflamatorio activo (probable TBC con diseminación broncogénica).

**Juicio clínico:** Condensación LSI, con cavitaciones (alta sospecha TBC).

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía necrotizante. Carcinoma broncogénico.

**Comentario final:** Es importante la rápida detección de pacientes con infección activa de tuberculosis para el propio paciente así como evitar la propagación de la enfermedad en nuestro medio.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Bannon MJ. BCG and tuberculosis. *Arch Dis Child*. 1999;80:80-3.