



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

387/178 - TUBERCULOSIS DESENMASCARADA

S. López Santos¹, D. Simarro Díaz², I. Sánchez Martín³, Y. Rodríguez González²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 65 años, antecedentes personales HTA, dislipemia y obesidad, que acude al Centro de Salud por cefalea holocraneal de características tensionales de 3 semanas que no cede con analgesia. Descartada descompensación de los factores de riesgo cardiovascular se pauta tratamiento analgésico más potente. A la semana regresa por parestesia brusca mientras conduce de hemicuerpo izquierdo que dificulta la conducción por falta de tacto y disartria, a su llegada, mejoría sintomática persistiendo leve trastorno sensitivo en EEII, se le deriva a urgencias hospitalarias donde realizan pruebas de imagen y analítica. Se decide ingreso para ampliación de estudio y durante el mismo se descubre pleuritis tuberculosa tratada 20 años atrás. La clínica deficitaria se resuelve a las 48 horas del ingreso manteniendo una cefalea holocraneal leve que no precisa tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, hemodinámicamente estable, consciente y orientado. Mínima dificultad en tándem, hipertrofia de gemelos con medios hipotróficos, reflejos aquileos abolidos, sensación disestésica al explorar sensibilidad algésica en EEII, mínima dismetría inicial en dedo nariz izquierda. Analítica normal salvo VSG de 50. Elemental y sedimento negativo. Serología y marcadores tumores negativos excepto quantiferón. LCR: Bioquímica con ECA normal, glucosa 72,2 mg/dl, proteínas 85,3 mg/dl y ADA 10,7 U/l, inmunofenotipo con predominio de LT CD4, microbiología positiva para micobacterias y anatomía patológica negativa para células tumorales. TAC cerebral: descarta lesión vascular y objetiva engrosamiento cortical parietal derecho retrorrolándico sugerente de proceso infeccioso o tumoral. RM de cerebro: captación leptomenígea lineal a nivel de surcos parietales posteriores derechos. TAC corporal: sin evidencia de proceso neoproliferativo primario. Debido a los resultados obtenidos se decide inicio de tratamiento antituberculoso.

Juicio clínico: La meningitis tuberculosa es un proceso infeccioso del sistema nervioso central producido por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. Existe una historia de tuberculosis previa en el 10% de los casos en adultos. Se encuentra precedida por un período de 2 a 8 semanas de síntomas inespecíficos, que incluyen anorexia, fiebre, mialgias o cefalea. Para el diagnóstico, el LCR obtenido por punción lumbar muestra pleocitosis con predominio linfocitario, hipogluorraquia e hiperproteíorraquia. La mortalidad es del 15 al 40%, dependiendo de la precocidad del tratamiento.

Diagnóstico diferencial: Infiltración leptomenígea de probable origen tuberculoso, sarcoidosis, tumor primario de SNC, tumor hematológico.

Comentario final: Como Médicos de Atención Primaria tenemos un papel importante en el diagnóstico diferencial de patologías tanto comunes como aquellas que atañen gravedad como es el caso. Debido a la complejidad de la patología, con los medios de los que disponemos en el Centro de Salud se imposibilita llegar a un diagnóstico: pero tan importante como poner nombre a un cuadro clínico, es saber qué debe preocuparnos para hacer una buena derivación, ya que un tratamiento precoz es, en muchos casos, la diferencia entra la vida y la muerte.

Bibliografía

Donald P, Schoeman J. Tuberculous meningitis. N Eng J Med. 2004;351:1719-20.

Twaites G, Duc Bang N, Huy Dung N, Thi Quy H, Thi Tuong D, Thi Cam N, et al. Dexamethasone for the treatment of tuberculous meningitis in adolescents and adults. N Engl J Med. 2004;351:1741-51.