



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 469/29 - TUBERCULOSIS: DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN DE CASOS

C. Gómez Vildosola<sup>1</sup>, D. González Armas<sup>1</sup>, E. Escalona Canal<sup>2</sup>, N. Gallo Salazar<sup>3</sup>, E. Quiroz Flores<sup>3</sup>, D. Santana Castillo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Laredo. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Laredo. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cotolino. Castro Urdiales. Cantabria. <sup>4</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Laredo. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 82 años, recientemente diagnosticado de tuberculosis miliar y espondilodiscitis tuberculosa, acudió a su médico de atención primaria para control evolutivo y prevención de casos comunitarios.

**Exploración y pruebas complementarias:** Muy buen estado general. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos. TAC: patrón miliar bilateral con presencia de tractos fibrocicatriciales bilaterales sugestivos de reactivación de TBC. Lesión osteolítica de los cuerpos vertebrales D11 y D12, en relación con espondilodiscitis (probablemente tuberculosa).

**Juicio clínico:** Tuberculosis miliar con espondilodiscitis.

**Diagnóstico diferencial:** Neumoconiosis, Sarcoidosis, Granulomatosis de Wegener.

**Comentario final:** En estos últimos años; se han producido avances tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de tuberculosis latente y activa con el objetivo de minimizar las posibilidades de contagio y disminuir la incidencia de enfermedad comunitaria. El diagnóstico de la tuberculosis latente se reserva únicamente a individuos con alto riesgo de infección dado que han sido expuestos a un nuevo contacto o individuos con TBC latente que tiene riesgo de reactivación. Dichos pacientes se dividen en 3 grupos, cuyo riesgo de reactivación aumenta gradualmente: Pacientes de alto riesgo: VIH; trasplantados y convivientes de más de más de 6 horas diarias con el paciente enfermo; pacientes de riesgo moderado: diabéticos y corticodependientes y pacientes de bajo riesgo: pacientes con bajo peso y grandes fumadores. Existen 2 tipos de test con alta sensibilidad y alto valor predictivo negativo para identificar sistemáticamente la infección por TBC: La prueba de la tuberculina (PCT) y la prueba del Interferón gamma (IFN- $\gamma$ ). Esta última técnica se basa en la detección del IFN- $\gamma$  liberado por las células T sensibilizadas con antígenos específicos de M. tuberculosis; lo cual nos aporta mayor especificidad al discernirlos de aquellos pacientes vacunados o infectados por otras micobacterias. Por ello; los pacientes cuya probabilidad de contagio es alta; la PCT se utiliza sistemáticamente dado que se aceptan los falsos positivos mientras que en aquellos pacientes vacunados o que no vayan a acudir a sus centros de salud para la lectura del Mantoux; se prefiere la realización de la prueba del IFN- $\gamma$ . La importancia de este caso reside en el papel que desempeña el médico de atención primaria en fomentar la prevención y promoción de salud; y no solo la atención clínica individual.

### Bibliografía

Ruiz Manzano J, Blanquer R. Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. Archivos de Bronconeumología. 2008;44:551-66.

Bernardo J. Diagnosis of pulmonary tuberculosis in adults. UpToDate, 2018.