



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/517 - TBC y algo más

A.V. Bazo Fariñas^a, L.E. Cano Lucas^b, C. López Bernáldez^c, D. Gibellino Coelho Achega^d, R.J. Gómez García^b, M.J. Méndez Salguero^a, C.M. Sánchez Pérez^d, M. Forte Guerrero^d, C. Cestero Venegas^e y R. Gómez Blanco^f

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz. ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Badajoz. ^fMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 66 años trabajador en cantera de granito desde los 15 años que no presenta AP de interés ni hábitos tóxicos. Jubilado. Acude a consulta por tos y expectoración de aspecto purulento junto con febrícula de aproximadamente 10 días de evolución y deterioro leve-moderado de su estado general. Se le pautan dos ciclos de tratamiento ATB (amoxicilina/clavulánico y posteriormente levofloxacino) sin mejoría, por lo que se solicita una Rx tórax y ante los hallazgos se deriva a consultas de neumología.

Exploración y pruebas complementarias: VOC. Aceptable estado general. Buena coloración de piel y mucosas. Eupneico en reposo. Constantes vitales: SatO2 basal: 95%, TA: 142/90; FC: 71; Tª: 36,9 °C. CYC: no adenopatías palpables ni IY. AC: rítmico, sin soplos. AP: Crepitantes finos inspiratorios bilaterales con presencia de roncus derechos. ABD: anodino. MMII: no edemas ni signos flogóticos. Hemograma con 13.000 leucocitos (fórmula leucocitaria normal), resto normal. Bioquímica con glucosa 127, resto normal, incluyendo función renal, iones y función hepática. En Rx tórax presentaba un patrón nodular bilateral con masa parahiliar izquierda. TAC tórax: tumoración hiliar derecha de aproximadamente 2 cm de diámetro, con extensión a LMD con pequeñas adenopatías mediastínicas de localización precarinal y subcarinal con calcificación central. Afectación retículo nodular con nódulos de pequeño tamaño distribuidos en campos medios y superiores en probable relación a silicosis. Broncofibroscopia: En el cultivo del broncoaspirado crece M. tuberculosis. Estudios citológicos y biopsias dentro de normalidad.

Juicio clínico: Silicosis. Infección por TBC.

Diagnóstico diferencial: FPI. Etiología infecciosa. Neoplásicas. Sarcoidosis. Alveolitis alérgica intrínseca. Disnea de origen cardiológico. Amiloidosis. LES.

Comentario final: El paciente fue ingresado en el servicio de neumología siendo diagnosticado de silicosis + TBC. La masa que aparecía en la Rx de tórax y TAC era compatible con un tuberculoma (y así se confirmó en seguimientos posteriores). La silicosis es un factor predisponente para la enfermedad tuberculosa y se debe sospechar ante aparición de fiebre, afectación del estado general, pérdida de peso, hemoptisis o cambios radiológicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oyanguren H. Treatment of silico-tuberculosis: Rev Med Chil. 1985;113(5):469-70.
2. Rey JC, María Leston J, Rubinstein P, González Montaner LJ, Garay CE. The problem of silicosis and silicotuberculosis in our country: Prensa Med Argent. 1965;52(44):2797-800.