Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):89

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2419 - Condensación LÓBULO superior derecho: ¿cuándo sospechar tuberculosis?

J.I. Santos Plaza[a], Á.M. Arévalo Pardal[b], V.E. García Vesga[a], M. Jaime Azuara[b], R. Álvarez Paniagua[b], A. Gómez García[c], A. Higuera Tamayo[d] y D. Arauzo Palacios[d]

[a]Médico Residente; [d]Médico de Familia. Centro de Salud Delicias II. Valladolid. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parquesol. Valladolid. [c]Médico Residente de Neumología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón 44 años, español. Exfumador, no bebedor, no ADVP. No inmunodeprimido. Soltero, vive con su madre. Trabajo estable, sin riesgos infecciosos. No viajes a áreas de enfermedades infectocontagiosas endémicas. Su padre falleció en 2016 por complicación evolutiva no infecciosa de una fibrosis pulmonar idiopática tras larga hospitalización. Acude en marzo por cuadro afebril compatible con faringitis aguda, pautándosele tratamiento conservador. Una semana después vuelve, comentando expectoración verdosa, manteniéndose afebril. Crepitantes en la auscultación pulmonar, se asocia amoxicilina 500 mg/ácido clavulánico 125 mg durante una semana. En la entrevista clínica reorientada, se descubre que desde hace 1 mes presenta expectoración espesa resistente a todos los tratamientos pautados.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación pulmonar: soplo tubárico en campo superior de hemitórax derecho. Mantoux: induración franca de 19 mm. Radiografía tórax: condensación en LSD compatible con neumonía. Control radiográfico en 3 semanas: aumento de densidad de aspecto reticular en LSD, pérdida de volumen, atribuible a un proceso granulomatoso crónico, a valorar con la clínica del paciente. Interferón-gamma en sangre: positivo (probable infección por *M. tuberculosis*). Remitido a Neumología se le realizaron TAC (hallazgos que sugieren reactivación de TBC), broncoaspirado (positivo para TBC) y lavado broncoalveolar.

Juicio clínico: Condensación de LSD de probable etiología infecciosa.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Diagnóstico diferencial: Descartamos neumonía adquirida en la comunidad y atípicas, serologías: *Chlamydia pneumoniae, Coxiella burnetti, Legionella pneumophila* y *Mycoplasma pneumoniae*; y cultivo de esputo (baciloscopias negativas). A pesar de no presentar el paciente factores de riesgo para desarrollo de tuberculosis, no podemos obviar esta patología en el diagnóstico por las implicaciones socio-sanitarias que conlleva.

Comentario final: Aunque por el contexto psicosocial la probabilidad del paciente de padecer tuberculosis es baja, no debe olvidarse en el diagnóstico diferencial de las neumonías/condensaciones pulmonares, no sólo por las consecuencias sociosanitarias, sino por las actividades preventivas que supone. Los resultados finales fueron positivos para tuberculosis, iniciándose tratamiento tuberculostático.

Bibliografía

1. Leung AN. Pulmonary tuberculosis: the essentials. Radiology. 1999;210:307-22.
2. Rozenshtein A, Hao F, Starc MT, Pearson GD. Radiographic appearance of pulmonary tuberculosis: dogma disproved. Am J Roentgenol. 2015;204:974-8.

Palabras clave: Tuberculosis. Condensación pulmonar. Quantiferon. Mantoux.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.