



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3676 - UN VIEJO LOBO CON PIEL DE CORDERO

M. García-Legaz Navarro^a, J. Sánchez Martínez^a, C. Luna Rodríguez^b y R. Hernández Vera^b

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Ñora. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud La Ñora. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 28 años, que consulta en Atención Primaria (AP) por dolor costal derecho pleurítico, fiebre de 39 °C de 1 semana de evolución, expectoración verdosa con náuseas, sin vómitos. Refiere sudoración nocturna con pérdida de peso de 5 kg en la última semana. Tras la exploración es derivado a urgencias por posible neumonía.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 39,1 °C, SatO₂: 97%. Exploración cardiaca normal. Exploración pulmonar: hipoventilación derecha, sin crepitantes. Radiografía (Rx): aumento de densidad en campo pulmonar superior derecho, sin claros infiltrados. Cisuritis en campo pulmonar derecho. Dudoso pinzamiento de seno costofrénico derecho. Elevación del hemidiafragma derecho. ECG: sinusal, 90 latidos por minuto, bloqueo de rama derecha. Ingresa en Unidad de corta estancia del Hospital (UCE) con diagnóstico de neumonía. A los 2 meses, en Rx de control en UCE, se observa derrame pleural derecho que ocupa tercio inferior de hemitórax y ensanchamiento mediastínico a nivel superior derecho, sin poder concretar la presencia de ocupación o infiltrado cavitado. En TAC aparece infiltrado pulmonar apical derecho con componente micronodular, pequeños focos de consolidación periférica, cavitaciones de pequeño tamaño y adenopatías paratraqueales de 1 cm. Ingresa de nuevo en UCE para estudio de derrame pleural. Se realiza toracocentesis con tinción de Ziehl-Neelsen negativo y cultivo de Lowenstein positivo. Mantoux en AP 1 semana antes del ingreso negativo.

Juicio clínico: Tuberculosis pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Neumonía bacteriana, neoplasia pulmonar.

Comentario final: La tuberculosis continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública a escala mundial. Es una enfermedad de inicio insidioso con síntomas muy inespecíficos, y poco diagnosticada en AP, por lo que el médico debe estar alerta para no retrasar el diagnóstico. La prueba diagnóstica más eficiente es la Rx de tórax, pero la confirmación es siempre bacteriológica. La Rx es muy sensible pero poco específica, pues la TB presenta una enorme variabilidad de imágenes radiológicas. Esto unido a que un 10-25% de los enfermos con tuberculosis tienen un Mantoux negativo hizo retrasar el diagnóstico en este caso.

Bibliografía

1. Altet Gómez MN, Alcaide Megías J, Canela Soler J, Milá Augé C, Jiménez Fuentes MA, Souza Galvao ML, Solsona Peiró J. Estudio del retraso diagnóstico de la tuberculosis pulmonar sintomática. Arch Bronconeumol. 2003;39:146-52.

Palabras clave: Tuberculosis. Atención Primaria de Salud.