



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

242/1419 - ¿Y SI FUERA TUBERCULOSIS?

M. Cano Gómez^a, T. Segura Úbeda^a, A. García Saorín^b, M. Abellán Esteban^c, P. Roca Lucas Aroca^d y P. Abenza Jiménez^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa María de Gracia. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza Oeste. Murcia. ^cMédico Residente de Radiología y Radiodiagnóstico. Hospital Morales Meseguer. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza. Murcia. ^eMédico de Familia. SUAP Cieza. Cieza. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 18 años, procedente de Gambia, consulta en Atención Primaria por tos no productiva desde hace 15 días y dolor a ambos lados del tórax relacionado con los esfuerzos al toser. Astenia en los últimos meses. Afebril. No síntomas B, anorexia, pérdida de peso ni otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. CyO. NH/NC. T^a: 36,7 °C. TA: 110/60. CyC: Adenopatía supraclavicular izquierda de unos 3 × 4 cm. No dolorosa, de consistencia gomosa, sin signos inflamatorios. No IY. ORL: Leve hiperemia amigdalar. Sin placas ni exudados. ACP: Tonos rítmicos y audibles. No soplos ni roces pericárdicos. MVC. No roncus ni sibilantes. ABD: blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalías. Peristaltismo conservado sin signos de irritación peritoneal. MMII: No edemas ni signos de TVP. Pulsos presentes y simétricos. Sin adenopatías periféricas. Ante estos hallazgos solicito radiografía de tórax que informa: masa mediastínica superior derecha y probables adenopatías hiliares bilaterales, a descartar proceso linfoproliferativo, como primera posibilidad diagnóstica. El estudio de laboratorio (hemograma; bioquímica, coagulación, autoinmunidad) concluye sin alteraciones. Se solicita serología: VIH, C. burnetti y B. burgdorferi negativo. Mantoux positivo. Cultivo de esputo auramina negativo. Se realiza estudio TAC total body con hallazgos de lesión necrótica supraclavicular izquierda en probable relación con conglomerado adenopático. Extensa afectación adenopática necrótica mediastínica y cervical sugestiva de TBC ganglionar (entidad detectada en VIH). Aspirado lesión supraclavicular para completar estudio: tinción de auramina se observan entre 6-10 BAAR por campo; cultivo micobacterias positivo y cultivo aerobio negativo. Tras resultados del Mantoux, y en consenso con enfermedades infecciosas, inicia tratamiento: rifampicina, isoniacida, piracinaamida y etambutol.

Juicio clínico: TBC pulmonar y ganglionar.

Diagnóstico diferencial: Proceso linfoproliferativo. Neoplasia pulmonar. Enfermedad Infecciosa: TBC, VIH...

Comentario final: Destacar la importancia de una buena exploración física en AP ya que constituye la base para el diagnóstico. No debemos olvidar a la tuberculosis, pues sigue presente y potenciada con los movimientos migratorios de la población.

Bibliografía

1. Julián Jiménez A, Aguilar Florit J, Blanco Bravo A. Leucemias Agudas. Manual de protocolos y actuación en urgencias. 2016:879-87.
2. Sans-Sabrafen J, Besses Raebel C, Vives Corrons J. Introducción al estudio leucemias agudas, clasificación, descripción. Hematología clínica, 5^a ed.
3. Bennett GL, Dolin JE. Enfermedades Infecciosas. Principios y práctica, 7^a ed.

Palabras clave: Adenopatía. Tuberculosis. Proceso linfoproliferativo.