



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/1031 - CON EL BACILO DE KOCH EN LA MOCHILA

M. Cano Torrente<sup>a</sup>, R. Román Martínez<sup>b</sup>, M. de la Torre Olivares<sup>c</sup>, A. Egea Huertas<sup>d</sup>, T. Álvarez Balseca<sup>e</sup> y N. Benítez Samuel<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Águilas Sur. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Caravaca de la Cruz. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calasparra. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de 4<sup>º</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Caravaca de la Cruz. Murcia. <sup>f</sup>Médico Residente de 4<sup>º</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calasparra. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 47 años natural de Bolivia. Reside en España desde hace 13 años. Última visita a su país hace 2 semanas. Sin hábitos tóxicos. No patologías crónicas. Refiere tos seca, fiebre y dolor costal derecho de 8 días de evolución. Niega pérdida de peso o hiporexia. Reconoce haber tenido dos episodio de sudoración profusa de predominio nocturno las noches anteriores.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. TA 110/60, pulso: 93 lpm. SatO2 97%. AC: rítmico, sin soplos audibles. AR: hipofonesis en hemicárdia derecha, hasta campo medio, sin ruidos sobreagregados. Resto de exploración anodina. Analítica general: PCR 124, albúmina 3,1. Función renal y hepática normal. Anemia microcítica hipocrómica. Marcadores tumorales normales. TSH normal. HIV negativo. Beta 2 microglobulina normal. Gasometría arterial: pH 7,42, pCO2 32, pO2 81, HCO3 20,8, Sat.O2 96,8%. Hemocultivos negativos, Antigenuria de Legionella y neumococo negativos. Mantoux 16 mm. Rx tórax: derrame pleural de 1/3 inferior de hemicárdia derecha. Infiltrado tenue en lóbulo superior derecho. TAC toracoabdominopélvico: Hallazgos radiológicos que sugieren tuberculosis. Toracocentesis diagnóstica: leucocitos 1.290 (mononucleares 99%), ADA 175, proteínas 5,1, LDH 889. No se observan BAAR. Biopsia pleural transcutánea con tru-cut (anatomía patológica): pleuritis granulomatosa epiteliode con células gigantes tipo Langerhans. Estudio inmunohistoquímico con Zhiel Neelsen negativo. Muy sugestivo de proceso tuberculoso.

**Juicio clínico:** Derrame pleural tuberculoso.

**Diagnóstico diferencial:** Con aquéllas afectaciones pleurales que formen un líquido pleural exudativo: infecciones bacterianas, por hongos y virus, enfermedad pleural metastásica y mesotelioma.

**Comentario final:** Hay que recordar que el derrame pleural tuberculoso es la causa más frecuente de tuberculosis extrapulmonar en nuestro país y uno de los motivos más habituales de derrame pleural. Desde Atención Primaria debe tenerse en cuenta la prevalencia de esta enfermedad y el aumento de los movimientos migratorios desde países con mayor tasa de incidencia, para realizar diagnóstico precoz y un tratamiento efectivo.

### Bibliografía

1. Ferreiro L, San José E, Valdés L. Derrame pleural tuberculoso. Archivos de Bronconeumología. 2014;50:35-43.
2. Huggin JT. Tuberculosis pleural effusion. UpToDate, 2017.

**Palabras clave:** Tuberculosis. Derrame pleural.