



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

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

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

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Águilas Sur. Murcia. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Caravaca de la Cruz. Murcia. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calasparra. Murcia. ^eMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Caravaca de la Cruz. Murcia. ^fMédico Residente de 4^o 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 episodios 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 hemitórax derecho, 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 hemitórax derecho. 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 epiteloide con células gigantes tipo Langerhans. Estudio inmunohistoquímico con Zhiel Neelsen negativo. Muy sugestivo de proceso tuberculoso.

Juicio clínico: Derrame pleural tuberculoso.

Diagnóstico diferencial: Con aquellas 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.