



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/2126 - DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS TARDÍO PERO RÁPIDO

M. Fornos Rodríguez<sup>a</sup>, A. González González<sup>a</sup>, P. Escandón Prada<sup>b</sup> y A. García Antuña<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sotrandio. San Martín del Rey Aurelio. Asturias.

<sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Felguera. Langreo. Asturias.

### Resumen

**Descripción del caso:** Minero de interior de 69 años no fumador con Neumoconiosis y artritis reumatoide. Estuvo en tratamiento con metotrexate y con leflunomida sin conseguir controlar la artritis por lo que inicia golimumab en enero 2018 tras despistaje de tuberculosis Tb-spot negativo, Quantiferon Gold plus negativo, radiografía tórax y TAC torácico sin enfermedad. En abril 2018 acude en 3 ocasiones a Urgencias por fiebre 40 °C sin otra clínica; 2 de las veces recibe diagnóstico de neumonía y se trata con varios antibióticos. En la última ocasión ante la ausencia de mejoría se ingresa en Medicina Interna

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física 38,7 °C, TA 152/81 con estado general conservado. Auscultación cardiopulmonar y abdomen sin patología. Muñeca derecha con aumento de volumen con calor y rubor. Dolor a la palpación. No se observan heridas. Analítica Tb-spot positivo y Quantiferon Gold plus positivo. Fibrobroncoscopia de 3 muestras aspirado bronquial Xpert MTB/RIF demuestra PCR positiva para M tuberculosis y gen rpoB negativo. Genotype MDR-XDR demuestra katG negativo, inhA negativo, Rrs negativo, girA negativo, Eis negativo. Baciloscopia Zielh-Neelsen negativa. Biopsia sinovial Xpert MTB/RIF y Genotype MDR-XDR con mismos resultados que en el aspirado. Cultivo Lowenstein positivo para M. tuberculosis sensible a estreptomycin, etambutol, isoniazida y rifampicina.

**Orientación diagnóstica:** Enfermedad tuberculosa diseminada con afectación pulmonar y articular.

**Diagnóstico diferencial:** Inmunocomprometido con neumonía que no se resuelve con varios tratamientos antibióticos y artritis aguda.

**Comentario final:** Se pretende resaltar la utilidad de las técnicas de diagnóstico molecular y detección de resistencias (NAA) como el Xpert MTB/RIF para la detección de PCR de tuberculosis y del gen rpoB que determina resistencia a rifampicina puesto que es una técnica sencilla y precoz en el diagnóstico de tuberculosis. Otra es el Genotype MDR-XDR que aporta la detección de otros genes de resistencias a isoniazida (katG y inhA) a fluorquinolonas (girA) o a aminoglucosidos (rrs). Sería interesante utilizarlos desde atención primaria tanto en España como en países donde la incidencia de tuberculosis sea alta, sobre todo de tuberculosis multiresistente, y los medios económicos sean bajos.

### Bibliografía

1. Bernardo J. Diagnosis of pulmonary tuberculosis in adults. UpToDate, 2018.
2. Fitzgerald DW, et al. Mycobacterium tuberculosis. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica, 8ª ed.

**Palabras clave:** Tuberculosis pulmonar. Tuberculosis diseminada. Infecciones inmunocomprometidas.