



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/3857 - DISFONÍA, DISFAGIA Y PÉRDIDA DE PESO

A. Carrasco Fernández<sup>a</sup>, A. Simón Fuentes<sup>b</sup>, C. Hernández Teixidó<sup>c</sup> y F. Carramiñana Barrera<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º de año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º de año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 30 años que acude por disfagia a sólidos, disfonía, tos con expectoración verdosa desde hace 3 meses y pérdida considerable de peso en un mes y medio (10 kg aprox). No presenta AP. Como hábitos tóxicos consumidor diario de cannabinoides. Lleva con poca ingesta alimentaria desde hace semanas (come alimentos líquidos por “sensación de añugo”), con sensación distérmica (no ha querido controlarse la fiebre) y diarrea líquida diaria. Diariamente pasa el día encerrado en su habitación, sin contacto con su familia.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general, caquéctico, palidez cutánea, sequedad cutáneo mucosa y normoperfundido, En cavidad oral lesión blanquecina en pilar derecho y paladar. ACP taquirítmico con crepitantes en ápex derecho. Hemograma: leucocitos 22.000 (N 81,3%, L% 6,3%). Plaquetas: 719.000. Coagulación: fibrinógeno 844. Bioquímica: sodio 131, función renal, hepática y resto normal. Orina normal. En Rx de tórax patrón reticulonodular con predominio en ambos ápex, con gran cavitación en LSD y otra en LSI. Tras ingreso en el hospital se realiza TC tórax: nódulos en segmento apical del LLII y áreas posteriores de LLSS muchos cavitados. Baciloscopía en esputo con abundantes BAAR y fibroscopia que demuestra TBC laríngea. VIH negativo.

**Orientación diagnóstica:** TBC pulmonar postprimaria y laríngea.

**Diagnóstico diferencial:** Neoplasias, VIH, infecciones por micobacterias tuberculosas, infecciones fúngicas, sarcoidosis.

**Comentario final:** La TBC es una enfermedad infecto-contagiosa siendo su principal reservorio el ser humano. En las últimas décadas la infección VIH y la inmigración son los factores que más se asocian a su desarrollo. El medio de transmisión habitual es el aire, con la tos. En nuestro caso tras revisar la historia clínica y el hallazgo del cavernoma en la Rx se pensó en ella, derivándose a Neumología. La baciloscopía y el cultivo de Lowenstein confirmaron el diagnóstico, una TBC postprimaria, probablemente reactivada por el estado de malnutrición (se descartó VIH). Tras tratamiento tuberculostático el paciente negativizó esputos. Se declaró como EDO y los familiares y contactos más estrechos que positivaron QuantiFERON recibieron quimioprofilaxis.

### Bibliografía

1. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7<sup>a</sup> ed. Madrid: MSD; 2012.
2. Rodríguez García JL. Green book-DTM.Diagnóstico y tratamiento médico, 3<sup>a</sup> ed. Marban, 2015.

**Palabras clave:** Tuberculosis. Cavernoma. VIH.