

424/1059 - NO TODO ES TUBERCULOSIS

I. Cano Capdevila, A. Molero Arcos, S. Cobo Guerrero e I. Ojeda Cuchillero

Médico de Familia. CAP La Gavarra. Cornellà de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 47 años con bronquiectasias diagnosticadas en la juventud que consultó por dolor en parrilla costal tras accesos de tos. En la exploración física destacaba una auscultación pulmonar sin alteraciones y dolor a la palpación costal.

Exploración y pruebas complementarias: Para descartar fractura costal se solicitó radiografía de tórax donde destacaba la presencia de cavidad con tractos fibroesclerosos en el LSD, así como cavidad en LII con niveles hidroaéreos por lo que recomendó descartar TBC. Se derivó a urgencias hospitalarias para valoración donde se realizó analítica con leucocitosis y trombocitosis leve y tinción Ziehl-Neelsen que mostró bacilos ácido-alcohol resistentes, por lo que se orientó como posible tuberculosis e iniciaron tratamiento. Se solicitó PCR Mycobacterium tuberculosis con resultado negativo y cultivo para micobacterias en medio líquido y sólido que detectó Mycobacterium intracellulare (bacteria perteneciente al grupo de Mycobacterium avium complex). El TC de tórax mostró múltiples cavidades de semiología infecciosa en LSD y LII, todas comunicadas con el árbol bronquial. Asocia bronquiectasias, engrosamientos parabronquiales, árbol en gemación y tapones mucosos, áreas parcheadas de consolidación y vidrio deslustrado. Se inició tratamiento con claritromicina, rifampicina y etambutol. A los 15 días presentó cuadro vertiginoso como efecto secundario a claritromicina, por lo que se decide cambio a azitromicina. Tras 10 meses de tratamiento se negativizó el cultivo de esputo. A los 15 meses se decidió finalizar el tratamiento.

Orientación diagnóstica: Infección por Mycobacterium intracellulare.

Diagnóstico diferencial: Tuberculosis.

Comentario final: La infección por Mycobacterium avium está clásicamente asociada a pacientes con VIH, inmunosuprimidos y con patología pulmonar subyacente. La clínica es pulmonar con diferentes manifestaciones. El tratamiento consiste en macrólidos (claritromicina o azitromicina), rifampicina y etambutol, pudiéndose mantener hasta 12 meses después de la negativización de los cultivos. No debemos olvidar esta entidad a la hora de realizar el diagnóstico diferencial con tuberculosis sobretodo en pacientes inmunosuprimidos.

Bibliografía

1. García JM, et al. Infecciones respiratorias por micobacterias ambientales. Arch Bronconeumol. 2005;41(4):206-19.

Palabras clave: Micobacterias no tuberculosas. Infección respiratoria. Bronquiectasias.