

424/288 - TUBERCULOSIS DISEMINADA MULTIRRESISTENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

D. de la Rica Escuín¹, M. Torra Sole¹, M. Coma Gassó¹ y A. Pagès Cónsul²

¹Médico de Familia. Centro de Salud Artesa de Segre. Lérida. ²Enfermera. Centro de Salud Artesa de Segre. Lérida.

Resumen

Descripción del caso: Niño de 2 años de edad nacido en Cataluña con padres marroquís, sin antecedentes de interés que presenta síndrome febril de hasta 39,2 °C con tos y expectoración. Se deriva a urgencias hospitalarias por sospecha de neumonía.

Exploración y pruebas complementarias: En la auscultación pulmonar destaca hipofonesis base derecha. En Rx de tórax se aprecia derrame pleural derecho. Hemograma: leucocitos $10,01 \times 10^9$, hematíes $4,18 \times 10^12$, hemoglobina 10,0 g/dl, hematocrito 29,8%, volumen corpuscular medio 71,3 fl, plaquetas 322×10^9 , neutrófilos 58,7, linfocitos 33,4. Coagulación: TP (rati) 1,29 rati, TP(INR) 1,3 rati, PTTA. 30,6 seg, fibrinógeno 6,7 g. PCR 190,4 mg/L. Procalcitonina 3,18 ng/mL. PPD: 15 mm. Ecografía: empiema pleural de 20 mm. Afectación ganglionar retroperitoneal y esplénica. TAC: Condensación en LID. Múltiples nódulos pulmonares. Adenopatías mediastínicas hipodensas. Derrame pleural derecho. Nódulo hipodenso en bazo. El mediastino presenta múltiples adenopatías hipodensas en región prevascular, paratraqueal derecha, subcarinal y en región hilar derecha, que comprimen a tráquea y a bronquio intermediario. Aspirado gástrico: Mycobacterium tuberculosis complex positivo, resistente a: rifampicina, isoniacida, etionamida. Estreptomicina. Sensible a: etambutol, amikacina, capreomicina, ofloxacina, moxifloxacino, pirazinamida.

Orientación diagnóstica: Neumonía, tuberculosis.

Diagnóstico diferencial: Ante la clínica y las pruebas de imagen y laboratorio el diagnóstico diferencial se plantea con los posibles gérmenes que pueden producir neumonía. Se realizaron cultivos: nasofaríngeo (positivo a rinovirus), hemocultivo, cultivo LCR, PCR a neumococo negativo. Se amplió el estudio con PPD, ECO, TAC y aspirado gástrico y bronquial evidenciando Mycobacterium tuberculosis.

Comentario final: Hubo contacto familiar con TBC en Marruecos hacía unos meses. Se aisló Mycobacterium tuberculosis en aspirado gástrico y bronquial. Además de la extensión a mediastino y bazo. Se inició tratamiento con isoniazida, etambutol, pirazinamida, levofloxacino y amikacina, este último 6 meses. La duración del tratamiento recomendada fue 18-24 meses o al menos hasta 12 meses después de la negativización de los cultivos.

Bibliografía

- Pinto L, Menzies D. Treatment of drug-resistant tuberculosis. Infect Drug Resist. 2011;4:129-35.

2. Falzon D, Jaramillo E, Schünemann HJ, Arentz M, Bauer M, Bayona J, et al. WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis: 2011 update. Eur Respir J. 2011;38:516-28.

Palabras clave: Neumonía. Tuberculosis multirresistente.