

424/1831 - TUVE TOS

M. Espinosa Sansano¹, M. Sansano Trives² y M. Aldeguer Rodríguez²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Almoradí. Alicante.²Médico de Familia. Centro de Salud de Almoradí. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Varón 42 años con disnea, tos, expectoración verdosa, distermia vespertina de 6 meses. Pérdida peso 6 kg, sin astenia ni anorexia. Niega patología previa o tratamiento crónico. No contactos sexuales de riesgo. Reside con su padre.

Exploración y pruebas complementarias: Saturación basal 98%, eupneico, 37 °C. BEG, NC, NH, NN. No se palpan adenopatías periféricas. No alteraciones cutáneas. Consciente y orientado, sin focalidad neurológica. AC: rítmica sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Abdomen anodino. EEII: no edemas ni signos TVP. Pulso pedios palpables y simétricos Se solicita radiología de tórax que muestra infiltrados parenquimatosos en ambos lóbulos superiores de predominio LSD, nódulos cavitados, no cardiomegalia. Se deriva a urgencias. Analítica: glucosa 78 mg/dL, creatinina 0,61 mg/dL, iones normales, PCR 5,6 mg/dL, procalcitonina 0,05 ng/mL. No leucocitosis. Hemoglobina 10,5 g/L. Marcadores tumorales negativos Serología hepatitis y VIH negativas Esputo: Zihel positivo, Lowenstein positivo PCR Mycobacterium tuberculosis positiva.

Orientación diagnóstica: Tuberculosos pulmonar. Se inicia tratamiento con 150 mg de rifampicina, 75 mg de isoniazida, 400 mg de pirazinamida y 275 mg de etambutol hidrocloruro, sin incidencias.

Diagnóstico diferencial: Infección, neoplasia o tuberculosis.

Comentario final: La tuberculosis es una infección bacteriana causada por el microorganismo *Mycobacterium tuberculosis*, que suele atacar los pulmones. Se disemina a través del aire, tras contacto íntimo estrecho y mantenido. Debe sospecharse en pacientes con síntomas respiratorios durante más de 2-3 semanas. La inmunodepresión puede modificar la presentación clínica y radiológica. La radiografía de tórax presenta manifestaciones muy sugerentes de tuberculosis, aunque en ocasiones atípicas. La TC y RMN son más útiles en la tuberculosis extrapulmonar. La baciloscopia y el cultivo deben realizarse en todos los casos. La amplificación genética es coadyuvante en la sospecha moderada o alta de tuberculosis. En los casos nuevos de tuberculosis, se recomienda administrar isoniacida, rifampicina, etambutol y piracinaamida (HREZ) durante 2 meses e isoniacida más rifampicina durante 4 meses más, con las excepciones de los casos de meningitis, en que se alargará hasta 12 meses, y de la tuberculosis espinal con afección neurológica y la silicosis, hasta 9 meses. Se recomiendan las formulaciones combinadas.

Bibliografía

1. Documento de consenso conjunto de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) y de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Arch Bronconeumol. 2010;46 (5):255-74.

Palabras clave: Tuberculosis. Cavitación. Adenopatías.