



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

452/72 - DOCTORA, YO NUNCA ME FATIGO TANTO

M. Ineva Santafé¹, O. Ruiz Sannikova², H. Salanova Serrablo³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Almozara. Zaragoza.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Pablo. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 80 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, y enfermedad renal crónica estadio III, que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por disnea de mínimos esfuerzos de una semana de evolución sin inflamación de extremidades inferiores, ortopnea ni disminución de la diuresis. Exploración normal. Ante el grado de disnea que presenta la paciente, la ausencia de hallazgos en la exploración y la ausencia de correlación clínico-patológica, derivamos a Urgencias para estudio. Tras realizar pruebas básicas, es dada de alta con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca. A los tres días acude de nuevo a la consulta por empeoramiento de la disnea hasta hacerse de reposo a pesar del tratamiento con diurético pautado en Urgencias, por lo que derivamos nuevamente. En esta segunda ocasión es ingresada en Cardiología para estudio y tras realizar múltiples pruebas es diagnosticada de insuficiencia cardiaca leve y derrame pericárdico moderado-severo probablemente secundario a tuberculosis (TBC).

Exploración y pruebas complementarias: Analítica de Urgencias sin alteraciones (Pro-BNP normal). Rx tórax: cardiomegalia, elongación y ateromatosis aórtica. Pinzamiento de senos costofrénicos, probablemente por derrame pleural, mayor en el lado derecho. TAC toraco-abdominal: Derrame pericárdico que se acompaña de engrosamiento y leve nodularidad de pericardio, con un espesor de 17 mm de diámetro. Derrame pleural bilateral de aspecto seroso que provoca colapso pasivo del pulmón subyacente. Pequeña calcificación pleural derecha. Mantoux negativo. Quantiferon positivo.

Juicio clínico: La evolución clínica y la exploración física que presentaba esta paciente no se ajustaba a ningún cuadro clínico típico que podamos diagnosticar con certeza y resolver en nuestra consulta de Atención Primaria por lo que decidimos desde un primer momento derivar a Urgencias para descartar patología grave y urgente. Posteriormente, una vez dada de alta del hospital, historiamos a la paciente de forma más concisa y nos comentó que de joven había tenido TBC de la que no fue tratada y que años más tarde su marido había padecido TBC sin recibir ella profilaxis.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardiaca, tromboembolismo pulmonar, neumonía, TBC.

Comentario final: La tuberculosis sigue siendo la enfermedad infecciosa humana más importante que existe. España está considerado un país de baja incidencia, según el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades, pero en 2017 la tasa global de incidencia fue de 9,43 casos/100.000 (4,390 casos). A pesar de ser una patología poco frecuente en nuestro país y que solemos asociar a población extranjera, debemos incluirla en nuestro diagnóstico diferencial tras descartar otras patologías más frecuentes. En la consulta de

Atención Primaria carecemos del acceso a pruebas diagnósticas inmediatas pero por otro lado tenemos el conocimiento sobre nuestros pacientes y su estado basal y la posibilidad de seguimiento para poder observar su evolución y actuar en consecuencia.

Bibliografía

Sánchez Y, Bea L. Tuberculosis multirresistente. AMF 2018;14(7):407-19.

Grupo de trabajo Plan Prevención y Control de la Tuberculosis. Plan para la Prevención y Control de la Tuberculosis en España. Marzo 2019. Disponible en:
<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/PlanTuberculosis/docs/PlanTB2019.pdf>

Palabras clave: Tuberculosis. Disnea. Insuficiencia cardiaca.