



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

244/39 - TUBERCULOSIS BRONCOGÉNICA

J. Helguera Quevedo^a, M. Ruiz^b, S. Arenal Barquín^c, C. Bonnardeaux Chadburn^c, N. García López^d y R. Garrastazu López^e

^aMédico de Familia. Centro de Salud Ampuero. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Miera. Liérganes. Cantabria. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Los Valles. Cantabria. ^dMédico Pediatra. Centro de Salud Astillero. Cantabria. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Gama. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 27 años, que acude a urgencias por febrícula de 1 mes de evolución, acompañada de tos ocasional. En analítica del Centro de Salud destaca leucocitos 8.600 (75,5% neutrófilos) y sodio: 131. Crepita el ápex derecho, por lo que es diagnosticada de neumonía en LSD. Mejora inicialmente tras tratamiento con amoxi-clavulánico 875/125. Se recomienda a la paciente realizar radiografía de control pasados 2-3 meses, pero no vuelve a tener contacto con los servicios sanitarios hasta 8 meses después. Entonces acude por tos y fatiga ocasional al médico de Atención Primaria.

Exploración y pruebas complementarias: Espirometría: FEV1/FVC 62%, FEV1 82%, reversibilidad 4%. Serología IgG (+) para Mycoplasma pneumoniae. VSG: 78. No consta tratamiento. 4 meses después contacta de nuevo porque reaparece la tos. Entonces se realiza Mantoux con resultado + (22 × 17 mm) y Rx de tórax, con cavitación pulmonar en segmento 6 de lóbulo inferior derecho asociado a una afectación parenquimatosa bilateral, centroacinar y bronquiolar en relación con Tuberculosis con diseminación broncogénica. Se obtiene esputo para realizar Zhiel × 3 y cultivo de micobacterias confirmándose el diagnóstico de Mycobacterium tuberculosis complex sensible a rifampicina, etambutol, isoniacida y estreptomicina. El médico de AP la deriva a hospital, se realiza aislamiento respiratorio y se estudian convivientes. Se completa tratamiento con resultado satisfactorio

Juicio clínico: Tuberculosis con diseminación broncogénica.

Diagnóstico diferencial: Infecciones del tracto respiratorio superior (febrícula y malestar general). Bronquitis aguda (febrícula y malestar general) en enfermo con/sin bronconeumopatía crónica. Neumonía típica (fiebre alta, mayor de 38,5 °C, postración, dolor costal) o atípica. Bronquiectasias (infecciones de repetición). Neumoconiosis (evolución tórpida, refractariedad a tratamiento).

Comentario final: Las manifestaciones clínicas de la TB no permiten diferenciarla con precisión de otras enfermedades broncopulmonares. El comienzo es, la mayoría de los casos, insidioso y pueden pasar varios meses hasta que se llegue al diagnóstico de certeza. Por ello es importante poner en marcha las exploraciones complementarias ante la más mínima sospecha. La primoinfección acostumbra a ser subclínica o dar síntomas inespecíficos como tos, febrícula, expectoración mucopurulenta, sudoración nocturna, astenia, aunque en algunas ocasiones el inicio es agudo. La tuberculosis tiene una incidencia mundial estimada de 9,27 millones de nuevos casos anuales. Para el diagnóstico de certeza de enfermedad tuberculosa es absolutamente necesaria la obtención de un cultivo que demuestre el crecimiento de colonias de *M. tuberculosis*. La radiografía puede poner de manifiesto una consolidación parenquimatosa indistinguible de

una neumonía de otra etiología, lo que puede conllevar un retraso diagnóstico. Todo lo anterior debe de ponernos en guardia ante la TBC, cuya incidencia está aumentando, y evitar casos como el que nos ocupa, con retraso en el diagnóstico y tratamiento, siendo un problema clínico y de Salud Pública importante.

Bibliografía

1. Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing. WHO report; 2009.
2. American Thoracic Society. Diagnostic standards and classification of tuberculosis. Am Rev Respir Dis. 1990;142:725-35.
3. Pérez Villaverde N, Julián Jiménez A. Manual de Protocolos y actuación en urgencias para residentes, 2003. p. 159-162.
4. Medina Gallardo JF, Calero Acuña C, Álvarez Gutiérrez FJ, Romero Falcón A. Tuberculosis pulmonar. Medicine. 2010;10:4587-96.