



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/1740 - MÁS QUE UNA INFECCIÓN

A. Rubio Moreno

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Albacete.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 48 años, marroquí, que consultó en urgencias de atención primaria (AP) por tos seca, sin otros signos o síntomas llamativos. Una vez valorada, se remitió a su médico de AP. A los 15 días consultó de nuevo porque persistía la tos, pero con expectoración verdosa mezclada con sangre, astenia, pérdida de apetito, distermia aunque afebril y pérdida de peso. Se derivó al hospital como síndrome constitucional a estudio para descartar patología infecciosa o tumoral.

Exploración y pruebas complementarias: Radiografía de tórax: patrón militar, alveolo-intersticial con imagen sospecha de cavernas. Adenopatías paratraqueales. Infiltrados alveolo-intersticiales sobre todo a nivel de lóbulo superior izquierdo pero también en lóbulo inferior y medio derechos. Laboratorio: hematocrito 38%, hemoglobina 12,6 g/dL, leucocitos 13,1 mil/ μ L (neutrófilos 81,7%, linfocitos 7,6%, monocitos 10,1%), plaquetas 511 mil μ L. Bioquímica: glucosa 460 mg/dl, HbA1c 18%, sodio 127 mEq/L, cloro 89 mEq/L, resto normales. PCR 36,2 mg/dl. Gasometría arterial: pH 7,237, FO₂Hb 95,50%, pCO₂ 11,8 mmHg, FCOHb 1,50%, HCO₃ 4,8 mmol/L, O₂Sat 98%, calcio iónico 4,8 mg/dl, lactato 1,20 mmol/L.

Orientación diagnóstica: Ante los hallazgos se realizó aislamiento respiratorio por alta sospecha de tuberculosis y se solicitó cultivo de esputos.

Diagnóstico diferencial: Tuberculosis. Otras infecciones respiratorias de vías bajas (neumonías atípicas). Neoplasia pulmonar.

Comentario final: En tres cultivos de esputo crecieron micobacterias con PCR positiva para tuberculosis, se inició tratamiento con 4 fármacos antituberculosos, durante los primeros 12 días la evolución respiratoria no es satisfactoria, presentando el paciente abundante expectoración purulenta, picos febriles, PCR persistía elevada y mal estado general. Se realizan nuevos cultivos pensando en sobreinfección, se revisan los del ingreso observado a posteriori crecimiento de *Rhizopus oryzae*, hongo oportunista capaz de producir mucormicosis en pacientes inmunodeprimidos y diabéticos mal controlados en situación de acidosis, como es nuestro paciente. Durante el ingreso (2 meses) presentó también aspergilosis pulmonar y coinfección respiratoria por *Actinomyces*.

Bibliografía

1. Muñoz-Torraco M, Caminero-Luna J, Battista-Migliori G, D'Ambrosio L, Carrillo-Alduenda JL, Villareal-Velarde H, et al. La diabetes se asocia con reacciones adversas graves en la tuberculosis. Arch Bronconeumol. 2017;53(5):245-50.
2. Espíldora-Hernández J, Pérez-López C, Abarca-Costalago M, Nuño-Álvarez E. Mucormicosis pulmonar en paciente joven con inicio de diabetes. Arch Bronconeumol. 2017;53(9):531-3.

Palabras clave: Tuberculosis. Diabetes. Mucormicosis.