



P-338 - CUADRO FEBRIL DE LARGA EVOLUCIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

L.I. Torres Szymanski^a, E. Pérez Membrive^b y B. Pascual López^c

^aCS Lucena I. ^bCS Lucena II. ^cCS Cabra.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 30 años que acude por primera vez a su médico tras presentar cuadro febril desde hace 6 meses junto con fiebre vespertina de hasta 38 que cede con la toma de paracetamol. Desde hace pocos días tos y expectoración marronácea. Pérdida de peso de 5-6 Kg. No otra clínica.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Normohidratada y normoperfundida. Faringe hiperémica. Auscultación cardiopulmonar con tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen y extremidades normales. En centro de salud se realiza radiografía de tórax donde se aprecia imagen de condensación en lóbulo superior derecho con imagen de cavitación por lo que se deriva a hospital para completar estudio. En urgencias hemoglobina 9, hematocrito 28,5%, 649.000 plaquetas, leucocitosis 14.810 con neutrofilia 79%, bioquímica sin alteraciones. Se ingresa en Medicina Interna para completar estudio. Antígeno anti legionella y neumococo en orina negativos. PCR para tuberculosis en esputo positiva. Baciloscopia de esputo con abundantes bacilos ácido alcohol resistentes. Cultivo en medio específico para micobacterias positivo para *Mycobacterium tuberculosis* complex. Anticuerpos antiVIH1/2 negativos. Evolución favorable con tratamiento con rifampicina, isoniacida, piracinamida, etambutol persistiendo la febrícula los primeros días que remitió progresivamente. Mantuvo esta pauta durante dos meses y posteriormente rifampicina e isoniacida durante cuatro meses. En revisión se encuentra asintomática con aumento ponderal de 4,5 kg. Radiografía de control donde se aprecia gran mejoría del infiltrado en lóbulo superior derecho con condensación apical y práctica desaparición de tractos en pulmón izquierdo. Esputo con baciloscopia y cultivo negativos. Tras el diagnóstico de tuberculosis en esta paciente se realizó un estudio del entorno cercano de la misma, realizándose Mantoux a sus padres, marido e hijos; siendo positivo en el menor de sus hijos de 2 años y en su marido. Ambos estaban asintomáticos, aun así se les realizó una radiografía de tórax siendo esta normal, por lo que sus familiares estaban sensibilizados aunque no habían desarrollado la enfermedad.

Juicio clínico: Tuberculosis pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Neumonía. Absceso pulmonar. Infecciones por *Mycobacterium avium* u otras micobacterias no tuberculosis. Linfoma. Histoplasmosis. Cáncer de pulmón. Sarcoidosis. Fiebre de origen desconocido.

Comentario final: La tuberculosis es una enfermedad infecciosa y una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. Tiene mayor prevalencia en los países en vías de desarrollo pero

actualmente se está produciendo un repunte en nuestro medio, apareciendo además múltiples resistencias a los tratamientos habituales. Una vez diagnosticada en atención primaria, es importante incidir en el tratamiento así como en la realización de una adecuada prevención primaria y/o secundaria de su entorno cercano y concienciar a los pacientes infectados de la importancia del cumplimiento del tratamiento y las medidas de aislamiento para evitar la diseminación de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pozniak A, Fordham C, Elinor L. Clinical manifestations and complications of pulmonary tuberculosis. 2016.
2. Schluger N, Fordham C, Elinor L. Diagnosis, treatment, and prevention of drug-resistant tuberculosis. 2015.
3. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Informe epidemiológico sobre la situación de la tuberculosis en España. Año 2013. Madrid, 2014.