



P-335 - NEUMOTÓRAX A TENSIÓN COMO DEBUT DE TUBERCULOSIS

Pons Martínez, Vicente; Peidro Parres, Sara; Cejudo Berenguer, Luis; Motos Micó, José Jacob; Cortés Climent, Javier; Ferri Candela, María de los Lirios; Arlandis Félix, Francisco José; Serra Díaz, Carlos

Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy.

Resumen

Introducción: La tuberculosis sigue siendo la primera causa de mortalidad global por enfermedad. Se estima que un 25% de la población mundial se encuentra infectada, como infección latente. En España se trata de una enfermedad de declaración obligatoria: con una incidencia de 7,83/100.000 habitantes (de los cuales el 47% no son nacidos en España y el 70% se presentan como tuberculosis pulmonar).

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 18 años que acude a urgencias por cuadro de disnea y dolor torácico de inicio súbitos, le despiertan de madrugada. Sin referir otros antecedentes. En las constantes destacaban: TA 123/75 mmHg, 148 lpm, SatO₂ 88%, taquipnea 58 rpm. Hipofonesis en hemitórax izquierdo. En la gasometría arterial pO₂ 29 mmHg. Sin alteraciones analíticas. La radiografía de tórax confirmó el neumotórax a tensión izquierdo. Por ello se colocó tubo de drenaje endotorácico. La radiografía de control evidenció recidiva del neumotórax. Se amplió la historia clínica: refiriendo la paciente tener origen marroquí, así como llevar unos meses con clínica de tos seca y febrícula vespertina, además de asociar pérdida de peso involuntaria. Se completó estudio con TC torácico en el que se apreciaban imágenes cavitadas en lóbulo superior derecho, micronódulos centrolobulillares y peribroncovasculares, acentuación de la trama bronquial, derrame pleural bilateral leve y ganglios mediastínicos reactivos. Hallazgos sugestivos de tuberculosis posprimaria. Se confirmó con el estudio del esputo: aislando *Mycobacterium tuberculosis* complex (MTC) en los cultivos de Lowenstein-Jensen y medio líquido. Y el estudio del líquido pleural: 350.000 leucocitos, glucosa < 2 mg/dl, proteínas 5 g/dl, LDH 17.000, ADA 29, presencia de BAAR en tinción de Ziehl-Neelsen y PCR positiva para MTC (que además permitió determinar la ausencia de mutaciones de resistencia a isoniazida y rifampicina). Se realizó Mantoux, con resultado negativo. Se descartó infección por VHB, VHC y VIH. Se inició tratamiento tuberculostático: 2 meses con rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol + 4 meses con rifampicina e isoniazida. Durante el ingreso la paciente presentó como complicación, además de neumotórax recurrente, empiema izquierdo. Por lo que el ingreso se prolongó 39 días. Finalmente se procedió al alta médica con controles ambulatorios.

Discusión: El neumotórax espontáneo es aquel que se produce sin causa conocida, será secundario cuando subyaga una patología pulmonar. El debut de una tuberculosis activa pulmonar como neumotórax es una presentación infrecuente (< 1,5%). Cuya etiopatogenia más frecuente es la existencia de una fístula broncopleural. El tratamiento es prolongado, con tuberculostáticos y

drenaje torácico, siendo en ocasiones necesaria la cirugía. Es importante realizar un abordaje multidisciplinar que involucre a neumólogos, infectólogos y cirujanos. El caso expuesto resalta la importancia de realizar una historia clínica detallada y la necesidad de considerar la tuberculosis como posible causa de neumotórax espontáneo, especialmente en pacientes con factores de riesgo. Disponemos de un tratamiento curativo y eficaz, pero la identificación temprana, identificando a los pacientes contagiosos (bacilíferos), y el manejo adecuado son fundamentales para prevenir complicaciones y mejorar los resultados clínicos en pacientes con esta presentación poco común de la enfermedad. Así como prevenir su transmisión.