



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

210/31 - ¡DOCTOR, ME ENCUENTRO MAL DESDE QUE VOLVÍ DE VACACIONES!

E. Sánchez Fernández^a, J.A. Martínez Solano^b, A.M. González Cárdenas^c, S.E. Medellín Pérez^c, I.M. Luna Calcaño^d y D. Martí Hita^e

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria Lorca-San José. Lorca. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Lorca. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Lorca. ^dMédico de Familia. Área III de Salud. Lorca. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Lorca Sur. Lorca. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 36 años sin alergias medicamentosas, negando enfermedades de interés, natural de Senegal que acude a urgencias porque refiere pérdida de peso de 20 kg en dos meses, acompañado de hiporexia y astenia intensa. Comenta sensación distérmica no termometrada. Presenta tos y expectoración de aspecto purulento (no hemoptoico) y comenta dolor centro-torácico al toser. Refiere que regreso de Senegal hace seis días (tras pasar tres meses con la familia) y niega enfermos por tuberculosis en su entorno, así como contactos con posibles bacilíferos. No refiere otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente y orientado. Normocoloreado y normohidratado. PA: 124/83 mmHg. Pulso: 107 lpm. T^a 37,7 °C. SatO₂ 97%. Auscultación cardiopulmonar: rítmico, sin soplos audibles. Hipoventilación en campo anterior y laterales izquierdos, siendo el resto normal. Dolor torácico a la inspiración profunda. Exploración abdominal: blando y depresible, no doloroso. MMII: no edemas. Analítica: bioquímica: glucosa 74, urea 21, creatinina 0,68, PCR 93, sodio 128, potasio 4, OSM plasmática 272, procalcitonina < 0,5 hemograma: leucos 7.100 con neutrofilia 83,1%, linfopenia 700 (10,3%). Plaquetas 501.000. Rx AP y lateral de tórax: condensación en LSI con cavitación en campo medio haciendo signo de la silueta con el corazón y dudosa cavitación en campo superior izquierdo, con leve pérdida de volumen ipsilateral. Prueba de Mantoux: 20 mm. Cultivo de esputo en medio Lowstein: se observan BAAR (1-9/campos). Serología VIH: negativa. TAC tórax sin contraste: en LSI y llingula se observa consolidación con broncograma, dilataciones saculares bronquiales y alveolares y cavidades (la mayor de localización apical de 2 × 2,6 × 3,5 cm) abiertas a árbol bronquial. Infiltrados micronodulares parcheados de distribución peribronquial, en LSD, LID y LII, con coalescencia de algunos ellos formando nódulos, varios de ellos cavitados. No derrame pleural. No adenopatías mediastínicas-hiliares. Conclusión: hallazgos compatibles con proceso infeccioso-inflamatorio activo (probable TBC con diseminación broncogénica).

Juicio clínico: Condensación LSI, con cavitaciones (alta sospecha TBC).

Diagnóstico diferencial: Neumonía necrotizante. Carcinoma broncogénico.

Comentario final: Es importante la rápida detección de pacientes con infección activa de tuberculosis para el propio paciente así como evitar la propagación de la enfermedad en nuestro medio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bannon MJ. BCG and tuberculosis. Arch Dis Child. 1999;80:80-3.