



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/909 - Atención primaria al paciente inmigrante, derecho o privilegio. TBC vertebral

N. Guelai^a, M.J. Otero Ketterer^b, M. de Cos Gutiérrez^c, A. García-Lago Sierra^a, B. Martínez Sanz^d, I. Galán López^e, C. Fernández Galaché^f y M. Anta Fernández^g

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Besaya. Los Corrales de Buelna. Cantabria. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Potes. Liébana. Cantabria. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria. ^eMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cantabria. ^fMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Zapatón. Cantabria. ^gMédico Internista. Hospital Sierrallana. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón 24 años, camerunés. Ilegal sin derecho a la cobertura sanitaria. Sin antecedentes de interés. Vive en España desde hace 2 años. Acude como acompañante a la consulta de atención primaria, aprovecha la situación y le comenta al médico que tiene dolor intermitente en la zona lumbar de meses de evolución con orificio a nivel paralumbar izquierdo que supura ocasionalmente. No refiere ningún otro síntoma.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales. Buen estado general. CyC: normales. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: anodino. Se objetiva orificio a nivel de fosa lumbar izquierda que no supura. EEII normal. Exploración neurológica: normal. Hemograma, coagulación, bioquímica. Hemocultivos: negativos. Toxoplasma: IgG positivo. AntiVHA: positivo. AntiHBC: positivo. AntiHBS: positivo. VIH: negativo. Sífilis: negativo. Mantoux: induración menor de 2 cm. Rx tórax: normal. Rx columna lumbar: espondilodiscitis L2-L3. Rosa de Bengala: negativo. Ziehl de exudado de herida: negativo. Se le deriva al hospital para completar estudio donde le ingresan: RMN columna lumbar: espondilodiscitis L2-L3 de aspecto crónico, con abscesos de gran tamaño en ambos psoas y en la región paravertebral izquierda que se fistuliza a la piel. TAC abdominal: pequeñas colecciones a nivel de músculo psoas derecho y absceso en músculo psoas izquierdo, se drena y se analiza: PCR y cultivo para *Mycobacterium tuberculosis* positivos.

Juicio clínico: Se inició tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona y teicoplanina sin mejoría. Tras los resultados de las pruebas anteriormente citadas se suspende tratamiento previo, iniciándose tratamiento con tuberculostáticos. Se le da de alta con el diagnóstico de espondilodiscitis L2-L3 tuberculosa. Abscesos de psoas bilaterales de origen tuberculoso. Y tratamiento con rifater y etambutol control por MAP.

Diagnóstico diferencial: Discopatía degenerativa. Artritis reumatoide, Espondilitis anquilosante. Discopatía asociada a condrocalcinosis. Discopatía en paciente dializado. Artropatía neuropática. Espondilodiscitis tuberculosa. Espondilodiscitis brucelosa. Espondilodiscitis bacteriana.

Comentario final: ¿La asistencia sanitaria es un derecho o un privilegio? ¿Ahorrarnos al no atender a inmigrantes ilegales, o contribuimos a no diagnosticar enfermedades contagiosas como la TBC? ¿Ponemos en peligro la salud pública, e indirectamente aumentamos el gasto sanitario? El Real Decreto-ley 16/2012 condenó a muerte el sistema de salud universal. Muchos inmigrante con enfermedades contagiosas no son atendidos poniendo en peligro la sociedad mientras la administración mira al otro lado. En nuestro caso es una variante no contagiosa, pero en otros casos es una TBC pulmonar que pasa desapercibida. La correcta actuación del MAP, ha contribuido al diagnóstico y al tratamiento de este paciente. Si se hubiera negado a atenderle tal y como estipula la ley, hubiera evolucionado desfavorablemente. Los inmigrantes no son grandes usuarios del sistema de salud ya que la mayoría son jóvenes y con buena salud, y provienen de culturas donde se opta por remedios caseros por lo tanto su atención sanitaria no supone tanto gasto como nos hacen creer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Rodríguez N. Espondilodiscitis infecciosas en un área sanitaria gallega. 1983-2003. Med Interna. 2004;21(11).
2. Gomez Rodríguez N. Espondilodiscitis infecciosas del adulto. estudio de 76 pacientes y revisión de la literatura, 2007.
3. I jornadas internacionales de epidemiología sanitaria y social en colectivos de inmigrantes asentados en la CAPV, mayo 2006.
4. II jornadas internacionales de epidemiología sanitaria y social: desigualdades de salud en colectivos de inmigrantes países de origen y destino, 2007.