



160/973 - Dolor costal y tos en marroquí

E.M. Ortega Hidalgo^a, A.B. Bárcena Atalaya^b, J. Gómez Rubio^c, J.D. Moreno Macías^d, M.M. Carricondo Avivar^e y M.R. Martos Castello^f

^aMédico Residente 4^º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera.

^bMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de Valme. Sevilla. ^cMédico Residente 5^º año Medicina Interna. Hospital de Valme. Sevilla. ^dMédico Residente 3^{er} año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla. ^eMédico Residente 3^{er} año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera. Sevilla. ^fMédico Residente 2^º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ntra. Sra. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Paciente marroquí de 60 años, sin antecedentes de interés, que acude a consulta de atención primaria por malestar general de un mes de evolución, asociado a dolor costal bilateral, tos irritativa e hiporexia, y episodios febriles intermitentes. Como detalle de interés, había estado visitando Marruecos (ciudad natal), lugar donde se habían iniciado los síntomas.

Exploración y pruebas complementarias: Cabe destacar adenopatías laterocervicales y temperatura de 38 °C con auscultación cardiopulmonar sin hallazgos. Se solicita radiografía de tórax urgente, donde se objetiva condensación de lóbulo superior derecho. Ante la sospecha de proceso neumónico, se deriva a hospital de referencia, donde se solicita analítica (PCR 33,5 mg/L, monocitos $0,520 \times 10^9/L$, neutrófilos $1,83 \times 10^9/L$, linfocitos $0,87 \times 10^9/L$), radiografía de tórax (infiltrado alveolar en lóbulo superior derecho), hemocultivos (negativos), Neumococo (negativo) y serología atípicas y VIH (negativas). Durante su ingreso en planta de infecciosos, se administra ceftriaxona intravenosa, con buena evolución, siendo dada de alta con amoxicilina 875/clavulánico 125 mg, y derivado a consulta de infecciosos para recogida del resto de resultados. Tras 15 días, es vista en consulta de infecciosos, con cultivo de micobacterias positivo a *Mycobacterium tuberculosis complex*, iniciando tratamiento con RIMSTAR (rifampicina/isoniacida/etambutol/pirazinamida).

Juicio clínico: Neumonía adquirida en la comunidad de origen tuberculoso. Tuberculosis pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Neumonía atípica. Neoplasia pulmonar. Absceso pulmonar.

Comentario final: En los últimos 10 años la incidencia de casos de tuberculosis pulmonar ha aumentado en España, dado los movimientos migratorios masivos de países con alta endemia de tuberculosis y las condiciones de vida a los que se ven sometidos. Por ello, es necesario reconocerla para ofrecer un tratamiento correcto y romper la transmisión epidemiológica. Para sospecharla, hay que conocerla y tener en cuenta no solo la clínica (tos, dolor costal, fiebre, astenia, malestar, anorexia, etc. Ya que aunque no existe clínica específica, los síntomas que se presentan tras la primoinfección suelen ser de tipo constitucional y respiratorio), sino también los antecedentes

epidemiológicos (viajes, hacinamiento, contacto con enfermos, coinfección VIH, toxicómanos, etc.).

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/26.
2. González Martín J, García García JM, Anibarro L, Vidal R, Esteban J, Blanquer R, Moreno S, Ruiz Manzano J. Documento de consenso sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. Arch Bronconeumol. 2010;46(5):255-74.