



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1453 - Disnea y edemas en paciente joven

N. Conde López<sup>a</sup>, A. Barceló López<sup>b</sup>, M. Zaragoza Estela<sup>c</sup>, C. Juan Ten<sup>d</sup> y A. Navarro Juanes<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año. Centro de Salud de Pego. Hospital Marina Salud. Denia. Alicante. <sup>b</sup>Médico de Familia. Hospital Marina Salud. Denia. Alicante. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Pego. Alicante.

<sup>d</sup>Coordinador Médico. Centro de Salud de Pego. Alicante. <sup>e</sup>Jefe del Servicio de Urgencias. Hospital Marina Salud. Denia. Alicante.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 42 años con antecedentes de DM y enolismo crónico actualmente en deshabitación, que acude al CS con disnea de un mes de evolución que ha progresado hasta hacerse en reposo, con edemas progresivos en MMII y coluria. Se le realiza un ECG y una Rx de tórax en CS observándose cardiomegalia y derrame pleural derecho, se inicia tratamiento deplectivo y se deriva al hospital donde ingresa por primer episodio de insuficiencia cardiaca y se le solicita una TAC TEP.

**Exploración y pruebas complementarias:** BAG, abdomen con borde hepático palpable doloroso, edemas grado II en MMII, resto de exploración anodina. Análisis sanguíneo sin alteraciones. Rx tórax: enfermedad intersticial micronodular y aumento de silueta cardiaca. TC tórax: se descarta TEP, se observan múltiples nódulos en ambos hemitórax. ECG: RS, T negativa en cara lateral. Ecocardiograma: derrame pericárdico grave panglobal con desviación del septo y dilatación de cavidades derechas. Derrame pleural derecho hasta tercio medio. Cultivo de Lowestein-Jensen de esputo y Ziehl-Neelsen de esputo negativo. Mantoux positivo. Serología VIH, VHC y B negativos. Broncoscopia sin lesiones endobronquiales.

**Juicio clínico:** Patrón miliar, pleuropericarditis y enfermedad poliadenopática: Primera posibilidad TBC.

**Diagnóstico diferencial:** TBC miliar, infección fúngica, metástasis hematogena, sarcoidosis, histiocitosis de Langerhans.

**Comentario final:** Se inicia tratamiento empírico tuberculostático y se le realiza biopsia de las adenopatías, sugestiva de TBC. En estos momentos el paciente sigue presentando disnea pero han desaparecido los edemas en MMII. Se considera caso de interés tras su sospecha inicial desde atención primaria y posterior confirmación con pruebas complementarias en el ámbito hospitalario. La tuberculosis miliar o tuberculosis diseminada es una infección bacteriana contagiosa causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. Es "diseminada" si se ha extendido desde los pulmones a otros órganos del cuerpo por medio de la sangre o el sistema linfático. Los síntomas pueden ser: sudoración, fatiga, malestar general, pérdida de peso, tos, dificultad respiratoria o fiebre.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. 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. 2010;46:255-74.
2. Menzies D, Pai M, Comstock G. Meta-analysis: new tests for the diagnosis of latent tuberculosis infection: areas of uncertainty and recommendations for research. *Ann Intern Med.* 2007;146:340-54.