



## Medicina de Familia. SEMERGEN



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

### 242/4580 - TOS CRÓNICA EN MUJER JOVEN

B. Torrecilla Ramírez<sup>a</sup>, J. Martínez García<sup>b</sup> y M. Martí Montoya<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 33 años con tos de 3-4 meses y expectoración amarillo-verdosa, sin fiebre. AP: natural de Ucrania viviendo en España 5 años. Trabaja como peluquera y limpiadora. No HTA, no DM, no DLP. Fumadora de 1/2 paquete diario desde hace 15 años. No antecedentes quirúrgicos, no AMC, no enfermedades previas, no tratamiento crónico. AF: abuela con TBC hace 20 años. Impresiona de insuficiencia respiratoria aguda, pautamos amoxicilina/ácido clavulánico y carbocisteína sin mejoría de la sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** AC rítmica sin soplos. AP: ruidos transmitidos de vías gruesas. TA: 132/82, FC: 84, Sat: 96. BEG. Rx tórax: imagen redondeada en LSI, aumento de densidad. TAC torácico: masa de 4,4 cm en LSI con tractos fibrosos que se extienden a pleura y traccionan a la cisura mayor izquierda condicionando pérdida de volumen del LSI. La masa muestra comunicación con el bronquio posteroapical para el LSI. Dx radiológico: hallazgos compatibles con TBC previa y probable infección por Aspergillus, como primera posibilidad. Dentro del diagnóstico diferencial habría que incluir reactivación de una TBC (TBC posprimaria), otras micobacterias, y menos probable origen neoplásico. Cultivo de esputo: < 10 células > 25 leucocitos por campo. Flora habitual de orofaringe. Auramina: positivo. Se han observado 1-10 BAAR por cada campo microscópico.

**Juicio clínico:** Tuberculosis pulmonar bacilífera posprimaria.

**Diagnóstico diferencial:** Diagnóstico diferencial con neoplasia de pulmón. Broncoscopia: lesión blanquecina de aspecto necrótico que obstruye uno de los subsegmentos del bronquio apicoposterior del culmen. Citología del aspirado bronquial: negativa para células malignas. Biopsia transbronquial LSI: informe verbal: abundante necrosis y bacilos ácido-alcohol resistentes. No células neoplásicas. Causas más frecuentes de tos crónica (95%): bronquitis por tabaquismo, asma y rinitis. Causas menos frecuentes (5%): infecciosas, medicamentos, enfermedad pulmonar crónica, psicógenas, ECV, neoplasia.

**Comentario final:** En la infección tuberculosa el sujeto entra en contacto con Mycobacterium tuberculosis, desencadenándose una respuesta inmune. Estas personas no presentan síntomas ni hallazgos en la exploración física sugestivos de enfermedad, pero están infectadas. Este estado se diagnostica mediante la prueba de la tuberculina.

## **Bibliografía**

1. Caminero Luna JA. Guía de la tuberculosis para médicos especialistas. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, ed. París, Imprimerie Chirat, 2003.
2. Rieder HL. Epidemiologic basis of tuberculosis control. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. París, 1999.
3. Aguado JM, Ruffi G, García Rodríguez JF, Solera J, Moreno S. Protocolos Clínicos SEIMC. VII. Tuberculosis. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.
4. Guía clínica tuberculosis Fistera. 2016.
5. Boletín epidemiológico mensual. Consejería de Sanidad.

**Palabras clave:** Tos crónica. Mujer joven.