



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

421/14 - PLEURITIS TUBERCULOSA

X. Pujol Olivares

Metge de Família. Centro de Atención Primaria Ripollès. Girona.

Resumen

Descripció del cas/Descripción del caso: Pacient de 27 anys d'edat que consulta per clínica de malestar general, pèrdua de pes no quantificada, tos seca escassa, dolor toràcic i sensació distèrmica no termometrada des de fa 4-5 setmanes. Antecedents patològics: fumador de mig paquet al dia, no enolisme, no medicació habitual. Natural del Marroc, viu al poble des de fa un mes. Barrera idiomàtica important.

Exploració i proves complementàries/Exploración y pruebas complementarias: Exploració física: regular estat general, conscient i orientat, normohidratat i normocolorejat. Respiratori: hipofonesis dreta fins a 2/3 parts de l'hemitòrax dret, no broncospasme. CDV: normal. Polsos distals presents i simètrics, no signes de trombosis venosa profunda. No signes meningis ni focalitats neurològiques. Analítica: proteïna C reactiva 23,3 mg/dl, eritròcits 4,18 m/µl, hemoglobina 12,3 g/dl, hematòcrit 36%, VCM 86,4 fl, leucòcits 7,41 k/µl, neutròfils 63,2%, limfòcits 18,9%, monòcits 17,1%, taxa protrombina 56%, INR 1,53, GOT 56 u/l, GPT 45 u/l, sodi 134 mequ/l. Serologies virus hepatitis A, B i C negatives, HIV negatiu. Rx tòrax: embassament pleurat dret que ocupa 1/3 de l'hemitòrax, imatge densa retroclavicular dreta, no condensacions parenquimatoses, no signes de redistribució. PPD negatiu. TAC toràcic: embassament pleural dret en moderada quantitat. Canvis parenquimatosos d'aspecte fibròtic i calcificacions a àpex pulmonar dret que serien residuals de patologia inflamatòria prèvia, habitualment tuberculosi. Adenopatia patològica hiliar dreta d'aprox. 25 × 25 mm. Líquid pleural: pH 7,35, glucosa 75 mg/dl, proteïna 4,3 g/dl, LDH 894 u/l, hematies 3.100/µl, leucòcits 350/µl, neutròfils 6%, mononuclears 94%. Pendent cultiu bacteriològic + micobacteris. Es sol·liciten BK espus que finalment no es poden recollir per tos no productiva.

Judici clínic/Juicio clínico: Sota la sospita clínica de pleuritis tuberculosa es remet a urgències de l'hospital de referència per a completar estudi.

Diagnòstic diferencial/Diagnóstico diferencial: Pneumònia, neoplàsia, limfomes o malalties reumatològiques. La neoplàsia cal pensar-hi en cas de pacients fumadors majors de 50 anys i en el cas de la pneumònia sol cursar amb una clínica més florida i un curs clínic més recent. La tuberculosi cal que estigui present en el diagnòstic diferencial d'una tos de més de 2 setmanes d'evolució.

Comentari final/Comentario final: La tuberculosi és una malaltia endèmica que pot afectar a qualsevol individu, però de forma especial als col·lectius socialment més vulnerables, com és el

nostre cas al tractar-se d'un immigrant. Davant la sospita clínica és indispensable realitzar una Rx tòrax el més aviat possible per tal d'evitar el retard diagnòstic i iniciar el tractament i les mesures d'aïllament el més aviat possible. El metge de família té un paper clau en la lluita antituberculosa pel que fa a 3 elements claus: assegurar el tractament complet del malalt, diagnosticar precoçment la malaltia i tractar la infecció latent en els individus amb major risc d'emmalaltir.

Bibliografia/Bibliografía

Grupo Mundial de trabajo de la OMS sobre TB-XDR 2006. Disponible en:
<http://www.who.int/tb/challenges/xdr/faqs/es/index.html>

Caminero Luna JA. Guía de la Tuberculosis para médicos especialistas. Unión Internacional contra la Tuberculosis y las enfermedades respiratorias. 2003.

González-Martín J, García-García JM, Anibarro L, Vidal R, Esteban J, Blanquer R, et al. Documento de consenso sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. Arch Bronconeumol. 2010;46:255-74.