



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/3012 - ABORDAJE DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA EN ATENCIÓN PRIMARIA

L. Espejo Montoya¹, M. Navarro Torres¹, M. López García² y A. Rodríguez Montes³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Mojonera. Almería. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vícar. Almería. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Roquetas Sur. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 30 años, natural de Senegal, reside en España desde hace 2 meses. Acude por primera vez a consulta por dolor localizado a nivel costal izquierdo de varios días de evolución, no recuerda contusión previa. Refiere febrícula en días previos. Niega disnea ni otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial 130/85. Frecuencia cardiaca 85 latidos por minuto. Temperatura 37,8 °C. Buen estado general, consciente y orientado, normohidratado y perfundido. Eupneico al hablar y en reposo. Auscultación cardiaca: tonos puros rítmicos sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Abdomen: anodino. No adenopatías. Se aprecia escara en deltoides izquierdo por vacunación previa frente al BCG. Se solicita analítica con hemograma, bioquímica y serologías para VHB, VHC, VIH, Mantoux, radiografía de tórax y baciloscopia. Analítica sin alteraciones con serologías negativas, radiografía de tórax sin lesiones significativas, Mantoux 15 mm y baciloscopia negativa. Una vez descartada enfermedad activa (radiografía de tórax sin alteraciones y baciloscopia negativa), para confirmar el diagnóstico de infección tuberculosa latente y evitar así los falsos positivos del Mantoux debido a la vacunación previa del paciente, se pidió el IGRA cuyo resultado fue positivo.

Orientación diagnóstica: Infección tuberculosa latente.

Diagnóstico diferencial: Pleuritis, costocondritis.

Comentario final: Es importante realizar en la consulta de atención primaria el despistaje tanto de infección activa tuberculosa como de infección latente tuberculosa en todo paciente recién llegado a España procedente de países con alta tasa de prevalencia de esta enfermedad. El diagnóstico de infección tuberculosa latente se establece en este grupo de pacientes, ante un Mantoux de más de 10 mm con baciloscopia y radiografía de tórax normal y posteriormente confirmación con el IGRA. Es importante realizar este screening en la consulta de atención primaria, para que puedan recibir un tratamiento quimioproláctico adecuado si fuera preciso.

Bibliografía

1. Salas-Coronas J, Rogado-González MC, Lozano-Serrano AB, et al. Tuberculosis e inmigración.

Hospital de Poniente. El Ejido, Almería. 2019.

2. Mandell, Douglas y Bennett. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica, 8ª ed, Elsevier, 2015.

Palabras clave: Inmigrante. Mantoux. Radiografía de tórax.