



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 283/13 - CUANDO LA GLOBALIZACIÓN LLAMA A LA PUERTA DE NUESTRA CONSULTA

M. Caballero Sánchez<sup>a</sup>, P. Meseguer García<sup>b</sup>, R. de Mena Poveda<sup>c</sup> y A. Cayuela López<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Ñora. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Ñora. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente estudiante de 20 años que acude a nuestra consulta por cuadro de dolor abdominal, deposiciones líquidas, sensación distérmica y pérdida de peso, desde su traslado a España desde Bolivia, hace 6 meses. Refiere, además, tos con expectoración blanquecina de predominio vespertino, que se ha incrementado en intensidad y frecuencia desde entonces. Como antecedentes de interés refiere padre diagnosticado de enfermedad de Chagas y compañero de piso en Bolivia en tratamiento para TBC.

**Exploración y pruebas complementarias:** Auscultación cardíaca: ritmo sinusal sin soplos. Auscultación pulmonar: crepitantes en ambos campos pulmonares de predominio en campo superior izquierdo. Abdomen: dolor a la palpación en epigastrio y flanco derecho. Serología VIH, VHC y VHB, Chagas, coprocultivo y estudio de parásitos negativo. En la analítica destaca anemia microcítica, hipocrómica, PCR: 13 y calprotectina: 473. Radiografía de abdomen anodina. Radiografía de tórax donde se aprecian condensaciones múltiples bilaterales de predominio en ambos lóbulos superiores. Resultados de esputo pendientes.

**Juicio clínico:** Tuberculosis pulmonar con diseminación broncogena. Sospecha de afectación intestinal.

**Diagnóstico diferencial:** Asma, Chagas, VIH y enfermedad inflamatoria intestinal.

**Comentario final:** Ante los antecedentes epidemiológicos, hallazgos analíticos y la placa de tórax se decide derivar al paciente a urgencias hospitalarias con sospecha alta de TBC. El paciente es ingresado en la planta de Medicina Interna, donde se le realiza esputo y PCR de Mycobacterium tuberculosis, siendo estas positivas, sin detectar cepa resistente a rifampicina. TC de tórax con hallazgos de tuberculosis post-primaria y TC abdomen donde se aprecia inflamación ileocecal que se interpreta como tuberculosis ileocecal. Durante su estancia en planta recibe tratamiento tetraconjugado con importante mejoría clínica. Conclusión: actualmente vivimos en la era de la globalización, siendo el paciente inmigrante una realidad en nuestra consulta de AP, a la que debemos saber enfrentarnos desde un enfoque intercultural. Debemos realizar una completa entrevista clínica inicial, teniendo en cuenta los antecedentes epidemiológicos. Aunque nuestro paciente nos consultó por pérdida de peso y diarrea, al preguntar por sus antecedentes advertimos

alto riesgo de contagio de TBC, realizándole una exploración física y solicitud de pruebas complementarias orientadas.

### **Bibliografía**

1. El-Kersh K, Faraz W. Late sequelae of pulmonary tuberculosis. *BMJ Case Reports*. 2013;009294.
2. Caminero JA, Matteelli A, Lange C. Treatment of TB. *Eur Respir Mon*. 2012;58:154-66.