

TUBERCULOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO.



*M^a Nieves Bautista Martín (UGC San Roque). Beatriz Pérez Galán (UGC Tarifa).
José Antonio Rosano Macías (UGC La Línea-Levante). M^a del Rosario Calvillo Arriaza (UGC Tarifa).*

Introducción.

La tuberculosis es la infección de mayor prevalencia mundial. España entre 10 y 15 millones de personas están infectadas. Hay que distinguir infección (se produce cuando el sujeto entra en contacto con *Mycobacterium tuberculosis*) y enfermedad (síntomas y/o hallazgos sugestivos de patología activa).

Estrategia práctica de actuación.

El 82% de los casos son formas pulmonares. Se indica aislamiento respiratorio hospitalario (mascarilla para uso domiciliario) e inhibición de lactancia. Tratamiento: isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol durante 2 meses, seguido de isoniacida y rifampicina 4 meses. Los efectos adversos pueden ser dispares, prestando especial atención al control de enzimas hepáticas para vigilar una posible hepatotoxicidad. Se recomienda realizar estudio de contactos: íntimo (diario > 6 horas), frecuente diario (diario < 6 horas) y esporádico (no diario), valorando si son sintomáticos o no para inicio de quimioprofilaxis. Uno de los factores de riesgo: VIH, inmigración.

Descripción del caso.

Mujer de 35 años de origen rumano que vive en España, no alergia medicamentosa, convive con su hija de 14 meses y pareja. Refiere astenia, tos a diario desde hace tres meses, pérdida de 12 kilos, en algún momento febrícula, no hemoptisis, discreta palidez, delgadez importante. Auscultación respiratoria: ventilan ambos campos, ronus y sibilancias aislados. Analítica: anemia microcítica, leucocitosis, fibrinógeno 789mg/dl, proteína C reactiva 83,2mg/dl, glucemia, función renal, hepática, iones normales. Inmune VHA, no inmune VHB, VHC y VIH negativos. En esputo se aíslan abundantes BAAR (bacilos ácido alcohol resistentes), pendiente de Lowenstein y estudio de resistencias. Radiografía de tórax: infiltrado intersticio-alveolar bilateral, más evidente en hemitórax derecho, con pequeña caverna en lóbulo inferior izquierdo compatible con tuberculosis pulmonar con diseminación broncogena.

Bibliografía.

Aguado JM, Ruffí G, García Rodríguez JF, Solera J, Moreno S. Protocolos Clínicos SEIMC. VII. Tuberculosis. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Caminero Luna JA. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Rev Clin Esp. 2016;216(2):76-84.
García Rodríguez JF. Manejo de los efectos adversos del tratamiento antituberculoso. Sociedad Gallega de Medicina Interna.