

Un caso de tuberculosis en una chica joven

Benedito Pérez de Inestrosa T, Soto Soler S, Vallecillos Pérez MM

El Ejido. Almería

Mujer de 33 años de edad sin antecedentes médicos de interés, no fumadora y que trabaja como administrativa en un consultorio médico de la zona de Poniente de Almería.

Presenta tos matutina, decaimiento físico y esputo hemoptoico tras un catarro de las vías altas en días previos.

Ante la clínica y el factor predisponente por su sitio de trabajo, solicitamos estudio con analítica, radiografía de tórax y mantoux.

En la exploración física presentaba un buen estado general, estaba eupneica, buena coloración de piel y mucosas, sat O2 de 97-98% y FC de 84 lpm. La auscultación respiratoria mostró un buen murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos.

Se realizó una analítica con hemograma y bioquímica, incluyendo PCR, que fueron normales

La lectura del Mantoux fue de 18mm a las 72 horas.

La radiografía de tórax mostró un nódulo en el LSD (figuras 1 y 2) y un agrupamiento broncovascular paracardiaco derecho. Se completó estudio con un TAC torácico que mostró múltiples opacidades nodulares centrolobulillar en el LSD, además de un engrosamiento intersticial intralobulillar e imágenes de "árbol en brote" (bronquiolos terminales ocupados por moco, pus o sangre). Por último, reveló una pequeña área atelectásica de morfología triangular en el segmento medial del lóbulo medio, sin evidenciarse ninguna causa obstructiva.

La broncoscopia fue normal y la citología fue negativa para células malignas.

Ante los resultados del mantoux y la radiografía, se solicitó una baciloscopia donde se observaron BAAR: 1-9 baar/10 campos.

Con los resultados se diagnosticó de tuberculosis pulmonar y se inicia tratamiento médico con cuatro fármacos (isoniazida, rifampizina, pirazinamida y etambutol) durante cuatro meses y después,

durante dos meses, isoniazida y pirazinamida.

COMENTARIO

Los movimientos migratorios masivos de países con alta endemia de tuberculosis (TBC) y las condiciones de vida a la que se ven sometidos estos inmigrantes han condicionado un aumento de la TBC en muchos los países de la Unión Europea en los últimos años. Este aumento se ha producido a expensas de este grupo poblacional, sin que haya prueba alguna de que este hecho pueda estar afectando a la epidemiología de la TBC en la población autóctona. Esta nueva circunstancia requiere incrementar los esfuerzos con programas de control y actividades que aseguren un diagnóstico temprano, disponibilidad de la terapia adecuada, el seguimiento y finalización del tratamiento hasta asegurar la curación; además de acciones dirigidas a poblaciones vulnerables con un alto riesgo de infección o que viven en situaciones desfavorables.

- La tuberculosis (TBC) es un problema importante de Salud Pública.
- La tuberculosis (TBC) es una infección bacteriana crónica de distribución mundial que es producida por cuatro microorganismos de la familia de

Figura 1

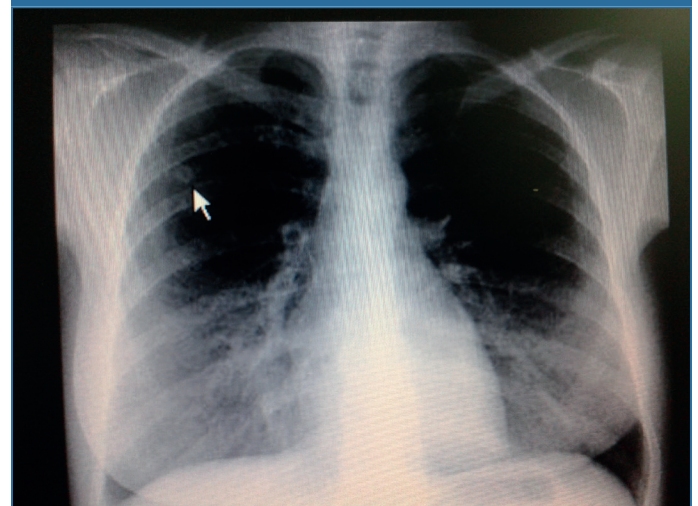
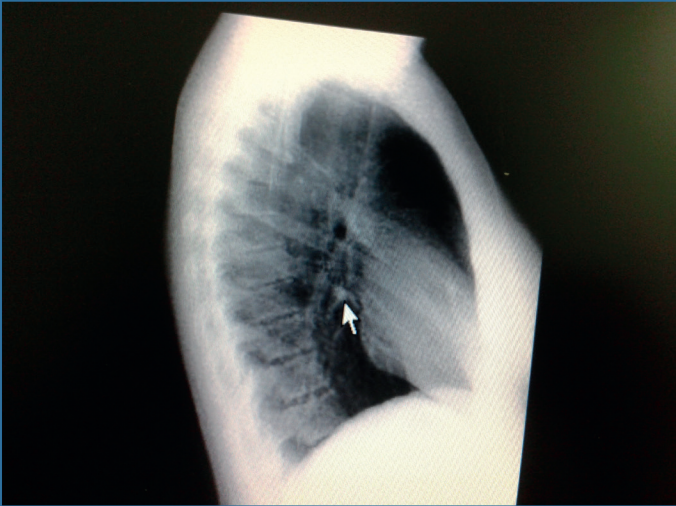


Figura 2



las micobacterias, *Mycobacterium tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum* y *M. microti*. Fenotípica y genéticamente son similares, aunque solo *M. tuberculosis* tiene importancia epidemiológica, ya que los otros raramente producen enfermedad en el humano.

La TBC es una enfermedad altamente infecciosa. Su ruta de entrada dentro del organismo es a través del tracto respiratorio, por vía inhalatoria.

Las partículas infecciosas de los enfermos con TBC pulmonar son liberadas al toser, hablar, cantar, reír y estornudar. La transmisión de la infección tuberculosa requiere de una combinación de factores entre los que se encuentran: bacilos viables en el esputo del enfermo, aerosolización del esputo cuando el paciente tose, concentración suficiente de bacilos suspendidos en el aire, huésped susceptible y tiempo suficiente en el que el huésped respira aire contaminado.

DIAGNÓSTICO

El estudio bacteriológico es el pilar fundamental del diagnóstico de la enfermedad, mientras que el cultivo es el patrón de oro o gold standard.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la TBC en los casos nuevos debe consistir en la utilización de una combinación de fármacos antituberculosos de primera línea durante un tiempo suficiente, administrados simultáneamente y en dosis única. La pauta estándar que se debe utilizar en todos los casos en los que no exista contraindicación para alguno de los fármacos que la componen es de 6 meses.

BIBLIOGRAFIA

1. English R, Bachmann MO, Bateman ED et al. Diagnostic accuracy of an integrated respiratory guidelines in identifying patients with respiratory symptoms requiring screening for pulmonary tuberculosis: a cross-sectional study. *BMC Pulmonary Medicine* 2006;6:22.
2. Raviglione M, Snider DE, Kochi A. Global epidemiology of Tuberculosis. Morbidity and Mortality of a worldwide epidemic. *JAMA* 1995;273: 220-6.
3. Koch R. Die actiologie der Tuberculose. Traducción. *Bol Union Int Tuberc.* 1981;56-95.