



Clínica cotidiana

Diagnóstico y manejo de la tuberculosis diseminada en un paciente inmunocompetente

Carolina Ferre Sánchez*, Paula de Bautista López, Pablo Boullon Cano, Marina González Álvarez

Centro de Salud de Panaderas. Fuenlabrada, Madrid.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 27 de octubre de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Tuberculosis

Fiebre

Tos

R E S U M E N

La tos constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta en atención primaria. Aunque habitualmente se relaciona con patología respiratoria banal, su persistencia o la presencia de síntomas acompañantes debe alertar sobre posibles enfermedades sistémicas. La tuberculosis continúa siendo una causa relevante de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, y su diagnóstico precoz sigue representando un reto incluso en países de baja incidencia.

Se presenta el caso de una mujer de 20 años, inmunocompetente, procedente de Perú, sin antecedentes médicos de interés, que consulta inicialmente por fiebre, tos seca y mialgias, interpretándose como un cuadro pseudogripal. Una semana después acude de nuevo por expectoración hemoptoica. En la exploración destaca hipoventilación y crepitantes en base pulmonar derecha. La prueba de la tuberculina (Mantoux) resulta positiva y la radiografía de tórax muestra un nódulo en el lóbulo superior derecho, lo que orienta hacia una tuberculosis pulmonar.

Durante el ingreso hospitalario, la tomografía torácica identifica múltiples opacidades nodulares centrolobulillares con baciloscopia positiva, y la tomografía axial computarizada (TAC) abdominopélvica confirma afectación peritoneal y apendicular, configurando el diagnóstico de tuberculosis diseminada.

Este caso subraya la importancia de una anamnesis exhaustiva, una exploración física minuciosa y la consideración de antecedentes epidemiológicos en el abordaje de la tos persistente, incluso en pacientes inmunocompetentes. El diagnóstico precoz en atención primaria y la derivación oportuna permiten iniciar tratamiento de forma temprana y mejorar el pronóstico.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carolina.ferre24@gmail.com (C. Ferre Sánchez).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.050>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Diagnosis and management of disseminated tuberculosis in an immunocompetent patient

A B S T R A C T

Keywords:
Tuberculosis
Fever
Cough

Cough is one of the most common reasons for consultation in Primary Care. Although it is usually associated with benign respiratory conditions, persistent cough or accompanying systemic symptoms should alert clinicians to possible systemic diseases. Tuberculosis remains a significant cause of morbidity and mortality worldwide, and early diagnosis continues to be challenging even in low-incidence countries.

We report the case of a 20-year-old immunocompetent woman from Peru, with no relevant medical history, who initially presented with fever, dry cough, and myalgia, interpreted as a viral illness. One week later, she returned with hemoptysis. Physical examination revealed hypoventilation and fine crackles at the right lung base. Mantoux test was positive, and chest X-ray showed a nodule in the right upper lobe, suggesting pulmonary tuberculosis.

During hospitalization, chest CT revealed multiple centrilobular nodules with positive sputum smear, and abdominal CT confirmed peritoneal and appendiceal involvement, establishing the diagnosis of disseminated tuberculosis.

This case highlights the importance of detailed history-taking, thorough physical examination, and consideration of epidemiological background in the evaluation of persistent cough, even in immunocompetent patients. Early recognition in Primary Care and timely referral are key to effective treatment and improved outcomes.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by E-Medfarma 2020, S.L.

Descripción del caso clínico

Mujer de 20 años, procedente de Perú, sin antecedentes médicos de interés, no fumadora y sin factores de inmunosupresión conocidos. Consulta por fiebre, tos seca y mialgias de una semana de evolución. Se interpreta como cuadro pseudogripal y se pauta tratamiento sintomático.

Una semana después acude nuevamente por persistencia de la tos y aparición de esputo hemoptoico. En la exploración destaca hipoventilación en base pulmonar derecha y crepitantes finos, sin signos de dificultad respiratoria. El resto de la exploración es normal.

Se realiza analítica básica, prueba de la tuberculina (Mantoux) y radiografía de tórax, que muestra un nódulo en el lóbulo superior derecho y un agrupamiento broncovascular paracardíaco. El Mantoux es positivo (induración de 17 mm). Ante la sospecha de tuberculosis pulmonar, se deriva al hospital para completar estudio.

Durante el ingreso, la TAC torácica muestra múltiples opacidades nodulares centrolobulillares en el lóbulo superior derecho (figura 1). La baciloscopia de esputo resulta positiva. La TAC abdominopélvica revela afectación peritoneal y apendicular, confirmada por anatomía patológica, estableciéndose el diagnóstico de tuberculosis diseminada.

Se inicia tratamiento antituberculoso con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol durante dos meses, seguido de isoniazida y rifampicina durante cuatro meses más. La evolución clínica fue favorable, con desaparición de la tos y normalización radiológica progresiva.

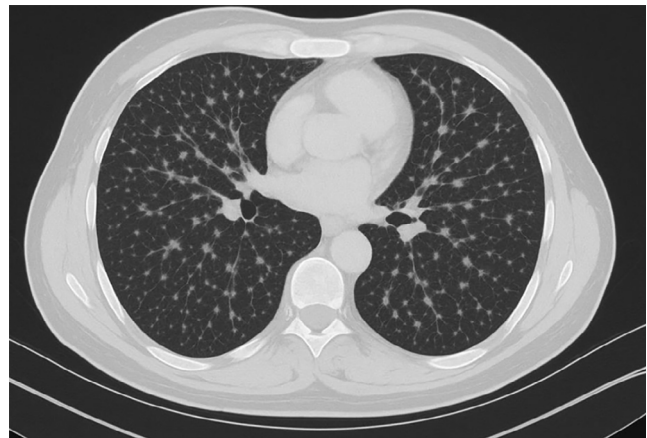


Figura 1 – Tomografía axial computarizada (TAC) torácica con hallazgos compatibles con tuberculosis pulmonar diseminada.

Comentario

La tos es uno de los motivos más frecuentes de consulta en atención primaria. Aunque suele asociarse a infecciones respiratorias autolimitadas, su persistencia o la aparición de síntomas acompañantes como fiebre, pérdida de peso o hemoptisis deben motivar un estudio más detallado^{1,2}.

La tuberculosis (TB), causada por *Mycobacterium tuberculosis*, sigue siendo una de las enfermedades infecciosas más rele-

vantes a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó en 2024 más de 10 millones de nuevos casos y 1,3 millones de muertes³. Pese a los avances diagnósticos y terapéuticos, la TB sigue siendo un reto en países de baja incidencia, donde su detección puede retrasarse por la baja sospecha clínica⁴.

El médico de familia desempeña un papel clave en la identificación de síntomas de alarma, la solicitud inicial de pruebas y la coordinación con los servicios hospitalarios para confirmar el diagnóstico y garantizar la adherencia al tratamiento⁵.

La tuberculosis diseminada se define como la afectación de dos o más órganos o sistemas por *M. tuberculosis*, resultado de una diseminación hematógena desde un foco pulmonar inicial⁶. Aunque es más frecuente en pacientes inmunodeprimidos, también puede presentarse en individuos inmunocompetentes, especialmente en contextos de alta carga epidemiológica o procedencia de áreas endémicas⁷.

Los síntomas son inespecíficos: fiebre prolongada, tos persistente, pérdida de peso y astenia. La presencia de hemoptisis o hallazgos radiológicos atípicos debe motivar una evaluación más profunda. El diagnóstico se apoya en la combinación de pruebas microbiológicas (baciloscopia, cultivo, PCR) y de imagen (radiografía, TAC)^{8,9}.

En el caso presentado, la derivación oportuna desde atención primaria permitió un diagnóstico temprano. La radiografía de tórax orientó la sospecha inicial y la confirmación se obtuvo mediante baciloscopia positiva y hallazgos radiológicos compatibles con afectación diseminada.

El tratamiento de la TB diseminada no difiere del de la pulmonar: una fase intensiva de dos meses con cuatro fármacos (isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol), seguida de una fase de continuación de cuatro meses con isoniazida y rifampicina^{10,11}. La adherencia terapéutica es esencial para evitar resistencias.

Desde atención primaria, es fundamental:

- Mantener la sospecha clínica ante tos persistente, fiebre prolongada o hemoptisis.
- Preguntar siempre por origen geográfico y antecedentes epidemiológicos.
- Solicitar radiografía de tórax y prueba de Mantoux o IGRA ante sospecha.
- Coordinar con salud pública para el estudio de contactos.
- Supervisar la adherencia al tratamiento y detectar efectos adversos.

El trabajo conjunto entre atención primaria y especializada mejora la detección precoz, reduce la transmisión y optimiza los resultados clínicos¹²⁻¹⁴.

En conclusión, la tuberculosis diseminada puede presentarse incluso en pacientes jóvenes e inmunocompetentes, por lo que no debe excluirse ante síntomas respiratorios persistentes. La combinación de una anamnesis detallada, exploración minuciosa y adecuada interpretación de pruebas básicas permite sospechar el diagnóstico y derivar de forma oportuna.

El papel del médico de familia resulta crucial para la detección temprana, la coordinación asistencial y el control del tratamiento. Una atención vigilante y una comunicación fluida entre niveles son la base para reducir el impacto de una enfermedad aún vigente en nuestro entorno.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pratter MR. Overview of common causes of chronic cough. *Chest*. 2006;129(1 Suppl):59S-62S.
2. Morice AH, Millqvist E, Belvisi MG, et al. Cough hypersensitivity syndrome: diagnosis and management. *Lancet Respir Med*. 2021;9(6):597-606.
3. World Health Organization. Global tuberculosis report 2024. Geneva: WHO; 2024.
4. Caylà JA, Rodrigo T, Ruiz-Manzano J. Tuberculosis en España: situación actual. *Med Clin (Barc)*. 2022;158(3):113-9.
5. Ministerio de Sanidad. Informe de vigilancia de la tuberculosis en España 2023. Madrid: ISCIII; 2024.
6. Sharma SK, Mohan A. Extrapulmonary tuberculosis. *Indian J Med Res*. 2004;120(4):316-53.
7. Jeon CY, Murray MB. Diabetes mellitus increases the risk of active tuberculosis. *PLoS Med*. 2008;5(7):e152.
8. Ryu YJ. Diagnosis of pulmonary tuberculosis: recent advances. *Tuberc Respir Dis (Seoul)*. 2015;78(2):64-71.
9. Sánchez C, et al. PCR en el diagnóstico rápido de tuberculosis pulmonar. *Semerger*. 2023;49(4):245-52.
10. Nahid P, Dorman SE, et al. ATS/CDC/IDSA guidelines for tuberculosis treatment. *Clin Infect Dis*. 2016;63(7):e147-e195.
11. Organización Mundial de la Salud. Guía de tratamiento de la tuberculosis, 2023. Ginebra: OMS; 2023.
12. Pina JM, et al. Estrategias de control de la tuberculosis desde Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2024;56(5):365-371.
13. García-Basteiro AL, Caminero JA. La tuberculosis como reto persistente. *Med Clin (Barc)*. 2023;161(6):253-259.
14. Laniado-Laborín R. Tuberculosis diseminada: diagnóstico y abordaje actual. *Rev Clin Esp*. 2022;222(9):506-514.