



Clínica cotidiana

Desafío diagnóstico: tuberculosis

Yaneisy Pérez Gómez^{a,*}, Amanda Robles Sánchez^a, Marouane Menchi Elanzi^b,
Laura Sánchez González^c, Yoandy Suárez Nevárez^d

^aMIR 3^{er} año. Hospital Universitario del Vinalopó. Elche, Alicante. ^bMédico Internista. Hospital Universitario del Vinalopó. Elche, Alicante.
^cEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario del Vinalopó. Elche, Alicante. ^dMIR 3^{er} año. Hospital Ernest Lluch
Martín. Calatayud, Zaragoza.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de diciembre de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Infección tuberculosa
Agentes antituberculosos
Multirresistencia

Keywords:

Tuberculosis infection
Antituberculosis agents
Multidrug resistance

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 45 años que acude a consulta por tos seca persistente de más de tres semanas de evolución, asociada a febrícula, disnea progresiva y diarrea. Ante la persistencia de la clínica respiratoria, se realiza radiografía de tórax que muestra infiltrados alveolares bilaterales, sugestivos de neumonía, y la tomografía computarizada torácica confirma la sospecha de tuberculosis pulmonar activa.

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

Diagnostic challenge: tuberculosis

ABSTRACT

We present the case of a 45-year-old woman who presented with a persistent dry cough of more than three weeks' duration, associated with low-grade fever, progressive dyspnea, and diarrhea. Due to the persistence of respiratory symptoms, a chest X-ray was performed, revealing bilateral cotton-wool spots suggestive of pneumonia, and a chest CT scan confirmed the suspicion of active pulmonary tuberculosis.

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

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: yane.perezgomez@gmail.com (Y. Pérez Gómez).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.060>

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

Descripción del caso clínico

Mujer de 45 años que acude a consulta por tos seca persistente de más de tres semanas de evolución, acompañada de febrícula, disnea progresiva y diarrea. Como antecedentes personales destacan etilismo crónico, hepatitis B crónica y tuberculosis pulmonar previa, con abandono del tratamiento en dos ocasiones anteriores.

En la exploración física presenta temperatura de 38 °C, saturación de oxígeno basal del 94 %, roncus bilaterales en la auscultación pulmonar y edemas con fovea en ambos miembros inferiores. Ante la persistencia de la clínica respiratoria y los antecedentes, se solicita estudio complementario.

La radiografía de tórax muestra infiltrados alveolares bilaterales, sugestivos de neumonía, lo que motiva la realización de una tomografía computarizada torácica, que confirma la sospecha de tuberculosis pulmonar activa. En el análisis de laboratorio se objetiva anemia macrocítica (Hb 9,8 g/dl; VCM 115), elevación de reactantes de fase aguda (PCR 78,2 mg/L, fibrinógeno 434 mg/dl), alteraciones electrolíticas (Na 130 mmol/L, K 2,5 mmol/L) y ferritina elevada (412 ng/ml). La carga viral del virus de la hepatitis B es inferior a 10 UI/ml. Las serologías, antigenurias y coprocultivos resultan negativos. El lavado broncoalveolar es positivo para bacilos ácido-alcohol resistentes mediante PCR.

Se inicia tratamiento antituberculoso con levofloxacino, rifampicina/isoniazida y etambutol. Durante la evolución se evidencia hepatotoxicidad, probablemente relacionada con la hepatitis B crónica, por lo que es necesario ajustar el tratamiento a moxifloxacino y etambutol. La paciente presenta una evolución clínica favorable, con mejoría progresiva de la sintomatología y de las pruebas de imagen (figura 1) y se mantiene estable hasta la última revisión realizada en agosto de 2022.

Comentario

La tuberculosis continúa siendo un importante problema de salud pública a nivel mundial y en España, a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos disponibles¹. La aparición de cepas multirresistentes se asocia, en gran medida, a la falta de adherencia al tratamiento, lo que supone un desafío añadido para el clínico y un mayor riesgo de transmisión comunitaria². En atención primaria, la presentación inespecífica de la enfermedad puede retrasar el diagnóstico, por lo que resulta esencial mantener un alto índice de sospecha clínica.

La reactivación de la tuberculosis tras el abandono terapéutico sigue siendo una situación frecuente y de especial relevancia clínica.

La presentación clínica inespecífica, como en este caso, puede retrasar el diagnóstico si no se consideran los antecedentes del paciente^{3,4}. La aparición de cepas multirresistentes complica el tratamiento y obliga al uso de esquemas alternativos, con mayor riesgo de efectos adversos.

Desde atención primaria, el seguimiento estrecho y la educación sanitaria resultan fundamentales para garantizar la adherencia al tratamiento y evitar recaídas. Este caso pone de manifiesto la necesidad de una coordinación multidisciplinar y de una vigilancia prolongada, especialmente en pacientes con comorbilidades y factores de riesgo asociados.

En conclusión, la tuberculosis debe considerarse en pacientes con síntomas respiratorios persistentes y antecedentes sugestivos. El abandono del tratamiento favorece la aparición de resistencias y dificulta el manejo clínico. La detección precoz, el seguimiento riguroso y la coordinación entre niveles asistenciales son claves para mejorar el pronóstico y reducir la transmisión de la enfermedad.

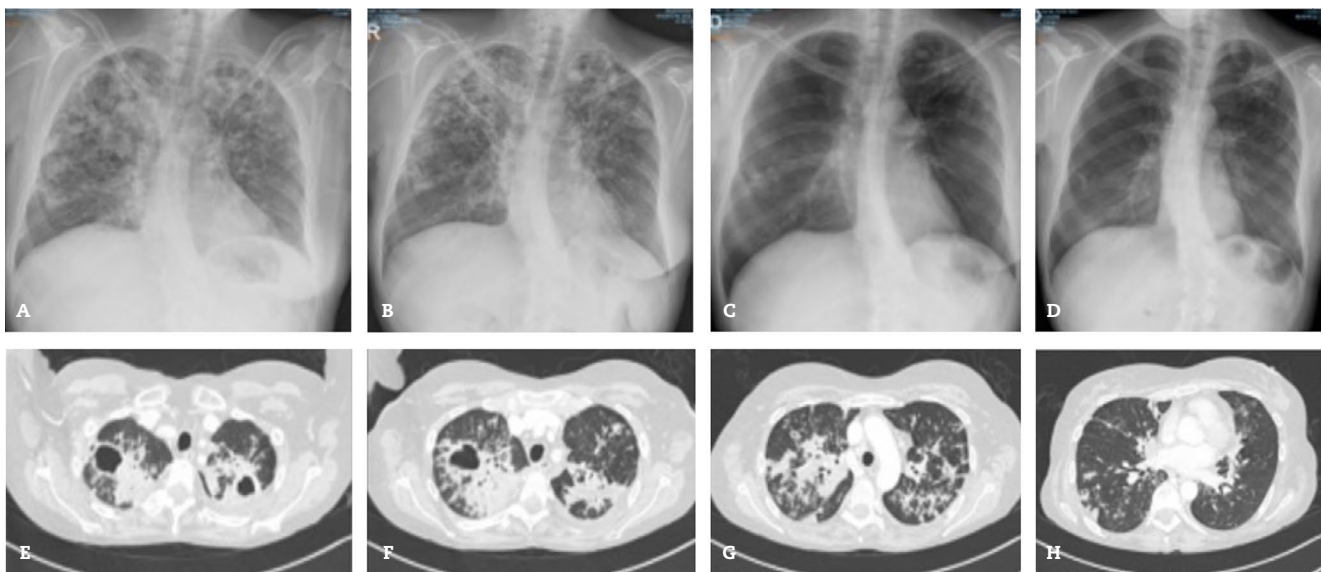


Figura 1 – Evolución radiológica de la paciente. Radiografías de tórax seriadas (A-D) mostrando infiltrados bilaterales de predominio alveolo-intersticial con progresiva resolución. Cortes de tomografía computarizada torácica (E-H) evidenciando afectación pulmonar bilateral compatible con tuberculosis activa y mejoría tras el tratamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Global tuberculosis report 2025. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2025>
2. Farooqi S, Horvath L, Miljkovic E, Mohamed A, Williams SP. Evaluation of a pharmacist-led multidisciplinary approach to the treatment of latent tuberculosis in refugee patients in the primary care setting. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2024;64(6):102246.
3. Tadolini M, García-García JM, Blanc FX, Borisov S, Goletti D, Motta I, et al; GTN TB/COVID group. On tuberculosis and COVID-19 co-infection. *Eur Respir J*. 2020;56(2):2002328.
4. Vanino E, Granozzi B, Akkerman OW, Munoz-Torrico M, Palmieri F, Seaworth B, et al. Update of drug-resistant tuberculosis treatment guidelines: A turning point. *Int J Infect Dis*. 2023;130 Suppl 1:S12-S15.