

Lesión pulmonar cavitada con prueba de tuberculina positiva: no siempre es tuberculosis

Sandra de la Rosa-Riestra 

Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Recibido: 28/11/2025

Aceptado: 17/12/2025

En línea: 30/04/2026

Citar como: de la Rosa-Riestra S. Lesión pulmonar cavitada con prueba de tuberculina positiva: no siempre es tuberculosis. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2026 (abril); 11(1): 16-18. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a11n1a6>.

Cite this as: de la Rosa-Riestra S. *Cavitated lung lesion with a positive tuberculin test: it is not always tuberculosis.* Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2026 (April); 11(1): 16-18. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a11n1a6>.

Autora para correspondencia: Sandra de la Rosa-Riestra. sandrarosariestra@gmail.com

Palabras clave

- ▷ absceso pulmonar
- ▷ bacteria
- ▷ tuberculosis latente

Keywords

- ▷ lung abscess
- ▷ bacteria
- ▷ latent tuberculosis

Resumen

Presentamos el caso de un varón joven, sin antecedentes médicos, natural de Mali, que consultó por astenia, tos y fiebre y presenta una lesión pulmonar compatible con una tuberculosis. No obstante, algunos datos fueron en contra de este diagnóstico y el estudio tuvo que completarse para llegar al diagnóstico. La buena evolución con el tratamiento apropiado, contribuyó a la hora de confirmar el diagnóstico de sospecha.

Abstract

We present the case of a young man with no medical history, originally from Mali, who consulted for asthenia, cough and fever and presented a pulmonary lesion consistent with tuberculosis. However, some data contradicted this diagnosis, and further tests were required to reach a definitive diagnosis. The favourable response to appropriate treatment contributed to confirming the suspected diagnosis.

Puntos destacados

- ▷ El cuadro de tos productiva y fiebre, unido a un síndrome constitucional, estudio radiológico y test microbiológicos compatibles, pueden hacer sospechar una tuberculosis.
- ▷ No obstante, debemos ser precisos con dicho diagnóstico, pues existen otras causas que podrían simular este cuadro.

Introducción

La tuberculosis es la enfermedad que mayor mortalidad causa a nivel mundial como agente único infeccioso. El cuadro clínico de síndrome constitucional y fiebre unida a tos productiva hacen sospechar el diagnóstico. No obstante, debemos ser minuciosos en la precisión de dicho diagnóstico, no confundiendo la infección tuberculosa latente (ITBL) con la enfermedad tuberculosa. Tampoco debemos olvidar que pueden presentarse cuadros donde, en realidad, se trate de una ITBL unida a otra complicación como: una sobreinfección por otra bacteria o una micobacteria atípica, una lesión pulmonar neoplásica infectada u otros.

Caso clínico

Antecedentes y enfermedad actual

Varón de 19 años, natural de Mali. Sin antecedentes médicos, ni tratamiento habitual. No conocía antecedentes de enfermedad entre sus familiares. Tam-

poco relataba algún antecedente epidemiológico conocido de enfermedad tuberculosa a lo largo de su vida. No disponíamos de su historia de vacunación y tampoco presentaba cicatriz de vacunación por Bacilo de Calmette-Guérin.

Consultó en urgencias por astenia, tos y fiebre. No sabía precisar el tiempo de evolución. La fiebre era diaria, sin predominio horario, sin tiritona y que cedía con antitérmicos. Negaba anorexia o adelgazamiento. El cuadro no se acompañaba de otros síntomas en interrogatorio dirigido por aparatos y sistemas. No tenía convivientes con un cuadro parecido.

Exploración física

A su llegada a urgencias el paciente estaba estable y presentaba aceptable estado general. Sin signos meníngeos, la orofaringe era normal y no tenía adenopatías palpables. Tampoco tenía lesiones cutáneas, ni artritis. La auscultación cardiaca y pulmonar eran normales. La exploración abdominal fue anodina y no presentaba edemas ni signos de trombosis venosa profunda en extremidades inferiores.

Se revisó la historia clínica de atención primaria. Había llegado a España hacía 15 meses. En el Programa de Acogida de Inmigrantes, había sido valorado en su centro de salud donde se había realizado serología de VIH y hepatitis, resultando negativas, pero la prueba de tuberculina había sido positiva. Se realizó radiografía de tórax que resultó normal, como se muestra en la **figura 1**. Ante

la ausencia de datos clínicos o radiológicos, se consideró que presentaba una infección tuberculosa latente (ITBL). Debido a que el paciente iba a entrar en un centro de acogida, se indicó tratamiento que realizó correctamente con dos fármacos durante 3 meses (rifampicina e isoniazida) y piridoxina. Se comprobó la adherencia porque en el centro de acogida se administraba la medicación de manera directamente observada por los responsables del centro.

Pruebas complementarias y evolución

En el servicio de Urgencias se realizaron las siguientes pruebas complementarias: una analítica con una bioquímica con función renal normal y proteína C reactiva, un hemograma y una coagulación siendo todo normal. Se realizó también antígeno de COVID-19 que fue negativo y una radiografía de tórax donde se objetivó una lesión cavitada en lóbulo superior derecho que se muestra en la **figura 2**. Se extrajeron hemocultivos y se solicitó baciloscopia urgente en esputo que fue negativa. El paciente ingresó para estudio indicando medidas de aislamiento respiratorio, pero sin tratamiento antibiótico a la espera de resultados dada la estabilidad.

Entre las pruebas solicitadas en planta destacamos: cultivo de micobacterias en sangre, reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de *Micobacterium tuberculosis complex* en tres muestras de esputo junto con nueva determinación de baciloscopia y cultivo de micobacterias, cultivo de bacterias y hongos en esputo, antígeno betaD glucano y galactomanano en sangre, serología de hepatitis, HTLV y VIH. Todos estos resultados fueron negativos. Además, se realizó prueba

de determinación de interferón-gamma (QuantIFERON-TB Gold plus: QFT-plus-) que resultó positivo.

Asimismo, se realizó TC de tórax cuya imagen se muestra en la **figura 3** y donde se observó un nódulo pulmonar cavitado en el lóbulo superior derecho de unos 4 cm de diámetro, con contenido aéreo sin imagen de líquido en su interior y con características radiológicas de benignidad. Sin adenopatías mediastínicas.

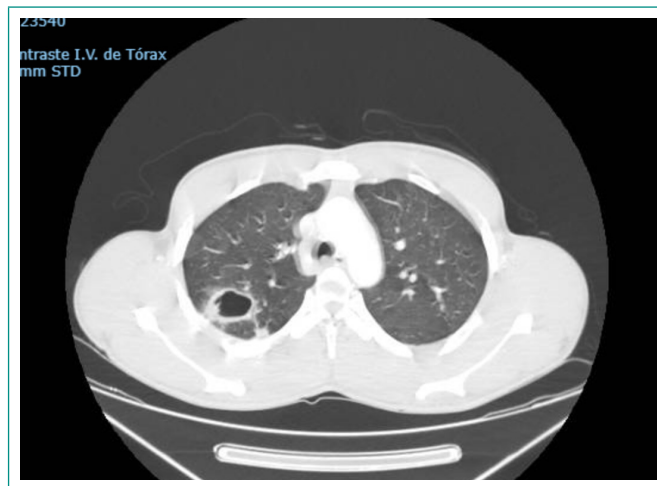


Figura 3. TC de tórax con nódulo pulmonar cavitado.

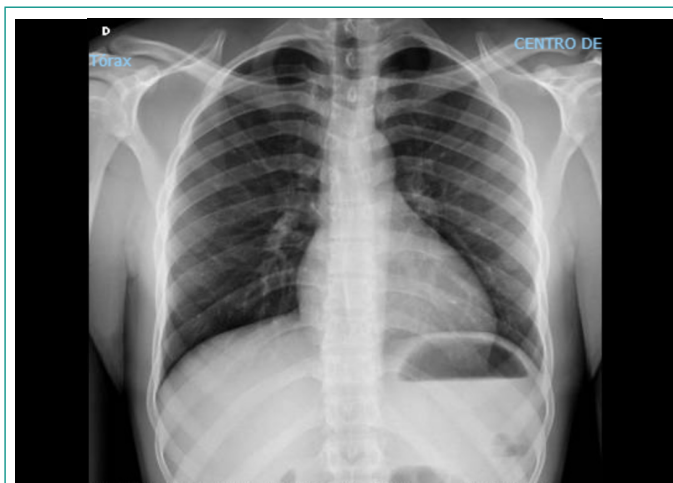


Figura 1. Radiografía de tórax normal.



Figura 2. Lesión cavitada con nivel hidroaéreo en lóbulo superior derecho.



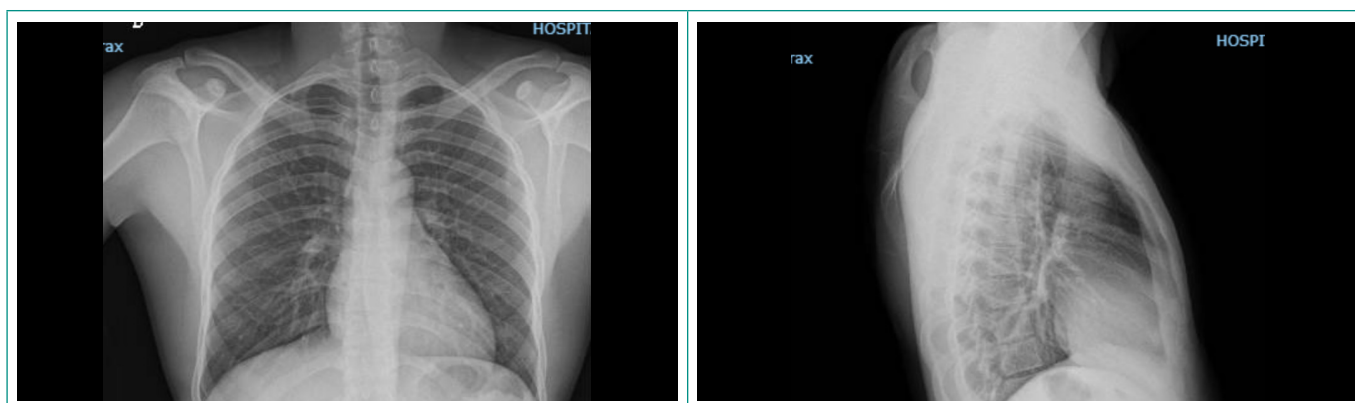


Figura 4. Radiografía de tórax con resolución radiológica tras 4 semanas de tratamiento con amoxicilina.

Para completar el estudio se solicitó fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar para toma de muestras. Se recibió resultado de fibrobroncoscopia donde creció *Rothia mucilaginosa* que era sensible a todos los antibióticos testados incluyendo betalactámicos, rifampicina y glicopéptidos. Además, se repitió estudio de micobacterias, hongos y galactomanano, todo con resultado negativo.

Se indicó al paciente realizar tratamiento con amoxicilina durante 4 semanas. Tras este tiempo, el paciente fue revisado en consulta encontrándose asintomático. Además, se realizó radiografía de control en la que ya no estaba la lesión cavitada (**figura 4**).

Diagnóstico

Nódulo pulmonar cavitado por *Rothia mucilaginosa*.

Discusión y conclusiones

El género *Rothia* está emergiendo como patógeno oportunista asociado a diversas infecciones tanto en individuos inmunodeprimidos como inmunocompetentes. Se trata de un coco grampositivo, anaerobio facultativo que forma parte de la flora orofaríngea y tracto respiratorio superior. Antes denominado *Stomatococcus mucilaginosus*¹. Entre las infecciones que pueden producir, destacan: empiema, absceso pulmonar, sobreinfección de bronquiectasias, mucosistis, endocarditis e infecciones osteoarticulares².

Es considerado un microorganismo de baja virulencia. La infección suele relacionarse con la presencia de dispositivos protésicos o tratarse de pacientes inmunodeprimidos, principalmente neutropénicos o con enfermedades malignas¹. Así se describe en la serie de Ramanan *et al.*, que incluye un total de 25 pacientes con bacteriemia por *Rothia mucilaginosa*, de los cuales 22 eran neutropénicos y 19 diagnosticados de leucemia. El significado de un hemocultivo positivo puede ser dudoso, especialmente si se trata de un solo hemocultivo positivo, una bacteriemia polimicrobiana o una bacteriemia transitoria³.

En la serie de 8 pacientes con bacteriemias de Kaufhold *et al.*, 2 de los 8 pacientes tuvieron una bacteriemia transitoria con dudosa interpretación. No obstante, concluyeron que, cuando se trata de pacientes neutropénicos, el aislamiento en hemocultivos tiene significado clínico⁴. La mayoría de los aislados son sensibles a la penicilina¹.

En la literatura, la tasa de mortalidad en infecciones por *R. mucilaginosa* en pacientes adultos se ha reportado en un 13 %. Así se reporta en el trabajo de Abidi *et al.* que no encuentra diferencias en mortalidad en pacientes neutropénicos o no neutropénicos⁵.

Como detalle interesante de nuestro caso, la presencia de una prueba de tuberculina positiva es sugestiva de infección por *M. tuberculosis*. Esto unido a la

presencia de una caverna en lóbulo superior derecho hacía dudar del diagnóstico de tuberculosis pulmonar. No obstante, hubo una serie de datos que descartaron dicha posibilidad. Primero, el desarrollo de la lesión cavernomatosa, teniendo una radiografía de hacía un año que era normal, resultaba poco probable que se tratara de una tuberculosis porque coincidía con el tiempo en que había recibido tratamiento para la ITBL. Además, el paciente no tenía otra comorbilidad como desnutrición, infección por VIH, ni estaba recibiendo tratamiento inmunosupresor que aumentase el riesgo de desarrollo de una enfermedad tuberculosa a partir de una ITBL. Por otra parte, disponíamos de resultados negativos microbiológicos para la tuberculosis: baciloscopias, PCR de *M. tuberculosis complex* y cultivos tanto en muestras seriadas tomadas de esputo como de lavado broncoalveolar. Además, fue negativo también el cultivo de micobacterias en sangre.

Finalmente, la resolución de los síntomas con un tratamiento antibiótico apropiado para la sospecha clínica alternativa y que no habría tratado una tuberculosis, confirmaron nuestra sospecha diagnóstica.

Financiación, conflicto de intereses y consentimiento informado

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro. Los autores declaran carecer de conflicto de intereses y disponen de la autorización o consentimiento informado de los involucrados en este caso y la identidad de la paciente ha sido mantenida en el anonimato a lo largo del informe.

Bibliografía

1. Fatahi-Bafghi M. Characterization of the *Rothia* spp. and their role in human clinical infections. *Infect Genet Evol.* 2021; 93: 104877. doi: <https://doi.org/10.1016/j.meegid.2021.104877> (último acceso abr. 2026).
2. Franconieri F, Join-Lambert O, Creveuil C, Auzou M, Labombarda F, Aouba A, *et al.* *Rothia* spp. infective endocarditis: a systematic literature review. *Infect Dis Now.* 2021; 51(3): 228-235. doi: <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.10.021> (último acceso abr. 2026).
3. Ramanan P, Barreto JN, Osmon DR, Tosh PK. *Rothia* bacteremia: a 10-year experience at Mayo Clinic, Rochester, Minnesota. *J Clin Microbiol.* 2014; 52(9): 3184-3189. doi: <https://doi.org/10.1128/JCM.01270-14> (último acceso abr. 2026).
4. Kaufhold A, Reinert RR, Kern W. Bacteremia caused by *Stomatococcus mucilaginosus*: report of seven cases and review of the literature. *Infection.* 1992; 20(4): 213-220. doi: <https://doi.org/10.1007/BF02033062> (último acceso abr. 2026).
5. Abidi MZ, Ledebner N, Banerjee A, Hari P. Morbidity and mortality attributable to *Rothia* bacteremia in neutropenic and nonneutropenic patients. *Diagn Microbiol Infect Dis.* 2016; 85(1): 116-120. doi: <https://doi.org/10.1016/j.diag-microbio.2016.01.005> (último acceso abr. 2026).