Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2202

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/3958 - ¿QUÉ TENGO EN EL PULMÓN?

E. Pérez Pagán[a], M. Ibáñez López[a], A. Durán Aaron[a], M. Cano Torrente[b], R. Román Martínez[c] y M. de la Torre Olivares[d]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Área IV. Lorca. Murcia. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Águilas Sur. Murcia. [d]Médico de Familia. Centro de Salud Caravaca de la Cruz. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 31 años, sin alergias conocidas, no diabética ni hipertensa ni dislipémica, fumadora de 5 cigarros diarios y en tratamiento con antidepresivo y benzodiacepinas por un síndrome depresivo. Acude a consulta refiriendo dolor a punta de dedo en hemitórax superior derecho junto con fiebre de hasta 39,5 ºC asociado a cuadro de tos con expectoración verdosa de cuatro días de evolución, negando otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: FC: 100 lpm, SatO2: 100%, PAS: 123 mmHg, PAD: 87 mmHg, Temperatura: 36,6 ºC. Presenta buen estado general, está bien hidratada y normocoloreada, eupneica. Auscultación cardíaca rítmica, sin soplos audibles y auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado y sin ruidos sobreañadidos. Faringe levemente hiperémica, sin exudados amigdalares y otoscopia bilateral normal. En la analítica destaca: Bioquímica: glucosa: 112 mg/dl, urea: 19 mg/dl, creatinina: 0,7 mg/dl, sodio: 138 mmol/L, potasio: 3,7 mmol/L y PCR 2,1 mg/dl. Hemograma: leucocitos 19.280, neutrófilos: 76,3%, hemoglobina: 12,6 g/dl, hematocrito: 38,4%, plaquetas 335.000. En la radiografía de tórax se observa un infiltrado parahiliar derecho. Se realiza también TC helicoidal de tórax sin contraste, que muestra un parénquima pulmonar en el que se aprecia caverna de aproximadamente 6 cm, multiloculada, de paredes gruesas con imágenes de “árbol en brote” a su alrededor, situada en segmento posterior de lóbulo superior derecho.

Juicio clínico: Caverna tuberculosa.

Diagnóstico diferencial: Tuberculosis, nocardiosis, actinomicosis, embolia pulmonar séptica o no séptica, aspergilosis, histoplasmosis, granulomatosis de Wegener, neoplasia, neumonía cavitada, absceso, histiocitosis X, malformaciones arteriovenosas.

Comentario final: Las cavernas se originan como consecuencia de la necrosis del tejido inflamatorio, el cual es eliminado a través del árbol bronquial. La principal herramienta para su evaluación es la TAC, idealmente helicoidal, la cual detecta hasta 40% más lesiones que la TAC convencional aunque el diagnóstico definitivo requiere elementos clínicos y de laboratorio adicionales. Tienen diversas etiologías, siendo la caverna tuberculosa en la que primero pensamos, por lo que ante su sospecha se debe proceder al aislamiento del paciente e iniciar tratamiento

empírico con antituberculostáticos.

Bibliografía

1. Ryu JH, Swensen SJ. Cystic and cavitary lung diseases: focal and diffuse. Mayo Cli Proc. 2003;78:744-52.
2. Gadkowski B, Sout J. Cavitary pulmonary disease. Clin Microbiol Rev. 2008;21:305-33.

Palabras clave: Caverna. Pulmón. Tuberculosis.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.