Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):1964

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/4079 - RADIOGRAFÍA DE ESCÁNDALO

V. Aranda Jiménez[a], M. Inurritegui Cattaneo[b], M. Moreno González[c], E. Marian Brigidano[c], A. Barriga García[d] y C. Gianchandani Gianchandani[e]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. [b]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cerro del Aire. Majadahonda. Madrid. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa de Campo. Madrid. [d]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan de la Cruz. Pozuelo de Alarcón. Madrid. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo Estación. Pozuelo. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 64 años sin antecedentes personales de interés que acude a la consulta de atención primaria por tos de dos meses de evolución. Refiere que inicialmente presentaba expectoración blanquecina que ha ido convirtiéndose en verdosa y en ocasiones hemoptisis autolimitada. Dado el aspecto caquéctico del paciente se insiste en la anamnesis y el paciente describe que ha perdido unos 10 Kg de peso en estos dos meses, presenta anorexia y picos febriles vespertinos de 38 ºC con tiritona.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes: TA 85/50 mmHg, FC 118 lpm, SatO2 94% basal, FR 30 rpm, Tª 37,3 ºC. MEG, caquéctico, palidez mucocutánea. Disfonía, bradilaquia. Se palpa nódulo en ángulo mandibular derecho correspondiente a un adenomapleomorfo calcificado, según refiere el paciente. A la auscultación pulmonar presenta crepitantes húmedos en hemitórax izquierdo. En la analítica destaca: leucocitos 13,80 × 10^3/µL (4,0-11,5), neutrófilos 12,88 × 10^3/µL (1,5-7,5), linfocitos 0,07 × 10^3/µL (1,2-4,0), hemoglobina 6,60 g/dL (12,0-17,0), hematocrito 22,50% (41,0-53,0), VCM 91,50 fL (82,0-97,0), HCM 26,80 pg (26,0-31,0), PCR 187,50 mg/L (0,1-10,0). Radiografía de tórax: Pérdida volumen en hemitórax izquierdo con signos de fibrosis pulmonar post inflamatoria (tractos fibrosos, múltiples imágenes de bronquiectasias, probables imágenes cavitadas). Se aprecian lesiones de similares características pero no tan abigarradas en LSD. En tinción de Ziehl Nielsen se observan BAAR (>9 BAAR por campo).

Juicio clínico: Tuberculosis activa bacilífera.

Diagnóstico diferencial: En primer lugar deberíamos descartar otros tipos de neumonía infecciosa o neumonitis aguda dada la clínica y la radiografía. Y dado el síndrome constitucional deberíamos hacer el diagnóstico diferencial con una neoplasia de pulmón.

Comentario final: A pesar de la baja incidencia de tuberculosis en la actualidad debemos incluirla en nuestros diagnósticos diferenciales.

Bibliografía

1. Caminero Luna JA. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Rev Clin Esp. 2015;216:76-84.
2. Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2012.

Palabras clave: Tuberculosis. Infección respiratoria.

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