



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

P-301 - Pruebas complementarias. Una herramienta esencial

V.A. Ruiz Ruiz^a, R. Dueñas Vargas^b, C. Sánchez Ortega^c, A. Martínez Quesada^d, M. Ríos del Moral^e y T. González Navarro^a

^aCS Almería Periferia. ^bCS Plaza de Toros. ^cCS Almería Centro. ^dCS San Isidro. ^eUnidad Río Nacimiento.

Resumen

Descripción del caso: Motivo de ingreso: paciente varón de 46 años con fiebre y tos de mes y medio de evolución. Antecedentes personales: NAMC. FRCV: fumador de 40 cigarros/día, desde hace 15 años. Amigdalectomizado. Trabaja en su domicilio. Ningún tratamiento habitual. Historia actual: paciente varón de 46 años refiere que desde hace mes y medio tras realizar baño en el mar, comienza con clínica de fiebre (hasta 39º) que se acompaña de tos escasamente productiva (esputo de color oscuro) que inicialmente se trató con cefuroxima, después con azitromicina y después con levofloxacino (comienza a remitir la fiebre y lleva 2 semanas con él). Dolor hemitórax derecho de perfil pleurítico. Niega disnea. Niega otros convivientes con mismos síntomas. Niega contacto con animales. Aporta radiografía de tórax, realizada hace una semana, donde se aprecia condensación en LSD pulmonar con cavitaciones, que persiste en la que se realiza a día de hoy.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente consciente y orientado, buen estado general, normocoloreado, bien hidratado y perfundido, eupneico. No presenta uso de musculatura respiratoria accesoria. Tones cardiacos sin soplos. Murmullo vesicular conservado con crepitantes finos inspiratorios en LSD. El resto de la exploración por órganos y aparatos fue anodina. Dada la sospecha clínica se decide aislamiento en observación en espera de pruebas complementarias y tras ello se procedió a ingresar en enfermedades infecciosas del mismo hospital. Hemograma: Hb 16,30, Hto 46,40, VCM 83,50, leucocitos 16.390 (N70, 40%) plaquetas 423.000. Bioquímica: glucosa 97,70, urea 26,50, creatinina 0,97, ác. úrico 5,3, CT 206, TG 100, GOT 36,3, GPT 83,5, NA 139, K 4,65, PCR 3,11, prot C 6,1, albúmina 3,8, prealbúmina 24,47. Serologías: C pneumoniae IgG 1.23, C. pneumoniae IgM 0,46, Mycoplasma pneumonia IgG 2,7, M neumonía IgM 0,15, C. burnetti IgG 0,13, C. burnetti IgM 0,16, VHB vacunado, VHC negativo, VIH negativo. Rx tórax: infiltrado en vértice derecho con imágenes subjetivas de cavitación, ya presentes en radiografía realizada hace una semana. Cultivo de esputo 1-9 BARR/campo. Hemocultivo: no desarrollo bacteriano en 5 días. Mantoux dudoso en 2 ocasiones. TAC: hallazgos sugerentes de TBC pulmonar. Lesión seg 6 LID sospechosa de ca pulmonar. Fibrobroncoscopia: no se consigue acceder a la lesión observada en TAC en LSD. Tratamiento: Rimstar 4 comprimidos en ayunas. Hidroxil B12-B6-B1: 1 comprimido cada 12 horas. Mantener medidas de aislamiento respiratorio (mascarilla) una semana más hasta cumplir 21 días.

Juicio clínico: Tuberculosis pulmonar. Lesión pulmonar en estudio.

Diagnóstico diferencial: El patrón radiológico de siembra puede verse en otras patologías infecciosas como son las micosis. Neumopatías atípicas pueden tener un patrón micronodular. Enfermedades no infecciosas como las metástasis tumorales.

Conclusiones: Este paciente ha sido diagnosticado de TBC respiratoria tras las pruebas complementarias necesarias, tras tratamiento empírico que no resultó efectivo, ayudando así mismo al hallazgo casual de un nódulo pulmonar que va a ser estudiado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18^a ed.