



Figura 3 Radiografía simple, sin evidencia de fractura o arrancamiento.

recomendó la inmovilización en hiperextensión, diferentes estudios han demostrado que esta puede causar isquemia de la piel en el dorso de la articulación, contribuyendo a la aparición de úlceras por presión³. La férula debe mantenerse y quitarse el mínimo de veces posible, pues eso aumenta el riesgo de recurrencia. Los casos con avulsión ósea de gran tamaño o lesiones abiertas suelen requerir tratamiento

quirúrgico. La derivación a Traumatología debe realizarse en todos los casos, siendo necesaria la derivación urgente solo en los casos de lesiones abiertas⁴.

En caso de lesiones crónicas (más de 5 semanas) se suele dar opción al tratamiento conservador hasta las 10 semanas, y posteriormente se plantea tratamiento quirúrgico. La rehabilitación se recomienda a partir de la quinta semana de inmovilización, con ejercicios de flexión suaves.

Bibliografía

1. Smit JM, Beets MR, Zeebregts CJ, Rood A, Welters CF. Treatment options for mallet finger: A review. *Plast Reconstr Surg.* 2010;126:1624–9.
2. Handoll HH, Vaghela MV. Interventions for treating mallet finger injuries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;3:CD004574.
3. Lalonde DH, Kozin S. Tendon disorders of the hand. *Plast Reconstr Surg.* 2011;128:1e–4e.
4. Cheung K, Hatchell A, Thoma A. Approach to traumatic hand injuries for primary care physicians. *Can Fam Physician.* 2013;59:614–8.

D. García Font^a, B. de Pablo Márquez^{b,*}
y D. Pedrazas López^a

^a *Medicina Familiar y Comunitaria, Equip d'Atenció Primària Abrera, Abrera, Barcelona, España*

^b *Medicina Familiar y Comunitaria, Centre d'Atenció Primària Valldoreix, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bernatdepablo@gmail.com

(B. de Pablo Márquez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.03.006>

Tuberculoma



Tuberculoma

Sr. Director:

Paciente de 40 años de edad, que consultó en Urgencias por cuadro de 3 días de evolución de tos seca y fiebre hasta 39 °C.

Se trataba de un paciente sin alergias conocidas, fumador de un paquete al día durante 22 años, sin antecedentes patológicos ni familiares. Natural de Barcelona, trabajador de mozo de almacén, negaba contacto con animales ni viajes recientes.

En la exploración física destacaron roncus en hemitórax izquierdo, por lo que se solicitó radiografía de tórax (figs. 1 y 2), que mostró una imagen cavitada en el lóbulo superior izquierdo (flecha blanca).

Ante la sospecha diagnóstica de tuberculoma, se derivó al paciente a Unidad de Diagnóstico Rápido, donde se realizó una detección de bacilo de Koch en esputo que resultó positivo con reacción en cadena de la polimerasa positiva

y sensibilidad a rifampicina. Se realizó también una TAC torácica (fig. 3) para descartar patología maligna.

Se realizó estudio de contactos a nivel familiar y en trabajadores de la misma empresa, donde la esposa del paciente presentó derivado proteico purificado positivo con radiografía de tórax normal, iniciándose tratamiento con isoniazida + piridoxina. El resto de los estudios de contactos resultó negativo.

Se inició tratamiento con 4 fármacos (etambutol 165 mg, isoniazida 400 mg, rifampicina 275 mg, pirazinamida 75 mg), con buena evolución.

El tuberculoma o granuloma tuberculoso es un nódulo solitario, único o múltiple, de aspecto redondeado u ovalado y de 1-10 cm de diámetro. Se trata de una complicación infrecuente de la enfermedad tuberculosa, pudiendo constituir una manifestación tanto de la tuberculosis primaria como posprimaria¹.

Constituyen uno de los nódulos pulmonares benignos más comunes y a nivel pulmonar se localizan habitualmente en los lóbulos superiores. Pueden encontrarse también en otras localizaciones, como el sistema nervioso central (más frecuente), el intestino, el esófago, el hígado, el páncreas y el hueso.



Figuras 1 y 2 Radiografía simple de tórax que muestra imagen cavitada en el lóbulo superior izquierdo (flecha blanca).



Figura 3 TAC torácica que muestra imagen cavitada de pared gruesa en el lóbulo superior izquierdo.

Histológicamente, consisten en una cavidad central con necrosis caseosa rodeada de una pared de reacción granulomatosa, formada por células de Langerhans, histiocitos epiteloides y linfocitos. No presentan inflamación ni propagación periférica¹.

Dado que en muchos casos puede mimetizar una neoplasia pulmonar, es conveniente realizar un buen diagnóstico diferencial. Para ello, la TAC de alta definición ha permitido afinar mucho el diagnóstico diferencial, evitando pruebas invasivas como la PAAF o la toracotomía abierta, que se reservan para casos dudosos².

Se trata de una lesión que puede no presentar sintomatología y persistir largo tiempo silente. Es posible su reactivación cuando existen procesos patológicos de otro origen que afectan a los mecanismos de defensa del organismo.

El tratamiento se basa en antituberculosos, acompañados a veces de cirugía. La tomografía por emisión de positrones puede usarse para la monitorización de la respuesta de la lesión a antituberculosos³.

A veces, es necesaria la resección de los tuberculomas mediante toracotomía o alternativamente toracoscopia⁴. Los beneficios de dicha resección incluyen el diagnóstico de certeza y diferencial, la determinación de futuras estrategias terapéuticas y la disminución de la dosis y duración del tratamiento con antituberculosos³.

Bibliografía

1. Andreu J, Cáceres J, Pallisa E, Martínez-Rodríguez M. Radiological manifestations of pulmonary tuberculosis. *Eur J Radiol.* 2004;51:139-49.
2. Erasmus JJ, Connolly JE, McAdams HP, Roggli VL. Solitary pulmonary nodules: Part I. Morphologic evaluation for differentiation of benign and malignant lesions. *Radiographics.* 2000;20:43-58.
3. Lee HS, Oh JY, Lee JH, Yoo CG, Lee CT, Kim YW, et al. Response of pulmonary tuberculomas to anti-tuberculous treatment. *Eur Respir J.* 2004;23:452-5.
4. Hsu KY, Lee HC, Ou CC, Luh SP. Value of video-assisted thoracoscopic surgery in the diagnosis and treatment of pulmonary tuberculoma: 53 cases analysis and review of literature. *J Zhejiang Univ Sci B.* 2009;10:375-9.

B. de Pablo Márquez^{a,*}, D. Pedrazas López^b,
J. Alins Presas^b y D. García Font^b

^a *Medicina Familiar y Comunitaria, CAP Valldoreix, Sant Cugat del Vallés, Barcelona, España*

^b *Medicina Familiar y Comunitaria, EAP Abrera Abrera, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bernatdepablo@gmail.com

(B. de Pablo Márquez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.03.001>