



Diagnóstico a primera vista

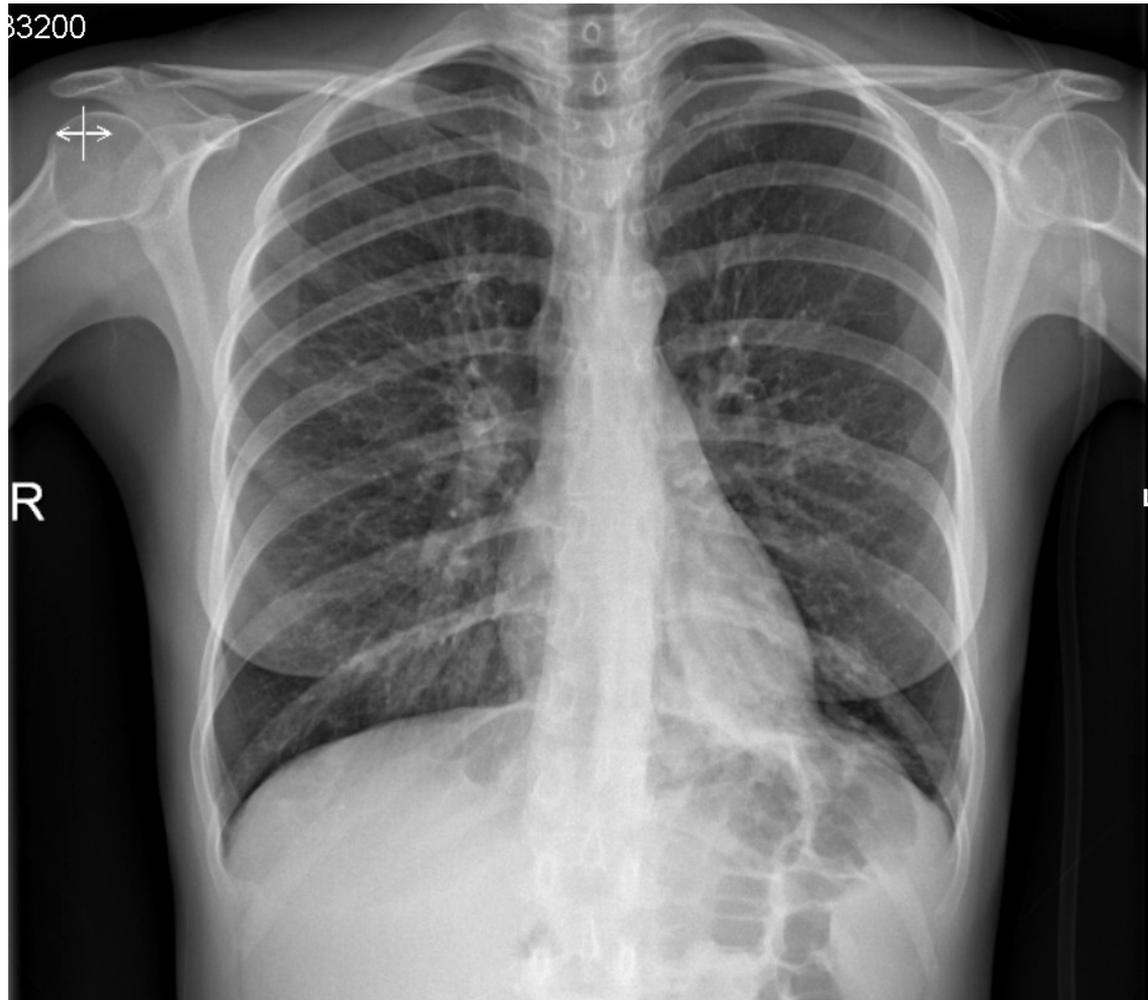
Talleres Integrados III
(2014-2015)
Laura Gandía García

Presentación Caso Clínico

- Mujer de 28 años inmunodeprimida que acude por fiebre de 39,5°C de un día de evolución con cierta otalgia, tos con expectoración purulenta y dolor torácico de características pleuríticas. Refiere mal estado general, artralgias, otalgia y molestias orofaríngeas. No refiere disnea ni alteración del hábito intestinal. No catarros de repetición, niega neumonías previas, no disnea habitual, no episodios de hemoptisis.
- **RAMc: Paracetamol y penicilinas. No HTA, no DM no DLP. No hábitos tóxicos.** Antecedentes de Interés: Bronquiectasias crónicas desde los 6 años. Sd de Steven Johnson a los 6 años con afectación cutánea, hepática y ocular, secundario a paracetamol. IQX: Sucesivos trasplantes de córnea.
- **Inmunodeprimida**

- 
- Exploración: Estable eupneica respirando aire ambiente con SaO₂ 97%. Ac rítmica sin soplos. AP con crepitantes en base derecha no otros agregados ni uso de musculatura accesoria. MMII sin edemas, no signos de TVP.
 - AS: PCR elevada, neutrofilia sin leucocitosis. No anemia.

Rx PA:



LATERAL:



Hallazgos y comentarios:

- Infiltrado en LII retrocardíaco, no borra la silueta cardíaca con imagen en dedo de guante (lateral). Hilio izquierdo descendido (Posible pérdida de volumen de PI).
- Se le realizó un TACAR: Bronquiectasias parcialmente ocupadas por moco (compatible con la imagen en dedo de guante en Rx) en pirámide basal izquierda y língula. Patrón en vidrio delustrado centrolobulillares y lobulillares aislados bilaterales. Engrosamiento de las paredes bronquiales en varios lóbulos agrupadas.
- **DIAGNÓSTICO:** Infección Respiratoria. Posible sobreinfección de las bronquiectasias.