



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

210/118 - NEUMOCOCO, ¿INFECCIÓN BANAL?

L. Úbeda Cuenca^a, M. Rodríguez Márquez^b, M. Pancorbo Carro^c, A.A. Ruíz-Risueño Montoya^a, J. Sánchez Sánchez^d e Y. Romero Castro^e

^aMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Oeste. Murcia. ^cMédico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia. ^eMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 59 años con antecedentes de HTA controlada sin tratamiento farmacológico y obesidad mórbida, que acude a consulta de AP por disnea de dos días de evolución, asociada a fiebre termometrada de hasta 40 °C, malestar general y disfonía, siendo catalogado de Infección respiratoria. Refiere empeoramiento del cuadro del en las últimas horas, por lo que es derivado al servicio de Urgencias para completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, consciente y orientado, normohidratado y normocoloreado, taquipneico a 44 rpm y taquicárdico a 142 lpm, con SatO₂ 80% y TA 136/73 mmHg. Auscultación cardiaca rítmica y auscultación respiratoria con hipoventilación generalizada y crepitantes finos en base pulmonar izquierda. Resto exploración normal. En la analítica destaca leucocitosis 27.950 con neutrofilia del 88%. Hb y plaquetas normales. En la coagulación aparece un Tiempo de Protrombina del 59% y fibrinógeno 806 mg/dl y en la bioquímica una PCR 27 y procalcitonina 34. Función renal normal. En la gasometría arterial pH 7,48, pCO₂ 27,5, pO₂ 45,3, lactato 4,30. En Rx tórax a pesar de la mala calidad por hiperclaridad pulmonar, se aprecia un infiltrado basal izquierdo.

Juicio clínico: Sepsis de origen respiratorio por neumococo.

Diagnóstico diferencial: Neumonía adquirida en la comunidad de otra etiología y tromboembolismo pulmonar a descartar en paciente joven con cuadro de disnea.

Comentario final: En Urgencias se recogen hemocultivos y se inicia tratamiento con antipiréticos, nebulizaciones, corticoide, antibioterapia empírica con levofloxacino y ceftriaxona y VMNI ante la persistencia de baja saturación de oxígeno y taquipnea marcada del paciente. Es valorado por UCI que acepta ingreso en su servicio. A las 48h se informa en hemocultivo el crecimiento de neumococo y cambian levofloxacino por azitromicina por mejor espectro de actuación. Se le realiza ecografía pleural en varias ocasiones por si presentara derrame pleural susceptible de drenaje, sin evidenciarlo. Función renal y diuresis conservadas durante el ingreso. Reactantes de fase aguda en descenso. Se retira tratamiento antibiótico iv tras completar ciclo, continuando con tratamiento oral.

Dada la mejoría clínica y gasométrica el paciente pasa a planta, donde permanece asintomático y se completa tratamiento antibiótico. Es dado de alta con analítica normal y radiografía de tórax que evoluciona satisfactoriamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pocheville Gurutzeta I, Hernández Almaraz JL, Gutiérrez Villamayor C, et al. Enfermedad invasiva por *Streptococcus pneumoniae*. Análisis de 7 años. *An Esp Pediatr*. 1997;47.
2. García Ordóñez MA, Moya Benedicto R, López González JJ, Colmenero Castillo JD. Bacteriemia neumocócica en el adulto en un hospital de tercer nivel. *An Med Interna (Madrid)*. 2003.
3. Fariñas-Alvarez C, Fariñas MC, García-Palomo JD, González Ruiz M, Fernández-Mazarrasa C, Parra JA, et al. Prognostic factors for pneumococcal bacteremia in a university hospital. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2000.
4. Afessa B, Greaves WL, Frederick WR. Pneumococcal bacteremia in adults: a 14-year experience in an inner-city university hospital. *Clin Infect Dis*. 1995.