



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

264/154 - ABSCESO PULMONAR EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

C. Sánchez Aranda^a, R. Cerezo Molina^b, M. Borge Hierro^c, C. Castillo Marín^c, N. Fernández Gervilla^c e I. Boullosa Pérez^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antonio. Motril. Granada.

^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Almuñécar. Granada.

^cMédico de Familia. Motril Centro. Granada. ^dMédico de Familia. Centro de Salud San Antonio-Motril. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 24 años que acude a Urgencias por cuadro de 3 días de evolución consistente en dolor fijo, constante, e intenso, en hombro derecho, irradiado a región escapular y dorsal ipsilaterales, asociado a tos abundante, expectoración marronácea y disnea a moderados esfuerzos. Añade sensación distérmica de predominio vespertino con escalofríos y fiebre termometrada de hasta 38,5 °C. Consultó con su médico al comienzo del cuadro cuando no presentaba fiebre ni tos, solo dolor y se le prescribió AINEs pensando en una posible contractura muscular, sin encontrar mejoría.

Exploración y pruebas complementarias: En Urgencias destaca taquicardia, disnea con el decúbito, con auscultación respiratoria normal. Analíticamente se objetiva elevación de PCR y leucocitosis con antigenuria negativa. En la radiografía de tórax, hay una dudosa condensación en base derecha. Es diagnosticada de neumonía basal derecha y tratada con amoxicilina/clavulánico 875/125 mg durante 1 semana. Tres días después, vuelve a Urgencias por lenta evolución del cuadro: mejora la fiebre (inferior a 38 °C) pero no el dolor. La exploración sigue siendo anodina (tolera decúbito). Analítica: PCR alta y leucocitosis (inferiores respecto a previa). Ecocardiografía normal. Ecografía torácica: consolidación del LID con escaso de líquido subpulmonar. Ingresa en MI con el diagnóstico de neumonía basal derecha complicada con derrame pleural. Comienza tratamiento antibiótico de amplio espectro (levofloxacino 500 mg/24h), realizándose Rx de control con disminución de la condensación e importante mejoría clínica. Fue alta continuando antibioterapia oral. Siete días después vuelve a Urgencias por reaparición del cuadro. Había finalizado tratamiento antibiótico hacía 2 días. Exploración con AR: murmullo vesicular abolido en tercio inferior de hemitórax derecho, con disminución de vibraciones vocales. TAC: condensación alveolar en LM, acompañada de zona central necrosada de 32 × 27 mm que presenta realce periférico, compatible con un absceso de pulmón que fistuliza a cavidad pleural. Ingresa en MI, con tratamiento antibiótico de piperacilina-tazobactam + clindamicina y realizan toracocentesis evacuadora, con evolución muy favorable. Tras 10 días de tratamiento, la paciente está asintomática, con Rx y analíticas normales. Alta y seguimiento ambulatorio por Neumología.

Juicio clínico: Absceso pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Neumonía de LID, absceso pulmonar, adenocarcinoma de pulmón,

tuberculosis.

Comentario final: El absceso pulmonar se define como una lesión cavitada con nivel hidroaéreo en el parénquima pulmonar de un tamaño superior a 3 cm. La mayoría se deben a aspiración de secreciones y están provocadas por microorganismos anaerobios orofaríngeos. El curso clínico es progresivo, con importante afectación del estado general, fiebre, sudoración, pérdida de peso y tos productiva con expectoración purulenta y fétida. La exploración física suele ser inespecífica, aunque pueden existir signos de alarma como boca séptica, aliento fétido o abolición del reflejo nauseoso. El paciente con absceso pulmonar debe ser ingresado y tratado inicialmente con antibioterapia de amplio espectro a dosis altas para asegurar la correcta resolución del cuadro.

Bibliografía

1. Kuhajda I, et al. Lung abscess-etiology, diagnostic and treatment options. *Ann Transl Med.* 2015;3(13):183.
2. Nicolini A, et al. Lung abscess due to *Streptococcus pneumoniae*: a case series and brief review of the literature. *Pneumonol Alergol Pol.* 2014;82(3):276-85.