



## 264/153 - UNA COMPLICACIÓN INESPERADA DE UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA APARENTEMENTE BANAL

R. Salmerón Latorre<sup>a</sup>, J. Morcillo Jiménez<sup>b</sup>, A. Moreno Jiménez<sup>c</sup> y N. Garrido Redondo<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora del Gavellar. Úbeda. Jaén. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora del Gavellar. Úbeda. Jaén. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora del Gavellar. Úbeda. Jaén. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora del Gavellar. Úbeda. Jaén.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 59 años que consulta por un cuadro catarral de varios días de evolución que no mejora. Refiere dolor de costado bilateral y tos, con expectoración purulenta. Fiebre de 38,6 °C. Disnea. Palidez de piel y sensación de enfermedad grave. Antecedentes: fumador de 2-3 cigarrillos/día; prejubilado de Endesa). Hipertenso y diabético tipo 2 en tratamiento con losartan/HCT y metformina.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la auscultación se oyen estertores aislados en bases pulmonares. Rx tórax: Refuerzo de la trama paratraqueal y leves infiltrados basales. Saturación O<sub>2</sub>: 94%. Se prescribe levofloxacino, antitérmicos, mucolíticos e ipratropio a demanda en domicilio indicándole consultase de nuevo si no mejoría. El paciente acude a los 10 días encontrándose cansado, taquipneico, afebril y demacrado. Ha perdido 4 Kg de peso en poco más de 1 semana. Saturación de O<sub>2</sub> del 82%. Hipoventilación de bases pulmonares y sibilantes aislados en ambos campos. La evolución no es satisfactoria con la antibioterapia. Asistido en ambulancia con oxigenoterapia e hidratación parenteral es enviado al hospital de referencia. Analítica: leucocitosis (16.980) con neutrofilia; PCR: 68; gasometría: pH 7,5, pCO<sub>2</sub> 32,7, pO<sub>2</sub> 49,7, saturación O<sub>2</sub> 82%. Rx tórax: patrón reticulonodular, afectación de espacio intersticial con áreas de consolidación en lóbulos superior derecho e inferior izquierdo. Serología infecciosa: Ag Legionella pneumophila y neumococo en orina negativos; Ag de virus influenza B negativo; Reacción en cadena de la polimerasa de gripe A positivo (aspirado nasofaríngeo).

**Juicio clínico:** Según serología infecciosa y radiológica el diagnóstico es neumonía bilateral por gripe A (H3N2). Se indica tratamiento con oseltamivir y antibioterapia empírica con evolución favorable en los siguientes días mejorando la gasometría, la saturación de O<sub>2</sub> y la radiología.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico diferencial ha de hacerse con todos los tipos de neumonías tanto bacterianas (por neumococo la más frecuente), por Haemophilus influenzae, Mycoplasma pneumoniae (adultos jóvenes en verano y otoño), Staphylococcus aureus (en bronquiectasias), Moraxella catarrhalis (en ancianos), Klebsiella pneumoniae (alcohol y diabetes), Legionella (torres de refrigeración, fuentes) como víricas por adenovirus, virus sincitial respiratorio y con otras

patologías como sarcoidosis, tuberculosis, embolia pulmonar, bronquitis, etc.

**Comentario final:** La complicación más grave de la gripe es la neumonía vírica primaria, la cual es más frecuente por el influenzavirus A. El riesgo de presentación se asocia a enfermedades cardiovasculares y fumadores. El tratamiento con antibióticos no produce ninguna mejoría y los cultivos bacteriológicos no aportan datos significativos. El cultivo de aspirados bronquiales o lavados broncoalveolares permite aislar el virus en 24-48 horas. El deterioro del enfermo y de su función pulmonar es rápido y la mortalidad es alta si el paciente tiene comorbilidades cardiovasculares o diabetes.

## **Bibliografía**

1. Red de Investigación Clínica de Enfermedades Infecciosas del Sureste de Asia Efecto de la dosis doble de oseltamivir en los resultados clínicos y virológicos entre niños y adultos hospitalizados por enfermedad grave de influenza: ensayo aleatorio, doble ciego, controlado. *BMJ*. 2013;346:f3039.
2. Mandell, Bennett, Dolin, eds. *Enfermedades infecciosas. Principios y práctica*, 6ª ed. Madrid: Elsevier, 2006.