



160/2676 - NEUMONÍA DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA

T.G. Vázquez del Águila^a, T. Salado García^b, M.M. García Alonso^c, R.V. Díaz Guevara^a, S. Rodríguez Concheso^a, M. Salado García^d, P. Bustamante Marcos^e, M.P. Soto Vallejera^f, N.A. González Terreros^g y J. Melero Broman^h

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cigales. Valladolid Este. Valladolid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Cigales. Valladolid Este. Valladolid. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. Área Oeste. Valladolid. ^dEnfermera. Hospital General de Villalba. Madrid. ^eMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Santos Reyes. Aranda de Duero. ^fEnfermera. Centro de Salud Cigales. Valladolid Este. Valladolid. ^gMédico de Familia. Centro Hospitalario Benito Menni. Valladolid. ^hMédico de Familia. Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 59 años. Fumador. DM. HTA. Dislipemia. Tratamiento: insulina, valsartán y pravastatina. Trabaja en mantenimiento de aire acondicionado. Acude a urgencias del hospital por fiebre (máx. 38,9 °C) de 13 días evolución. Refiere tos con expectoración amarillenta, pérdida de peso de aproximadamente 4 kg (últimos 15 días) y astenia, sin otra sintomatología. A la exploración SatO₂: 93%, TA 94/64 mmHg, FC: 90, T^a 36,6 °C, FR: 22. A. pulmonar: hipofonesis campo pulmonar basal derecho, crepitantes difusos. Resto de exploración normal. En radiografía se sospecha neumonía. Fine clase II: sin criterios de ingreso, por lo que se pautó amoxicilina 875/clavulánico 125 y control en AP. A los 3 días acude a su MF por persistir sintomatología, se suspende antibiótico y se pauta levofloxacino 500 mg/12 horas. A las 48h, tras el cambio de antibiótico, mala respuesta, por lo que se deriva a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Leucocitos: 21.860 (N%81), plaquetas: 556.000, Hb: 13,7, Glu: 187, Na: 131, Osm: 261, PCR: 197, procalcitonina: 0.26, lactato: 1,71. Rx tórax: aumento densidad bilateral (predominio LSI). Durante su hospitalización se realizan hemocultivos, antigenuria, frotis virus respiratorios, VIH cultivos de esputo (hongos, bacterias y micobacterias) siendo negativos. Se pautó antibioticoterapia de amplio espectro, persistiendo febrícula y astenia por lo que se solicitan broncoscopia (oclusión del segmento anterior LSI por material necrótico o fibrina) y TC tórax (condensaciones alveolares, sobre todo campos superiores, localización paramediastínica, imágenes de abscesificación). Replanteándose el diagnóstico se tomaron muestras para descartar TBC, neoplasia o infección micótica. El resultado del aspirado bronquial fue negativo para células tumorales malignas y se detectaron formas compatibles con *Aspergillus*, por lo que se pautó tratamiento con voriconazol, con mejoría.

Juicio clínico: Neumonía bilateral por aspergilosis invasiva.

Diagnóstico diferencial: 1) Proceso infeccioso que no responde al tratamiento antibiótico pautado: bacterias habituales con resistencia al antibiótico, bacterias atípicas, complicaciones infecciosas extrapulmonares (empiema, foco séptico a distancia) y otros tipos de infección (tuberculosis,

Pneumocystis carinii u otros gérmenes oportunistas: Nocardia, Aspergillus...). 2) Patología pulmonar no infecciosa: carcinoma o metástasis pulmonares, enf. tromboembólica, aspiración cuerpo extraño, EAP, neumonía eosinofílica, neumonía organizativa, vasculitis, hemorragia pulmonar y neumonitis por fármacos.

Comentario final: Ante una NAC que no responde al tratamiento antibiótico a 48-72h de su instauración, deben considerarse otras causas infecciosas y no infecciosas. La aspergillosis invasiva se desarrolla típicamente en pacientes inmunocomprometidos, siendo raro encontrarse en pacientes inmunocompetentes. Este caso clínico nos da a conocer una aspergillosis pulmonar en un individuo sin FR predisponentes conocidos para aspergillus (corticoterapia u otros), por lo que planteamos la posibilidad de que la DM de larga evolución pueda suponer un factor favorecedor para desarrollar aspergillosis, por lo que se podría considerar esta infección en el diagnostico diferencial del diabético con problemas respiratorios infecciosos de evolución tórpida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias: Guía diagnostica y protocolos de actuación. 5ª ed. Elsevier, 2015.
2. Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J. Atención primaria: Problemas de salud en la consulta de medicina de familia, 7ª ed. Elsevier; 2014.
3. Sanz Pozo B, de Miguel Diez J, Santamaría de la Rica F, Jara Chinarro B, Gómez Santos DN. Neumonía de evolución tórpida. Rev Clin Esp. 2002;202(6):355-7.
4. Shahnazi A, Mansouri N, Malek A, Sepehri Z, Davood MansouriS et al. Is Pulmonary Aspergillosis common in diabetes mellitus patients. Tanaffos Journal. 2010;9(3):69-74.