



160/48 - SHOCK SÉPTICO SECUNDARIO A NEUMONÍA CAVITADA POR ASPERGILLUS TRAS UN DIAGNÓSTICO INICIAL DE GRIPE B

L.A. Falcón Espinola^a, N. Sosa Cabrera^b y J.N. Lemus Reyes^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Zona Norte. La Laguna. Tenerife. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Periférico Valle de Guerra. Zona Norte. La Laguna. Tenerife. ^cMédico de Familia. Centro de Salud San Benito. La Laguna. Tenerife.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 69 años que refiere clínica de una semana de evolución consistente en tos seca, disnea, náuseas y vómitos secundarios a la tos. Se le solicita una radiografía de tórax que resulta normal y se inicia tratamiento sospechando un proceso de vías respiratorias altas. A los 5 días la paciente reaccide por fiebre, diarreas líquidas, fatiga intensa y expectoración con hilos de sangre por lo que se decide remitir con urgencia al hospital de referencia. Una vez valorada, se le diagnostica de un shock séptico secundario a neumonía por gripe por virus influenza tipo B iniciándose tratamiento antiviral (oseltamivir) y antibiótico endovenoso (levofloxacino, ceftriaxona) ingresando en planta. Sin embargo, y tras varias semanas de tratamiento empírico sin terminar de mejorar, se observa en pruebas de imagen una neumonía cavitada con formación polipoidea sugestiva de Aspergillus; precisando de tratamiento antimicótico oral (voriconazol) y suspensión de la antibioterapia previa. Tras la resolución del proceso infeccioso, que precisó ingreso durante un mes, fue dada de alta. Actualmente se encuentra asintomática y en seguimiento por consulta de Atención Primaria y neumólogo de zona ante la lesión residual en parénquima pulmonar.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes: TA (100/65), FC (96 lpm), FR (26 rpm), SatO₂ (97%), T^aC (38,6 °C). Consciente, colaboradora, eupneica, normocoloreada, normohidratada, normoperfundida, estable hemodinámicamente. Auscultación: RsCsRs sin soplos ni extratonos. Hipoventilación sin broncoespasmo, con presencia crepitantes basales derechos. Resto de la exploración anodina. Analítica: hemoglobina 13,7, leucocitos 29.000, neutrófilos 95,6%; fibrinógeno 649, PCR > 90; pH 7,42, pCO₂ 24,1, pO₂ 124, HCO₃ 15,6; antígenos Legionella y neumococo negativos; Determinación de virus influenza B y galactomanano positivos. Radiografía tórax: componente enfisematoso con presencia de infiltrado en hemitórax derecho; TAC: consolidación en lóbulo inferior derecho con imagen hidroaérea en su interior.

Juicio clínico: 1. Shock séptico. 2. Gripe por virus Influenza tipo B. 3. Neumonía basal derecha complicada con cavitación e infección por Aspergillus.

Diagnóstico diferencial: Debe realizarse integrando la clínica, los hallazgos radiológicos y el estado inmunológico del paciente. En pacientes inmunocompetentes estarían el asma extrínseca, las neumonías bacterianas y víricas, el carcinoma broncopulmonar y neumonitis por hipersensibilidad. Mientras que en pacientes inmunodeprimidos habría que descartar la aspergilosis pulmonar, la

tuberculosis pulmonar y los linfomas.

Comentario final: La aspergilosis pulmonar ha aumentado en las últimas décadas debido a la mayor expectativa de vida de la población y al aumento de pacientes inmunodeprimidos. La colonización por el hongo de una cavidad, quiste o bulla previos, suele ser consecuencia de la coexistencia de enfermedades crónicas (tuberculosis, bronquiectasias, enfisema bulloso o fibrosis pulmonar) y aunque la evolución suele ser buena con tratamiento, en algunos casos puede producir invasión sanguínea y originar formas diseminadas o incluso implantación en órganos distintos del pulmón.

BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz Sánchez C, et al. Aspergillus y pulmón. Arch Bronconeumol. 2004;40(3):114-22.
2. Fortún J, et al. Aspergilosis. Formas clínicas y tratamiento. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2012;30(4):201-8.
3. Castón JJ, et al. Factores clínicos asociados a aspergilosis pulmonar invasiva en pacientes con neumopatías crónicas y aislamiento respiratorio de Aspergillus. Med Clin (Barc). 2012;139(15):668-71.