



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1150 - MI PEOR FOTO

M. Montes Pérez^a, J. Villar Ramos^b, P. López Tens^c, D. Fernández Torre^d, C. Marcote Ibáñez^e, M. Fernández Gutiérrez^f, M.E. Guerra Hernández^g, A. Blanco García^g, N. Fernández Sobredo^h y J. Andino López^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Camargo. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander. ^dMédico Residente. Centro de Salud Centro. Santander. ^eMédico Residente. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^fMédico de Área. Centro de Salud Barco de Ávila. Ávila. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. ^hMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Vegas. Avilés.

Resumen

Descripción del caso: Presentamos una mujer de 31 años con alergia a Mercurio-cromo (no documentada por Alergología). Hábitos tóxicos: no fumadora. Refiere cuadro de 10 días de evolución, coincidiendo con viaje al extranjero a esquiar, con malestar generalizado, fiebre de hasta 38,5 °C y dolor torácico opresivo continuo irradiado a región interescapular, sin aumento de tos ni expectoración. Durante dos días presentó también dolor abdominal y deposiciones diarreicas aisladas sin productos patológicos añadidos. Pérdida de 5 kg de peso en los últimos 6 meses sin disminución del apetito, coincidiendo con inicio de actividad laboral. Refiere clínica similar aunque con menor intensidad en personas de contacto cercano.

Exploración y pruebas complementarias: AP: MVC, discreta hipofonesis en campo medio pulmonar derecho, algún roncus aislado. No presencia de adenopatías axilares, supraclaviculares, ni laterocervicales, palpo adenopatías submaxilares no dolorosas de tamaño normal. Bioquímica: proteína C reactiva > 25 mg/dL. Rx tórax PA: condensación homogénea en LID, con cisura marcada e infiltrado en LSD. Presencia de condensación en hemitórax izquierdo que borra parcialmente silueta del VI.

Juicio clínico: Neumonía adquirida en la comunidad de perfil atípico bilateral.

Diagnóstico diferencial: Neumonía adquirida en la comunidad típica.

Comentario final: Episodios de fiebre prolongada en el ámbito ambulatorio precisan ampliar estudios complementarios a fin de descartar patologías potencialmente graves y orientar el diagnóstico. Paciente con los antecedentes descritos que ingresa por episodio bronconeumónico con características de atipicidad y sin repercusión relevante del intercambio gaseoso. Realiza tratamiento con ceftriaxona y levofloxacino y de continuación con cefuroxima alcanzando descenso térmico hasta quedar apirética y con mejoría progresiva de sus infiltrados. Mantiene cierto grado de dolor torácico pleurítico. Se programa control ambulatorio y radiológico precoz. Tras resultado de

imagen radiológica se ingresa a la paciente por episodio bronconeumónico con características de atipicidad y sin repercusión relevante del intercambio gaseoso. Se emplea tratamiento con ceftriaxona y levofloxacino y de continuación con cefuroxima alcanzando descenso térmico hasta quedar apirética y con mejoría progresiva de sus infiltrados en control radiológico. Mantiene cierto grado de dolor torácico pleurítico al alta.

Bibliografía

1. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis. 2007;44:S27-S72.

Palabras clave: *Neumonía adquirida en la comunidad.*