



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 424/1392 - COMO COMPLICACIÓN, EMPIEMA

M. Valdelvira Díaz<sup>1</sup>, N. Cubelos Fernández<sup>2</sup>, M. Ajenjo González<sup>3</sup> e I. Túnez Fiñana<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico de Emergencias Sanitarias. Unidad Militar de Emergencias. León. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León. <sup>4</sup>Catedrático de Universidad. Bioquímica y Biología molecular. Universidad de Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 87 años. HTA. Insuficiencia renal. Fibrilación auricular anticoagulada. Ictus hace 14 años sin secuelas. Consulta en AP por disfagia y pirosis. Derivado a Urgencias, realizan gastroscopia (diagnóstico: esofagitis grave). Vuelve a la semana por empeoramiento progresivo, disnea de mínimos esfuerzos, escalofríos, astenia y anorexia. Se deriva de nuevo para más pruebas complementarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 123/75. FC: 124 lpm. T<sup>a</sup>: 35 °C. SaO<sub>2</sub>: 91%. Consciente, orientado y colaborador. Palidez generalizada, eupneico en reposo, No ingurgitación yugular. Refiere astenia. AP: murmullo vesicular muy disminuido en hemitórax izquierdo con aumento de vibraciones vocales en 1/3 superior y disminución en 1/3 inferior. AC: rítmico sin soplos. Abdomen SHV. Hemograma: 33.000 leucocitos (89%N, 3%L); Hb: 15,8, plaquetas 483.000. Bioquímica: glucosa: 206. Urea: 155. Cr 1,90 (FG 34). Na<sup>+</sup>: 139. K<sup>+</sup>: 5,5. Cl<sup>-</sup>: 106. ProBNP: 44,525. PCR: 475. GAB: pH: 7,49; pO<sub>2</sub>: 68; pCO<sub>2</sub>: 20; CO<sub>3</sub>H<sup>-</sup>: 19; SaO<sub>2</sub>: 92%. Coagulación: INR 1,36; TP 63%. Radiografía tórax: hidroneumotórax, atelectasia lóbulo superior izquierdo y llingula. Desplazamiento mediastínico centrolateral. ECG: fibrilación auricular a 120. TAC torácico: hidroneumotórax izquierdo organizado, loculaciones en todos los compartimentos pleurales, leve derrame pleural derecho sin signos de mediastinitis.

**Orientación diagnóstica:** Hidroneumotórax izquierdo con empiema. Insuficiencia renal crónica agudizada. ICC secundaria.

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía. Absceso pulmonar. Sobreinfección de bronquiectasias. Cáncer de pulmón. Embolismo pulmonar séptico. Mediastinitis. TBC pulmonar.

**Comentario final:** El derrame pleural infeccioso suele ser secundario a infección pulmonar (origen paraneumónico o tuberculoso). Otras: carcinoma broncogénico, rotura esofágica, trauma torácico. El paraneumónico se da en un 20-60% de las NAC o nosocomiales (5-10% desarrolla empiema). Ambas complicaciones son más frecuentes en edades extremas de la vida. Su aparición aumenta la morbimortalidad, por lo que su diagnóstico obliga a realizar toracocentesis. Objetivos del tratamiento: controlar la infección y drenar el empiema.

## **Bibliografía**

1. Cases Viedma E. Derrame pleural infeccioso. En: Álvarez-Sala W, et al, eds. Neumología Clínica. Barcelona: Elsevier, 2016.
2. Shen KR, Bribriescio A, Crabtree T, Denlinger C, Eby J, Eiken P, et al. The American Association for Thoracic Surgery consensus guidelines for the management of empiema. J Thorac Cardiovasc Surg. 2017;153(6):e129-6.

**Palabras clave:** Disfagia. Empiema. Hidroneumotórax.