



## 262/410 - CONSOLIDACIÓN PARENQUIMATOSA VERSUS MASA PULMONAR EN PACIENTE CON DISNEA

D. Gajate Herrero<sup>a</sup>, N. Diego Mangas<sup>b</sup>, C. Montero Sánchez<sup>c</sup>, P. Colina Azofra<sup>d</sup>, M. del Río García<sup>d</sup> y A. de Dios Vicente<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año. Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca. <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 50 años, sin antecedentes personales de interés ni consumo de tóxicos, que acudió al Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) por presentar desde hace 2 días disnea progresiva hasta hacerse de reposo, así como tos seca, y dolor pleurítico en hemitórax izquierdo.

**Exploración y pruebas complementarias:** PA: 97/61, T<sup>a</sup>: 36,7 °C. FC: 84 lpm. SpO<sub>2</sub> 78% basal. Frecuencia respiratoria 30 rpm. E. física: regular estado general. Taquipneico, con tiraje intercostal. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen normal. Extremidades inferiores sin edema ni signos de TVP. Analítica: hemograma, función renal, marcadores de daño miocárdico y dímero D normales. PCR mg/dl: 30. Procalcitonina: 8 ng/ml. Gasometría arterial basal: pH: 7,32. pO<sub>2</sub>: 45 mmHg. PCO<sub>2</sub>: 28 mmHg. HCO<sub>3</sub>: 25 mmol/L. Rx tórax: Aumento de densidad en lóbulo superior izquierdo (LSI), con broncograma aéreo, sugerente de consolidación parenquimatosa, sin poder descartarse la presencia de masa subyacente. Ante estos hallazgos el paciente ingresó en Medicina Interna como neumonía adquirida en la comunidad versus masa pulmonar en LSI iniciándose tratamiento empírico con ceftriaxona y clindamicina. TACAR: en LSI se identifica área de consolidación con pérdida de volumen y varias colecciones con nivel hidroaéreo en su interior y aumento de densidad en vidrio deslustrado del parénquima adyacente. Hallazgos compatibles con neumonía necrotizante. Cultivo de esputo y hemocultivos: negativos. PCR TBC, virus Influenza A y VRS negativa. Auramina: negativa.

**Juicio clínico:** Neumonía necrotizante de lóbulo superior de pulmón izquierdo.

**Diagnóstico diferencial:** Cáncer de pulmón, tuberculosis, TEP.

**Comentario final:** La neumonía necrotizante es una forma de infección del parénquima pulmonar caracterizada por la presencia de una condensación con múltiples cavitaciones menores de 1 cm. La aspiración es la causa más frecuente, siendo los gérmenes más habituales anaerobios de la orofaringe (*Peptostreptococcus*, *Prevotella*...), y en menor medida otros como *Streptococcus milleri*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* y *Nocardia* sp. La mayoría de las ocasiones no se

llega al diagnóstico etiológico por la dificultad para el aislamiento de estas bacterias anaerobias. La realización sistemática de fibrobroncoscopia es controvertida dado su rendimiento relativamente bajo, que se debería contraponer al riesgo de ruptura del absceso. El tratamiento antibiótico, debe durar 4-6 semanas, siendo las penicilinas asociadas a inhibidores de betalactamasa, o la clindamicina, los tratamientos de elección.

## **Bibliografía**

1. Tkayanagi N et al. Etiology and outcome of community-acquired lung abscess. *Respiration*. 2010;80:98-105.
2. Tino G, Weinberger S. Bronchiectasis and lung abscess. En: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, eds. *Harrison principios de medicina interna* 19ª ed. McGraw-Hill; 2015. p. 1631.