



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1528 - ABSCESO PULMONAR

H. Rodríguez^a, Z.M. Correcher Salvador^d, J. Prieto Nave^b, V. Pérez-Chirinos^c, E.C. Castillo Espinoza^c, M. Camarasa Vidal^d, L. Fernández Salinas^e, M. Ferrer Esteve^e, M.J. Díaz Mora^f y J.C. Gómez Adrián^g

^aMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Castellón. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barranquet. Hospital General de Castellón. Castellón. ^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. ^fMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto II. Hospital de Sagunto. Valencia. ^gMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto II. Hospital de Sagunto. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 27 años de edad que acude a servicio de urgencias hospitalarias por presentar malestar general, tos productiva con expectoración mucopurulenta y maloliente de 3 semanas de evolución, sin mejoría clínica a pesar de tratamiento con múltiples terapias antibióticas de forma empírica (Augmentine, levofloxacino y cefditoreno), pautadas por personal sanitario donde trabaja la paciente (Residencia de la tercera edad). Actualmente persiste sensación distérmica sin fiebre termometrada, empeoramiento de su estado general y dolor en costado derecho tipo pleurítico que empeora con la respiración profunda y los cambios posturales. No disnea, palpitations, ni otra clínica asociada. Niega alergias medicamentosas conocidas y hábitos tóxicos. AP: ERGE para el que suele utilizar Almax a demanda. Intervenciones quirúrgicas: Banda gástrica por obesidad y ERGE.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente y orientada en las 3 esferas. Escleras anictéricas. Piel normocoloreada, mucosas húmedas, bien perfundida. No IY. Eupneica en reposo. TA: 130/80 mmHg. Pulso 68 ppm. SATO2: 98%. T^a 37,5 °C. ACP: tonos cardiacos regulares, no soplos audibles. MVC, sin estertores agregados. No alteraciones en resto de aparatos y sistemas. Destaca el hemograma: 12.340 leucos, HGB 9,9 g/dl. HCT 30,7%. Resto normal. Rx tórax: se aprecia foco de consolidación cavitada en lóbulo superior derecho. TAC torácico: condensación cavitada en segmento posterior LSD, sugestiva de neumonía abscesificada. Mínima atelectasia pleural LID. No derrame pleural. Gran dilatación difusa de todo el esófago. Serología: VHB, VHC, VIH: negativas.

Juicio clínico: Absceso pulmonar secundario a neumonía por aspiración.

Diagnóstico diferencial: Otras neumonías (principalmente atípica por la clínica y el ambiente de trabajo). Empiema con fisura broncopleurales. Quiste pulmonar infectado. Neoplasias. Bulla enfisematosa infectada. Micosis.

Comentario final: La paciente pasa a hospitalización a cargo del servicio de Medicina Interna para tratamiento antibiótico ev y fluidoterapia (piperacilin/tazobactam y clindamicina), con buena respuesta clínica. Al alta amoxicilina/clavulánico 875 mg 1/8h/4 semanas, clindamicina 300 mg 1/6h/4 semanas y lansoprazol 30 mg 1-0-0. Seguimiento por CCEE Medicina Interna, Medicina digestiva y su médico de familia, con buena evolución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo Multidisciplinar de Estudio de la Neumonía Comunitaria. Archivos Bronconeumología. 2003;39:333-40.