



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/417 - ABSCESO PULMONAR CAVITADO

M. Martínez Pujalte^a, A.C. Frazao dos Santos^b, A. Carrasco Angulo^c, L. Úbeda Cuenca^d, D.P. Piñar Cabezos^e, A.B. Martorel Pro^f, C. Aguayo Jiménez^g, Y. Romero Castro^f, M.Á. Gomariz Martínez^f y M.G. Cortez Ledo^g

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de los Alcázares. Murcia. ^cMédico de Familia. Centro de Salud de San Javier. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^eMédico Internista. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. ^fMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. ^gCirugía Maxilofacial. Urgencias Hospital Universitario Virgen Arrixaca. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 60 años, con antecedentes de HTA, hipotiroidismo asma bronquial intrínseca bien controlada y cavitación pulmonar en LID en seguimiento por Neumología hasta 2010, que presenta desde hace 3 meses varios episodios de infección respiratoria, consistentes en rinitis, odinofagia, con tos y expectoración posterior. Por este motivo se le pautan múltiples pautas ATB en los últimos meses. Recientemente acude a la consulta por nuevo episodio de tos no productiva de una semana de evolución asociado a febrícula y malestar general, se solicita Rx tórax, objetivando imagen compatible con absceso pulmonar en campo pulmonar derecho y se decide derivación a Urgencias para ingreso a cargo de Neumología para completar estudio. Durante el ingreso se realiza TC tórax, visualizándose lesión con paredes finas con nivel hidroaéreo, por lo que se inicia tratamiento con levofloxacino y clindamicina, nebulizaciones con mejoría progresiva hasta recuperar situación basal. Se decide alta a domicilio con control en 3 semanas.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración: BEG, CYO, eupneica en reposo, Sat O₂ 99%, TA: 146/80, FC: 73 lpm. AC: Rítmica, sin soplos. AP: MVC, algún sibilante disperso. Abdomen: no doloroso, blando y depresible, sin masas, ni megalias y sin signos de irritación peritoneal. Analítica: glucosa 101 mg/dl, urea 31 mg/dl, creatinina 0,6 mg/dl, Na 137 mEq/l, PCR 1,6 mg/dl, leucocitos 5.080 (neutrófilos 53%, linfocitos 39%, monocitos 5%, basófilos 0%, eosinófilos 2%), hemoglobina 15 g/dl, hematocrito 44%, plaquetas 147.000. Rx tórax: lesión cavitada en campo pulmonar derecho. TC tórax: LOE redondeada, en segmento superior del LID, de 4 × 3,6 cm, pared fina (1,1 mm) con presencia de nivel hidroaéreo en su interior. Broncoscopia: lesión quística en LID sobreinfectada. Cultivo y baciloscopia de esputo negativos.

Juicio clínico: Absceso pulmonar cavitado.

Diagnóstico diferencial: 1. Tuberculosis. 2. Empiema con fistula broncopleural. 3. Carcinoma abscesificado. 4. Neumonía. 5. Bulla enfisematosa infectada. 6. Micosis.

Comentario final: Gracias a la solicitud de la radiografía en el centro de salud, se diagnostica

precozmente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mansharamani NG, Koziel H. Chronic lung sepsis: lung abscess, bronchiectasis, and empyema. *Curr Opin Pulm Med.* 2003;9:181-5.
2. Chung G, Goetz MB. Anaerobic infections of the lung. *Curr Infect Dis Resp.* 2000;2:238-44.
3. Stark DD, Federle MP, Goodman PC, et al. Differentiating lung abscess and empyema: radiography and computed tomography. *Am J Roentgenol.* 1983;141:163-7.
4. Williford ME, Godwin JD. Computed tomography of lung abscess and empyema. *Radiol Clin North Am.* 1983;21:575-83.
5. Wang JL, Chen KY, Fang CT, et al. Changing bacteriology of adult community-acquired lung abscess in Taiwan: *Klebsiella pneumoniae* versus anaerobes. *Clin Infect Dis.* 2005;40:915-22.
6. Bartlett, JG. The role of anaerobic bacteria in lung abscess. *Clin Infect Dis.* 2005;40:923-5.