



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1177 - HALITOSIS, DIAGNÓSTICO FINAL: NEUMONÍA POR ANAEROBIOS

M.J. Fernández Rodríguez<sup>a</sup>, G. Alonso Sánchez<sup>a</sup>, F.J. Fernández Valero<sup>b</sup> y A. Guaschi Gagliero<sup>a</sup>,

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Caravaca de la Cruz. Área VI Noroeste. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Caravaca de la Cruz. Noroeste. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 35 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas con antecedentes personales de: obesidad (IMC: 30,5), diabetes mellitus tipo I desde los 5 años en tratamiento con Novorapid: 12-0-10, Novomix 70: 0-13-0, Lantus: 0-0-33, y dislipemia en tratamiento con Crestor 10: 0-0-1. Acude a atención primaria por halitosis de 2 semanas de evolución que no mejora al tratamiento con omeprazol. Dos días después acude al servicio de urgencias por "bocanadas de mal aliento" acompañadas de tos persistente y dolor en región torácica inferior izquierda con deterioro del estado general y astenia importantes, siendo diagnosticado de neumonía basal izquierda. Se trató inicialmente con dosis intravenosa de ceftriaxona y fue dado de alta con Meiact 400 1-0-0. Ante la ausencia de mejoría acude nuevamente 8 días después a urgencias con persistencia de tos, expectoración mucopurulenta y maloliente. Ante la descompensación glucémica y falta de mejoría clínica se decide su ingreso hospitalario. Durante su éste es tratado con levofloxacino y ceftriaxona iv al cual se le añade clindamicina por la sospecha de colonización por anaerobios.

**Exploración y pruebas complementarias:** CYO, BEG, eupneco, afebril. AC: Tonos rítmicos sin soplos. FC. 94 lpm. TA. 130/70. AP: hipoventilación campo medio izquierdo, no estertores ni sibilantes agregados. SO<sub>2</sub>: 97%. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias y sin signos de irritación peritoneal. MMII: Sin edemas ni signos de TVP. En planta: CYO, eupneico, sudoración profusa, tos húmeda, que desencadena dolor en región torácica inferior izquierda. ECG: ritmo sinusal frecuencia 80 lpm, QRS 80 ms, eje -25°, BIRDHH de bajo grado, adecuada progresión de R en precordiales. Sin alteraciones de la repolarización. PR normal. Rx Tx: infiltrado en llingula. Bioquímica: glucosa 273, urea 40, creatinina 1,07, Na 136, K: 4,5. Gasometría arterial: pH 7,43, pCO<sub>2</sub> 42, pO<sub>2</sub> 74, HCO<sub>3</sub>: 28. PCR: 6,90. Linfocitos 16,48 (neutrófilos: 75,5). TAC de tórax: en llingula condensación pulmonar con área hipodensa en su interior y nivel hidroaéreo compatible con neumonía abscesificada. Cultivo de esputo: negativo. Orina: glucosuria 500 mg/dL. Marcadores tumorales: negativos. Aclaramiento de creatinina: 87.

**Juicio clínico:** Neumonía lingular por anaerobios.

**Diagnóstico diferencial:** Neoplasia pulmonar, tromboembolismo pulmonar, enfermedades colágeno-vasculares, neumonitis por hipersensibilidad, edema pulmonar, síndromes tóxicos pulmonares, tuberculosis pulmonar.

**Comentario final:** Los gérmenes anaerobios tienen enzimas capaces de necrosar tejidos, lo que explica la formación de abscesos y la neumonía necrotizante. Esta infección es polimicrobiana en 60 a 80% de los casos y está constituida por la flora aerobia y anaerobia habitual de la orofaringe. Las especies involucradas en una neumonía son habitualmente múltiples, con un promedio de unas tres especies de gérmenes anaerobios por caso, siendo los más frecuentes en el caso de infección extrahospitalaria: Prevotella, Porphyromonas, Fusobacterium y Peptostreptococcus, constituyendo cerca del 90% de los abscesos pulmonares y neumonías aspirativas. En el desarrollo de este tipo de infecciones necrotizantes pulmonares, actúa como factor de riesgo la diabetes mellitus tipo 1 que sufre el paciente.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Limper AH. Overview of pneumonia. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman's Cecil Medicine.
2. Torres A, Menendez R, Wunderink R. Pyogenic bacterial pneumonia and lung abscess.