



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1730 - Una NEUMONÍA muy particular

A. Viña Almunia^a, A.I. Seoane Novás^a, M. Bernuz Rubert^b, A. Núñez Villén^c, A.B. González Navalón^d, D. Lumbreras Manjón^e, J. Precioso Costa^f, F.M. Navarro i Ros^f, M.J. Larré Muñoz^f y A. Tamarit Latre^g

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Zona Hospital Peset. Valencia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. ^eMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Zona Hospital Peset. Valencia. ^fCentro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. ^gMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Zona Hospital Peset. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 20 años, sin antecedentes médicos, que consulta por accesos de tos con algún esputo hemoptoico, mialgias generalizadas y fiebre de 39,5 °C. Su MAP pauta azitromicina y paracetamol. Tras 5 días no presenta mejoría por lo que se pauta claritromicina. A los 11 días persiste fiebre y tos intensa. No síndrome constitucional. Se decide remitir a Urgencias. No contacto con TBC ni consumo de tabaco ni drogas ni alcohol. No viajes recientes ni extracciones dentarias.

Exploración y pruebas complementarias: TA 116/65 mmHg. FC 108 lpm. Sat O2 96%. T^a axilar 38,5 °C. Taquipneico en reposo. Consciente. Orientado. Normohidratado. Normocoloreado. Buen estado general. Tos en consulta. AC: rítmico sin soplos. AP: mvc, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: anodino. Orofaringe sin hallazgos. ECG: sin hallazgos. Analítica: a destacar PCR: 223 mg/L. Leucocitos: $23,1 \times 10^9/L$, Neutrófilos: $20,5 \times 10^9/L$. Rx tórax: neumonía cavitada en LSD. Esputo: < 10 células epiteliales y > 25 leucocitos polinucleares. Tinción de Ziehl-Neelsen: no se observan BAAR. Orina: detección de Ag rápido de Legionella y neumococo: negativo. Ingresa en Neumología con vancomicina y ceftriaxona por sospecha de neumonía bacteriana cavitada (posible por MRSA). Cultivo de esputo: diplococos gram positivos. Detección rápida PCR en tiempo real (geneXpert): negativo para Mycobacterium tuberculosis complex. Analítica con PCR en descenso. Broncoscopia: bronquio derecho: no lesiones endobronquiales ni restos hemáticos. Mucosa hiperémica con carinas conservadas. Secreciones purulentas en segmento posterior LSD. Bronquio izquierdo: sin alteraciones significativas. Muestras microbiológica: BAAR Lowestein negativo.

Juicio clínico: Neumonía cavitada debida a diplococos gram positivos.

Diagnóstico diferencial: Neumonías bacterianas necrotizantes por S. aureus, bacterias gram negativas y anaerobias. Infección post-primaria TBC: infiltrados en parénquima pulmonar con nódulos satélites y lesiones cavitadas.

Comentario final: Las neumonías cavitadas son un tipo de neumonías no muy frecuentes en el que hay que realizar un diagnóstico diferencial con tuberculosis. Hay que tener en cuenta a la hora de realizar un tratamiento empírico en personas tanto inmunocomprometidos como inmunocompetentes el SAMR. Para llegar a un correcto diagnóstico, será importante realizar un buen diagnóstico diferencial tanto como a nivel de atención primaria como urgencias o atención especializada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gillet Y, Issartel B, Vanhems P, Fournet JC, Lina G, Bes M, et al. Association between *Staphylococcus aureus* strains carrying gene for Panton-Valentine leukocidin and highly lethal necrotising pneumonia in young immunocompetent patients. *Lancet*. 2002;359:753-9.