



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/2349 - ABSCESO PULMONAR, A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Grau Carod, A. Valero García, A. Burgos Ramos y A. Martínez Escudé

Médico de Familia. CAP La Llagosta. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 36 años, nacido en Jamaica, residente en España desde 2008. No viajes recientes. Casado y con un hijo. Trabajó tres meses en centro penitenciario, actualmente en paro. Fumador de 1 paq/día y ocasionalmente marihuana. Consulta por dolor en hemitórax derecho de dos meses de evolución tras caída en bicicleta. Dolor a la palpación escápula y región costal derechas. En placa de parrilla costal no se aprecian lesiones óseas agudas pero se aprecia alteración en lóbulo superior derecho (LSD). Se solicita placa de tórax urgente que muestra imagen cavitada con nivel hidroaéreo en LSD. Bajo la sospecha de absceso pulmonar cavitado se remite a centro hospitalario de segundo nivel para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: El paciente está afebril, acropaquias, tiene tos productiva no purulenta, dolor pleurítico y sudoración nocturna. Presenta boca séptica. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Como hallazgo analítico PCR de 1,38. Marcadores tumorales y alfa-1-antitripsina negativos. PPD positivo (14 mm). TC torácico confirma imagen cavitada de paredes finas con nivel hidroaéreo y parénquima pulmonar adyacente colapsado. FBS y BAL negativos para células malignas. Baciloscopia negativa. Cultivos pendientes.

Juicio clínico: Se orienta como probable absceso pulmonar de origen odontógeno sobre bulla enfisematosa de posible origen traumático. Se instaura tratamiento empírico con amoxicilina/clavulánico IV y dada la buena respuesta se completa con moxifloxacino VO. Actualmente se observa reducción de la lesión al 50%. Se valorará la quimioprofilaxis TBC.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial del absceso pulmonar debe realizarse con neumonía adquirida en la comunidad cavitada, bulla sobreinfectada, caverna por TBC, quistes broncogénicos y proceso neofornativo.

Comentario final: El absceso pulmonar cavitado debe orientarnos a infección por agentes patógenos anaerobios, TBC y/o inmunosupresión. Por ello tras su detección debe ser remitido para ingreso hospitalario y estudio.

Bibliografía

1. Bartlett J, et al. Lung abscess. Uptodate Mar 23, 2017.
2. Fernández-Plata R, et al. Prevalence of severe periodontal diseases and its association with respiratory disease in hospitalized adults in a tertiary care center. Gaz Med Mex.

2015;151(5):608-13.

Palabras clave: Neumonía. Absceso pulmonar. Tuberculosis pulmonar.