



## 242/124 - ABSCESO PULMONAR POR CUERPO EXTRAÑO

V. Martos Fábrega<sup>a</sup>, C. Martínez Esquiroz<sup>a</sup>, E. Varona de la Noval<sup>b</sup>, U. García Azcarate<sup>c</sup>, M. Frauca Sagastibelza<sup>d</sup> y L. Giganto<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Mendillorri del Complejo Hospitalario de Navarra. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Iturrama del Complejo Hospitalario de Navarra. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Chantrea del Complejo Hospitalario de Navarra. <sup>d</sup>Médico de Familia. Consultorio de Mutilva. Pamplona. Navarra. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Mutilva. Pamplona. Navarra.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 55 años con AP de neumonía hace 1 año, acude a consulta por malestar general desde hace 1 semana, disnea, febrícula, tos con flemas. No clínica insuficiencia cardiaca ni dolor torácico. No cefalea. Exploración física, auscultación pulmonar crepitantes en base pulmonar izquierda iniciando tratamiento con moxifloxacino e ibuprofeno. Solicitamos placa de tórax objetivándose condensación parahiliar izquierda. Tratada con varias tandas de antibiótico sin mejoría radiológica. Derivamos a neumología, donde tras varios estudios se objetiva absceso LII. Reinterrogando a la paciente previa a la neumonía LII del año pasado se atragantó con una espina.

**Exploración y pruebas complementarias:** Saturación O<sub>2</sub>: 97% AP: crepitantes en base pulmonar izquierda. Faringe: enrojecida. Radiografía de tórax: condensación parahiliar izquierda. AO: ag. neumococo y Legionella: negativo. TAC Torácico: absceso lóbulo inferior izquierdo. Bronoscopias descartándose lesión endobronquial, y muestras de broncoaspirado y lavado broncoalveolar, negativo para células malignas.

**Juicio clínico:** Absceso pulmonar.

**Diagnóstico diferencial:** Carcinoma broncogénico, bronquiectasias, empiema secundario a una fístula broncopleural, tuberculosis, micosis pulmonares, bullas o los quistes aéreos infectados, secuestro pulmonar, nódulos silicóticos con necrosis central, abscesos subfrénicos o hepáticos (amebianos o hidatídicos) con perforación hacia bronquio y granulomatosis de Wegener.

**Comentario final:** El absceso pulmonar es una infección microbiana localizada en una zona delimitada del pulmón. Comienza lesionando paredes alveolares llevando a la destrucción y necrosis del parénquima pulmonar. Se manifiesta inicialmente con síntomas inespecíficos: escalofríos, fiebre elevada, sudoración nocturna, cansancio y tos seca, que progresa a tos productiva con expectoración purulenta. También se puede presentar de forma insidiosa: malestar general de semanas o meses de evolución, con tos y expectoración purulenta o hemoptoica, febrícula, dolor torácico, astenia, anorexia y pérdida de peso. El diagnóstico se realiza mediante una historia clínica detallada y una

exploración física minuciosa en busca de la presencia de factores predisponentes. En Atención Primaria es necesario realizar control médico exhaustivo con revaloración clínica de los pacientes y tener en cuenta otros diagnósticos en pacientes que no mejoran a pesar del tratamiento.

### **Bibliografía**

1. Carmona Mejía PA, González Orodea JI. Importancia de la revisión clínica en atención primaria en pacientes mayores de 65 años. Medgenyfam. 2015;4(4):127-32.

**Palabras clave:** Absceso. Neumonía.