



## 242/3536 - DOCTOR, ESTE RESFRIADO ME ESTÁ MATANDO

K. Reinoso<sup>a</sup>, S. Albarrán Barez<sup>b</sup>, M. Martín Sánchez<sup>c</sup>, C. Ricardo Jiménez<sup>a</sup> y Á. Macías López<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Estación. Ávila. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Estación. Ávila. <sup>c</sup>Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 40 años, con antecedentes de anemia ferropénica. IQX: no. Profesión: mecánico. No hábitos tóxicos. EA: Cuadro clínico de 1 semana de evolución de fiebre de hasta 38 °C, cefalea, tos sin expectoración y aumento de su disnea habitual grado 0 hasta hacerse grado 2-3, en tratamiento con levofloxacino 500 mg por 3 días, con escasa mejoría.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 120/80, T<sup>a</sup> 37,8 °C, F.C. LPM, SatO<sub>2</sub>%. Consciente, orientado en las tres esferas, taquipneico. CP: corazón: normal, Pulmonar: MV disminuido en ambos campos con crepitantes bilaterales y sibilantes espiratorios. Abdomen: normal. Pruebas complementarias: QS: GOT: 101, GPT: 127, FA: 173, GGT: 623, LDH: 701, albúmina: 2,9, gasometría venosa: normal, gasometría arterial: insuficiencia respiratoria parcial, PCT: 0,36 ng/ml, PCR 7,17, Hemograma: normal, coagulación normal. Microbiología. Esputo: Tinción de Gram. Cultivo bacteriológico, hongos, Pneumocystis jiroveci: negativo, micobacterias: baciloscopia y cultivo negativos, exudado nasofaríngeo: detección rápida de virus influenza negativo. Serología infecciosa: VEB (virus Epstein Barr) IgM e IgG positivo. Rx tórax: infiltrados alveolares bilaterales. TC de tórax: infiltrados alveolares bilaterales en probable relación con proceso infeccioso en resolución, ganglios mediastínicos e hiliares de aspecto reactivo inespecífico. Ecografía abdominal: signos de esteatosis hepática.

**Juicio clínico:** Neumonía FINE III multilobar.

**Diagnóstico diferencial:** Tuberculosis pulmonar, neumonitis por hipersensibilidad.

**Comentario final:** Tras mala evolución clínica ambulatoria, ingresa en la UCI, inicialmente requirió O<sub>2</sub> con mascarilla reservorio, tratamiento antibiótico con linezolid, claritromicina, tazocel. Presentando evolución favorable desde el punto de vista respiratorio, analítico y hemodinámico. Se realiza estudio completo de probable etiología sin encontrar confirmación de la misma, no se descarta una infección por VEB, ya que el resultado de IgM fue positivo, pero en estudios previos, antes del proceso infeccioso, ya presentaba títulos altos. La neumonía adquirida en la comunidad es una enfermedad que compromete el parénquima pulmonar, ocasionada por la invasión de microorganismos patógenos adquiridos fuera del ambiente hospitalario. Los pacientes con NAC que requieren ingreso en UCI es del 1,2-10%.

### Bibliografía

1. Usefulness and prognostic value of biomarkers in patients with community-acquired pneumonia in the emergency department. *Med Clin (Barc)*. 2017.
2. Consequences of inappropriate empirical antibiotic therapy depending on the patient's clinical situation. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2017.

**Palabras clave:** Tos. Disnea.