



242/740 - TOS Y EXPECTORACIÓN OSCURA DE MÁS DE UNA SEMANA DE EVOLUCIÓN

J. Bajo Ramos^a, M. Gallardo Ramírez^b, R. Hernández García^c y A. López Pérez^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda. Jaén.

^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda. Jaén.

^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Úbeda. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 79 años con bloqueo AV de 1º grado, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, EPOC y adenocarcinoma de próstata como antecedentes personales. Acude en varias ocasiones a su Centro de Salud por cuadro catarral con astenia y tos con expectoración purulenta oscura, de una semana de evolución que no mejoró con tratamiento antibiótico y aerosolterapia. Fue derivado al servicio de urgencias hospitalarias en dos ocasiones para realización de pruebas complementarias y finalmente fue ingresado durante 11 días a cargo de Medicina Interna y Neumología.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración en urgencias destacaba una SatO₂ 92%, hipoventilación generalizada con crepitantes en base izquierda a la auscultación respiratoria. En la analítica se observó un aumento progresivo de los leucocitos ($17,18 \times 10^3/\mu\text{L}$ - $27,13 \times 10^3/\mu\text{L}$) y neutrófilos (85,40-88,4%), aumento de PCR (237,8 mg/dL) y de creatinina (1,8-2,04 mg/dL). En sucesivas radiografías de tórax con proyecciones postero-anterior y lateral se observó la aparición de una condensación bien delimitada de aspecto abscesificada en segmento apical del lóbulo inferior de pulmón izquierdo. Una vez ingresado, se realizó un TAC de tórax donde se describe un absceso pulmonar con posible diseminación endobronquial, nódulos en hemitórax derecho compatibles con émbolos sépticos y adenopatías probablemente reactivas en hilio izquierdo y mediastino. El cultivo de esputo continúa pendiente.

Juicio clínico: Absceso pulmonar con insuficiencia respiratoria y renal asociadas

Diagnóstico diferencial: Infecciones bacterianas (bullas infectadas, empiema, actinomicosis, tuberculosis); infecciones fúngicas (aspergilosis), vasculitis (granulomatosis de Wegener) y tumores (carcinoma primario de pulmón y metástasis pulmonares).

Comentario final: Es importante realizar el seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas reagudizables para evitar las complicaciones derivadas de posponer un tratamiento óptimo. Este paciente recibió 4 pautas distintas de antibioterapia hasta la resolución del cuadro.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.
2. Zamarrón C, Castro Añón O, Calvo Álvarez U, Paredes Vila S. Actualización: Absceso Pulmonar. Medicine 2006;9(65):4205-9.

Palabras clave: Neumonía. Absceso. Antibiótico.