



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/1855 - HEMOPTISIS EN VARÓN DE 60 AÑOS

M. Satorres Pérez^a, S. Carrascosa Gonzalvo^b y C. García Molina^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Integrado El Campello. Alicante. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Integrado El Campello. Alicante. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Elda-Acacias. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 60 años sin alergias, con antecedentes de diabetes mellitus, dislipemia, obesidad (32 kg/m²), fumador (20 paquetes/año) y consumo de 7 UBE/Día en seguimiento por unidad de conductas adictivas. Acude al centro de salud (CS) por tos, astenia y pérdida ponderal no cuantificada de dos meses de evolución, asociando esputos hemoptoicos y olor putrefacto en los últimos 4 días. No dolor pleurítico, disnea, fiebre ni toma anticoagulantes/antiagregantes. Constantes: SatO₂: 98%, T^a: 36,5 °C. Exploración física: buen estado general, eupneico, auscultación cardiopulmonar: rítmica sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. La expectoración mejora tras amoxicilina-clavulánico 875/125 mg en CS 30 días.

Exploración y pruebas complementarias: Radiografía torácica: dos lesiones cavitadas en lóbulo superior y campo medio pulmonar izquierdo. Tomografía torácica: masa y nódulos cavitados en ápex izquierdo. Fibrobroncoscopia: citología con extendido inflamatorio, biopsia sin alteraciones morfológicas y antracosis. Cultivos esputo: flora orofaríngea habitual. Ziehl-Neelsen, Lowenstein-Jensen y cultivo medio líquido negativos.

Orientación diagnóstica: Absceso pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Tuberculosis, aspergiloma, nocardia, endocarditis derecha por *S. aureus*. Bronquiectasias y bronquitis crónica. Carcinoma broncogénico, tumor carcinoide, metástasis endobronquiales (mama/melanoma). Aspiración de cuerpo extraño.

Comentario final: El absceso pulmonar es una lesión cavitada en parénquima pulmonar debida principalmente a aspiración de secreciones de la orofaringe. La infección se produce por anaerobios y es frecuentemente polimicrobiana. La clínica suele ser progresiva, insidiosa, con afectación general, fiebre, sudoración, pérdida ponderal y tos con expectoración purulenta/fétida. La exploración física puede ser inespecífica. El diagnóstico se basa en la historia clínica, analítica, radiografía torácica, tomografía computarizada y broncoscopia. Se requiere ingreso y antibióticos de amplio espectro a altas dosis que cubran anaerobios y los primeros 15 días cocos grampositivos y bacilos gramnegativos aerobios, siendo válidos amoxicilina-clavulánico, moxifloxacino, clindamicina más quinolona, carbapenems o piperacilina/tazobactam.

Bibliografía

1. Cordovilla R, Bollo-de-Miguel E, Núñez-Ares A, et al. Diagnosis and Treatment of Hemoptysis. Arch Bronconeumol. 2016;52(7):368-77.
2. Gavelli F, Patrucco F, Statti G, et al. Mild-to-moderate hemoptysis: a diagnostic and clinical challenge. Minerva Med. 2018;109(3):239-47.
3. Madrid-Pascual O, Larrosa-Barrero R. Infecciones de las vías respiratorias. En: Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7ª ed. Madrid: MSD; 2012; p. 581.

Palabras clave: Absceso pulmonar. Hemoptisis. Diagnóstico.