



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/3819 - NO CORRAS MUCHO, QUE TE ASFIXIAS

A. Mesa Hernández<sup>a</sup>, A. Medina Santos<sup>b</sup> y M. González González<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés y Sauces. Las Palmas. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Periférico Breña Baja. Las Palmas. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro Periférico Breña Baja. Las Palmas.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 18 años. Acude por un cuadro, de 24 horas de evolución, de fiebre alta (hasta 39,6 °C), malestar general, disnea y dolor en la región esternal al toser. AP: sin interés. En la anamnesis refiere la realización de footing en el medio rural el día previo al inicio de la sintomatología. Tras la exploración física se solicita analítica y Rx de tórax. Al evidenciarse alteración analítica (sobre todo, PCR a 24,49 mg/L), se deriva al Servicio de Urgencias del Hospital. Fue ingresado por neumonía adquirida en la comunidad (NAC) bilateral multilobal y, posteriormente presentó una hepatitis aguda secundaria a la infección por *Mycoplasma pneumoniae*. El paciente evolucionó favorablemente.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración: TA: 126/70 mmHg. FC: 97 lpm, FR: 28/min, SatO<sub>2</sub> 95%. Temperatura: 37,8 °C. Exploración física: consciente, orientado, normohidratado y normocoloreado. Taquipneica en reposo. AC-P: MV disminuido en base pulmonar derecha con algunos crepitantes bibasales, no roncus ni sibilancias. Resto exploración: normal. Rx tórax: infiltrado basal derecho con posible derrame de escasa cuantía acompañante, algún infiltrado algodonoso parcheado en base izquierda (lígula). Analítica: PCR: 24,49 mg/L, LDH: 2,6 U/l. Hemograma: leucocitos  $7,2 \times 10^3/\mu\text{L}$ , segmentados  $6,4 \times 10^3/\mu\text{L}$ , Hb 17,3 g/dL, plaquetas:  $162 \times 10^3/\mu\text{L}$ . Orina: cuerpos cetónicos 50, urobilinógeno 8, bilirrubina 1, hb 10. En ingreso: procalcitonina 0,61 ng/mL, osmolaridad suero 275 mOsmol/kg. Gripe A y B (exudado), Ag Legionella y neumococo (orina): negativos.

**Orientación diagnóstica:** Infección respiratoria de vías bajas

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía adquirida en la comunidad (NAC), neumonía atípica, gripe tipo A, tipo B.

**Comentario final:** Los agentes etiológicos más frecuentes asociados a la NAC son el *Streptococcus pneumoniae* y el *Mycoplasma pneumoniae* (MP). Sin embargo, en menos del 10% de los casos de infección por MP el cuadro evoluciona a una NAC, observándose, en un porcentaje pequeño, afección extrapulmonar, siendo rara la afectación hepática.

### Bibliografía

1. Neumonía adquirida en la comunidad. INFAC. 2016;24(5):22-8.
2. Torres A, Barberan J, Falguera M, et al. Guía multidisciplinar para la valoración pronóstica, diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. Med Clin (Barc). 2013;140(5):223.e1-19.

**Palabras clave:** Neumonía adquirida en la comunidad. Hepatitis. Mycoplasma pneumoniae.