



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/727 - MÁS GRAVE DE LO QUE PARECE

C. David Iglesias¹, R. Martínez Arribas², B. Cinta Bella³ y L. García Haba²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pedro de la Fuente. Toledo. ²Médico de Familia. Centro de Salud Pedro de la Fuente. Bargas. Toledo. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Bárbara. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 58 años fumadora que acude por tos sin expectoración, fiebre y disnea de moderados esfuerzos de 7 días de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: SatO₂ 90%, crepitantes en base derecha. Se pauta amoxicilina 1 g cada 8h, y formoterol/budesonida 160/4,5 µg, 2 inhalaciones cada 8h. Empeoramiento de la clínica, apareciendo cianosis en partes acras, sin poder captar la saturación. Pruebas complementarias: Electrocardiograma: taquicardia sinusal, resto normal. Analítica: leucocitosis con neutrofilia, elevación de reactantes de fase aguda y fracaso renal agudo. Radiografía tórax: condensación en lóbulo inferior derecho. Ante empeoramiento y resultados se remite a urgencias hospitalarias donde avisan a la UVI para ingreso, realizándole serología, positiva para virus influenza A, y completando analítica con procalcitonina elevada.

Orientación diagnóstica: Shock séptico respiratorio secundario a neumonía adquirida en la comunidad grave por gripe A.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardiaca congestiva. Neoplasia pulmonar: descartada por clínica y resultado de pruebas complementarias. Embolia pulmonar: descartada por la clínica. Hemorragia pulmonar. Agudización de bronquiectasias. Tuberculosis: descartada por resultado de pruebas complementarias.

Comentario final: La neumonía adquirida en la comunidad es una infección aguda del parénquima pulmonar, en pacientes no hospitalizados o institucionalizados y que no han sido ingresados en un hospital, en los 14 días previos al inicio de los síntomas. En la mayoría de los casos, el agente causal no llega a identificarse; siendo el más frecuente el *Streptococcus pneumoniae*. Clínicamente suelen presentar tos (con o sin expectoración), disnea, dolor torácico y fiebre. El diagnóstico se realiza mediante radiografía de tórax donde se observaría una imagen de condensación. El tratamiento consiste en antibiótico, amoxicilina 1 g/8 horas, o amoxicilina-ácido clavulánico 875-125 mg/8 horas durante 5 días, de elección, y en alérgicos a penicilina, levofloxacino 500 mg/24 horas (o moxifloxacino 400 mg diarios) durante 5 días. Nuestra paciente tras su ingreso en UVI y planta de medicina interna con tratamiento antibiótico, corticoideo, broncodilatador y antiviral mejora clínicamente, resolviéndose cuadro infeccioso y siendo dada de alta.

Bibliografía

1. Llor Vilá C, Moragas Moreno A, Bayona Faro C. Infecciones del tracto respiratorio inferior. AMF 2018;14(11):622-9.
2. Uptodate. Disponible en: <https://www-uptodate-com.sescam.a17.csinet.es>

Palabras clave: Neumonía. Pulmón. Neumología.