Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):80

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2914 - LA OTRA CARA DE NEUMOCOCO

M. Solana Palazón[a], M. Vigil Velis[b], J. Ballesta Lozano[a], M. Serna Martínez[a], S. Herreros Juárez[a], L. González Monteagudo[c], L. Ruíz García[a], S. Hernández Baño[a], M.M. Antonio González[d] y L.M. González Torres[e]

[a]Médico Residente. Centro de Salud Cieza Oeste. Murcia. [b]Intensivista. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Infante. Murcia. [d]Médico de Familia. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Floridablanca. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: AP: no RAM. No FRCV. Fumador. Bebedor de 1/2 litro de whisky/día. Iqxs: neumotórax espontáneo con colocación de tubo de drenaje y posterior toracotomía con bullectomía y decorticación. EA: varón, 57 años. Ingresa en S. Infecciosas tras diez días de fiebre, tos no productiva y debilidad generalizada. En urgencias se detecto NAC en LID con antigeno de neumococo positivo. En hemocultivos se aisló coco Gram +. Se observó leucopenia y plaquetopenia. Se trató con ceftriaxona y azitromicina pero evolucióna tórpidamente con disnea extrema y agitación psicomotriz por lo que ingresa en UCI.

Exploración y pruebas complementarias: PAS: 130 mmHg. PAD: 70 mmHg. FC: 150 lpm. FR: 38 rpm. satO2: 90% Tª: 36,0 ºC. Consciente, agitado, desorientado, delirante. Caquéctico. ACP: rítmico, no soplos. Respiración soplante en pulmón derecho. Abdomen: no palpo organomegalias. No doloroso. Mmii: Pulsos periféricos presentes. Hemograma: Hb: 13,5 g/dL Leuc: 8,1 × 10^3/uL N: 95% Plaq: 47,0 × 10^3/uL. Bioquímica: Gluc: 69,0 mg/dl. Creat: 0,9 mg/dl. Na: 137,0 mmol/L. K: 3,4 mmol/L. Procalcitonina 427,24. GSV: pH: 7,24. pO2: 30,0 mmHg. pCO2: 59,0 mmHg. CO3H: 24,0 mmHg. EB: -4,0 mmHg. Lact: 3,0 mmol/L. Coagulación: Act Prot: 89,0%. Fibrinógeno 1.203,0 mg/dl. ECG: RS a 150 lpm. Rx tórax: infiltrado en LID. TC tórax: infiltrado en vidrio deslustrado parcheado bilateral compatible con neumonía acompañado de hepatización del LID con cavidades en su interior, compatible con neumonía necrotizante. Serología VHC, VIH, VHB, Ag *Legionella* negativo. Ag neumococo en orina positivo. Cultivo de micobacterias negativo. Hemocultivo: *S. pneumoniae* sensible a cefotaxima y levofloxacino.

Juicio clínico: Shock séptico secundario a neumonía necrotizante. Síndrome de deprivación alcohólica.

Diagnóstico diferencial: TBC. Cáncer de pulmón. Sarcoidosis. Absceso pulmonar. Vasculitis granulomatosas.

Comentario final: La neumonía por neumococo es la causa más frecuente de NAC con una evolución favorable mayoritariamente, en ausencia de enfermedades predisponentes. En raras ocasiones, es capaz de evolucionar a formas abscesificadas o necrotizantes e incluso asociar

infección polimicrobiana. Aunque no existe una clara indicación de doble terapia antibiótica, se restringe su uso para pacientes críticos con cefalosporinas de 3ª generación y macrólidos o quinolonas.

Bibliografía

1. Marrie TJ, Tuomanen EI. Pneumococcal pneumonia in adults. Uptodate, 2014.

Palabras clave: *Neumococo. Neumonía necrotizante.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.