Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):35

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/920 - NO ES ORO TODO LO QUE PARECE

J. Villar Ramos[a], M. Montes Pérez[b], P. López Tens[c], A. Blanco García[d], D. Fernández Torre[e], M.E. Guerra Hernández[d], D. López Fernández[d], A. Robles Amieva[a], J. Parra[f] y S.F. Pini[b]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Camargo. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. [e]Médico Residente. Centro de Salud Centro. Santander. [f]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón 40 años sensación distérmica. Mialgias de 3 días. Tos sin expectoración y dolor pleurítico en hemitórax derecho. AP: exfumador de 20 paquetes-año. HTA, DM2. Hepatopatía crónica. Hemocromatosis

Exploración y pruebas complementarias: Tª: 36,9 ºC. TA 125/80. FC: 83 lpm. FR: 15. SatO2: 97% con O2: 2lx´. ACP: rítmico, MVC con ligeros crepitantes en base derecha. Abdomen: normal. EEII: sin edemas ni signos TVP. Rx tórax: no derrame. No condensación. No fracturas. Reexplorado: tendente al sueño: Tª 38 ºC. TA 75/50. FC 90. SatO2: 95%. Hemograma: leucos 27.800 (metamielocitos 6, cayados 22). Bioquímica: urea 71 mg/dL, creatinina 3,59 mg/dL, FG: 20. PCR > 25 mg/dL, CK 83. EyS: nitritos: negativo. Resto: positivo bacteriuria. Esputo: flora comensal. Sepsis: lactato basal 28,4 mg/dL. Procalcitonina 87,97 ng/mL. GSV: pH 7,382; pCO2 37,0 mmHg; HCO3std 21,5 mmol/L; O2 sat 72,8%. Ag en orina *Legionella* y neumococo: negativos. Hemocultivos: negativos. Urocultivo: negativo. Serología: *C. burnetii* IgG e IgM: negativo. *M. pneumoniae* IgG: positivo. *M. pneumoniae* IgM: negativo. Rx tórax a las 24 horas: neumonía lobar LID.

Juicio clínico: Sepsis de origen respiratorio. Neumonía adquirida en la comunidad LID. Insuficiencia renal aguda secundaria a infección respiratoria.

Diagnóstico diferencial: Sepsis. Neoplasia.

Comentario final: NAC sin agente etiológico 37-44% de los casos. En > 50% *S. pneumoniae.* Adultos jóvenes se identifica con más frecuencia *Mycoplasma pneumoniae.* Se establece el diagnostico de sospecha ante la aparición de un nuevo infiltrado radiológico no justificable por otra causa en un paciente con síntomas (afectación estado general con síntomas respiratorios: tos, expectoración, disnea, dolor torácico pleurítico, hemoptisis...) estamos ante un caso en el cual no había infiltrados al comienzo. FINE 1 (40 puntos), podríamos decidir el tratamiento ambulatorio. Esperando la analítica pudimos comprobar el empeoramiento del estado general del paciente y clasificar al paciente de alto riesgo.

Bibliografía

1. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis. 2007;44(Suppl 2):S27.

Palabras clave: *Neumonía. Disociación clínico-radiológica. Infección respiratoria. Adultos. Sepsis de origen respiratorio.*

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