Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2109

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/2577 - NEUMONÍA RÁPIDAMENTE FATAL

A. García García[a], P. Sánchez-Seco Toledano[b], B. Yuste Martínez[a], M. Cano Ruiz[a], J. Cuevas Morales[c] y R. Piedra Castro[c]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 61 años que acude a urgencias por presentar fiebre, hemoptisis y disnea tras cuadro catarral de una semana de evolución, con infiltrado intersticial bilateral en Rx tórax. Se decide observación, oxigenoterapia y tratamiento con levofloxacino, ceftriaxona y oseltamivir. Al día siguiente presenta sepsis grave, leucopenia y trombocitopenia graves, motivando ingreso en UCI. Se inicia perfusión con Noradrenalina y se repite Rx tórax, mostrando infiltrados nodulares bilaterales y se modifica tratamiento antibiótico: meropenem, linezolid, voriconazol y levofloxacino. Además, debido a presencia de periquitos en domicilio, se añade doxiciclina para cubrir Chlamydia psittaci. Posteriormente, empeoramiento con alteraciones de la coagulación e isquemia en extremidades. Fibrobroncoscopia: exudado blanquecino en tráquea y bronquio principal izquierdo. Hemocultivos positivos para S. aureus productor de leucocidina PV y E.coli y PCR de Gripe A positiva. TAC torácico: neumonía lobar en LII y bronconeumonía bilateral cavitada con derrame pleural bilateral. Finalmente, el paciente sufre shock séptico refractario a soporte vasoactivo y fracaso multiorgánico, causando su fallecimiento.

Exploración y pruebas complementarias: Al ingreso: SatO2 87%, FR 30 rpm, febrícula, signos de deshidratación y auscultación de roncus dispersos. Analítica en UCI: pH 7,18, pCO2 46, pO2 92, HCO3 17,5, leucocitos 600, plaquetas 74.000, PCR 293 y alteraciones del perfil renal y hepático. Rx tórax al ingreso y posteriormente. Hemocultivos, antigenuria Legionella y neumococo, PCR gripe y serología para Chlamydia psittaci. Fibrobroncoscopia. TAC torácico.

Juicio clínico: Neumonía comunitaria por E. coli y S. aureus productor de toxina Panton Valentine y gripe A.

Diagnóstico diferencial: Tuberculosis, absceso pulmonar, bronquiectasias, neumonía eosinófila aguda.

Comentario final: En pacientes sanos con neumonía rápidamente progresiva posterior a cuadro catarral y leucopenia hay que pensar en S. aureus productor de leucocidina PV como agente etiológico, y comenzar tratamiento empírico debido a la elevada mortalidad de este cuadro. Las leucocidinas son exotoxinas con acción citolítica sobre PMN, monocitos y macrófagos, produciendo apoptosis celular y necrosis.

Bibliografía

1. Morrison MA, Hageman JC, Klevens RM. Case definition for community-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus. J Hosp Infect. 2006;62:241.
2. Panton PN, Valentine FCO. Staphylococcal toxin. Lancet. 1932;1:506.
3. Moran GJ, Krishnadasan A, Gorwitz RJ, et al. Methicillin-resistant S. aureus infections among patients in the emergency department. N Engl J Med. 2006;355:666.

Palabras clave: Neumonía cavitada. Leucocidina Panton Valentine.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.