



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 423/114 - ¿NEUMONÍA RECIDIVADA?

S. Zarza Martínez<sup>1</sup>, J. Monllor Méndez<sup>2</sup>, S. Álvarez López<sup>3</sup>, B. Serrano Montalbán<sup>4</sup>, B. Párraga Vico<sup>5</sup>, M. Fernández Vizcaíno<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcázar 2. Ciudad Real, <sup>2</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villarta de San Juan. Ciudad Real. <sup>3</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tomelloso II. Alcázar de San Juan, <sup>4</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcázar 2. Ciudad Real. <sup>5</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Madridejos. Toledo.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 78 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, exfumador, Trombocitosis esencial secundario a mielofibrosis idiopática controlada con hydrea, claudicación intermitente con isquemia crónica de MII, Miocardiopatía dilatada multifactorial con disfunción de ventrículo izquierdo muy severa con stent farmacoactivos en circunfleja proximal y distal y oclusión crónica de coronaria derecha no revascularizable. Tumor en paladar reseado y tumor cerebral intervenido hace más de 32 años (no aporta informes). Acude a revisión en consulta de atención primaria tras ingreso en Medicina Interna por Neumonía bibasal (2º ingreso por mismo motivo en un mes y medio) con persistencia de tos, que relacionaba también con inicio de ramipril, por lo que lo sustituimos por losartán y citamos en 1 mes salvo incidencias. En la siguiente revisión el paciente refiere haber perdido peso desde la visita anterior (no cuantificada), persistencia de la tos y presentar hemoptisis escasa en los últimos 3 días, que esa noche se hizo algo mayor. Niega fiebre. No vómitos. No refiere otra clínica. Se deriva a Urgencias Hospitalarias, tras explorarle, para completar estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Temperatura 36,4 °C, TA 105/50, FC 72 lpm, SatO2 basal 96%, Consciente, eupneico. AC: rítmica, soplo sistólico panfocal leve. AP: MV disminuido de manera generalizada sin ruidos añadidos. Abdomen: blando y depresible, no masas ni megalias, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal. MMII: signos de insuficiencia venosa crónica, edemas con fovea hasta 1/3 de distal del derecho. Analítica sanguínea: hemoglobina 9,9 mg/dl, VCM 101, HCM 32, leucocitos 8.800, plaquetas 530.000, TP 80%, creatinina 0,8, urea 36, glucosa 189, PCR 4,1, sodio 137, potasio 3,9, GAB: pH 7,47, pO2 67,5, pCO2 33,5, HCO3 24,2, SatO2 93,3%. Rx tórax: signos degenerativos a nivel de columna dorsal. ICT normal. Infiltrado basal derecho con engrosamiento hilar derecho. No signos de derrame pleural. Se revisan radiografías previas, en las que aparece infiltrado similar a pesar de antibioterapia durante ingresos hospitalarios. Se ingresa para estudio en Neumología con conclusión en TC de tórax: hallazgos sugestivos de neoplasia en el bronquio del LID (unos 36 mm de diámetro mayor), con adenopatía patológica hilar ipsilateral. Este hallazgo se confirmó posteriormente con fibrobroncoscopia.

**Juicio clínico:** Carcinoma epidermoide de pulmón: T2aN1M0 (estadio IIa).

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía adquirida en la comunidad, tuberculosis pulmonar, intolerancia a IECA, neoplasia pulmonar, Bronquitis crónica.

**Comentario final:** Ante un paciente tratado de neumonía consolidativa, se debería realizar una revisión postratamiento. Si el paciente es fumador, mayor de 50 años o persisten síntomas, se realizará revisión con radiografía de tórax a las 6 semanas tras el tratamiento, para valorar resolución del cuadro u otra patología adyacente. Si sospechamos intolerancia a algún fármaco, debemos comprobar que, al retirar dicho fármaco, cesa la clínica por la que consultó. Ante una posible neumonía recidivada en la misma localización, debemos sospechar neoplasia con una posible infección respiratoria añadida o no.

## Bibliografía

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Compendio de Medicina de urgencias: guía terapéutica, 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.

Suárez Pita D, Vargas Romero JC, Salas Jarque J, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de octubre, 8ª ed. Madrid: MSD. 2016.