



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

## 387/208 - SEPSIS SECUNDARIA A BRONCONEUMONÍA BILATERAL

D. Simarro Díaz<sup>1</sup>, S. López Santos<sup>2</sup>, I. Sánchez Martín<sup>3</sup>, A. Artíme Fernández<sup>4</sup>, A. Valdor Cerro<sup>5</sup>, Y. Rodríguez González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Cantabria.<sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria.<sup>5</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Torrelavega. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 86 años independiente para ABVD. FIS conservadas con cifras límite de HTA sin tratamiento crónico. Acude al Centro de Salud por tos sin expectoración, disnea de moderados esfuerzos con fiebre de hasta 38 °C e hipotensión desde hace tres días. No dolor torácico ni otra sintomatología acompañante. Se deriva al servicio de Urgencias para descartar septicemia.

**Exploración y pruebas complementarias:** Presenta TA de 98/56, FC de 96 y una SATO2 de 96%. AC: rítmica sin soplos. AP: crepitantes bilaterales y sibilancias dispersas. Abdomen: anodino. EEII: no edemas. En la bioquímica se observa un FG de 33 no que no presentaba anteriormente. Procalcitonina de 25 ng/ml. NT-proBNP 5.599 pg/ml, resto normal. En la gasometría un lactato de 2,3 mmol/L con una insuficiencia respiratoria parcial hipoxémica. En el hemograma leucocitosis  $2,6 \times 10^3/\mu\text{l}$ , cayados 3%, hemoglobina 10,5 y plaquetas  $109 \times 10^3/\mu\text{l}$ . Antígeno de Streptococcus pneumoniae y Legionella negativos. Frotis nasofaríngeo positivo para Virus Respiratorio Sincitial. En RX de tórax se observa varias condensaciones bilaterales. En el TAC de tórax se ven múltiples condensaciones con morfología pseudonodular en ambos campos pulmonares, con broncograma aéreo. Asimismo se observan zonas parcheadas bilaterales en vidrio deslustrado. No derrame pleural. Fibroscopia sin alteraciones. En el ECG FA a 138 lpm. Ecocardiograma con FEV1 normal y cierta disfunción diastólica. Se comienza con AB de amplio espectro (piperacilina/tazobactam), digoxina y seguril iv. Se extrajeron hemocultivos y se decidió ingreso en Medicina Interna.

**Juicio clínico:** Sepsis secundaria a bronconeumonía bilateral. Infección por VRS. Insuficiencia respiratoria parcial hipoxémica. ACxFA paroxística en contexto séptico con insuficiencia cardiaca secundaria.

**Diagnóstico diferencial:** Bronconeumonía bilateral. Metástasis múltiples pulmonares. Insuficiencia cardiaca.

**Comentario final:** Tras varios días ingresada con antibiótico, nebulizaciones y corticoide la paciente tuvo una recuperación paulatina tanto clínica como analíticamente. Los hemocultivos fueron negativos. La paciente está asintomática con buena diuresis y saturaciones. FC controlada y ECG en ritmo sinusal. Su tratamiento al alta fue acetilcisteína, levofloxacino 500 mg durante 4 días hasta completar la semana e hidroferol 1/15 días. Como médico de Centro de Salud y Urgencias debemos de realizar un buen diagnóstico diferencial por ello en este caso ante la imagen de la RX de pulmón que era sugestiva de "en suela de globos" se decidió realizar una TAC pulmonar para descartar un proceso tumoral.

### Bibliografía

Woodhead M, et al. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections-summary Clin Microbiol Infect. 2011;17:1-24.

Mandell 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:S27-S72.