



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

284/65 - DOCTOR, ESTA NEUMONÍA NO CURA

C. Castillo Ramos^a, J. Giménez Pérez^b, E. Ponsa Aguilera^c, M. Lloret Arabi^d, C. Garavito Hernández^e y Á. Pérez Ortiz^f

^aMetge Resident de Medicina Familiar i Comunitària. CAP Terrassa Sud. Barcelona. ^bMetge Resident de Medicina Familiar i Comunitària. CAP Terrassa Sud. Terrassa. Barcelona. ^cMetge Resident de Medicina Familiar i Comunitària. CAP Sant Cugat. Barcelona. ^dMetge Resident de Medicina Familiar i Comunitària. CAP Sant Cugat. Sant Cugat del Vallés. Barcelona. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Sant Cugat del Vallés. Barcelona. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Valldoreix. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 56 años, médico de profesión, sin antecedentes de interés, que acude a la consulta por tórpida evolución de neumonía comunitaria. El cuadro se inició hace 48 horas de la llegada de un viaje a Indonesia donde ha estado realizando deportes acuáticos y presentó la picadura de un insecto o animal en el brazo sin signos flogóticos. Inicialmente comenzó con tos seca, difteria y artromialgias, finalmente fiebre a las 24 horas y afectación del estado general. Acudió a Urgencias Hospitalarias donde se realizó una radiografía que mostró una condensación en el lóbulo superior izquierdo, orientándose como neumonía adquirida en la comunidad e iniciando levofloxacino. Después de 6 días, acude a la consulta de atención primaria por persistencia de fiebre y afectación del estado general con tos productiva.

Exploración y pruebas complementarias: TA 129/81, FC 77 lpm, FR 16 rpm, T 35 °C, SO2 basal 95%. Normohidratado y normocoloreado. AR: Murmullo vesicular conservado con algún roncus en el campo anterior-superior izquierdo. AC: normal. Abdomen: blando y depresible, no visceromegalias. AG: Hb 14,8 g/dl, leucocitos 15.970/L (74% segmentados, 1% banda), bilirrubina 0,78 mg/dl, Na 139 mmol/l, K 4,42 mmol/l, CPK 54 UI/L, AST 78 UI/L, ALT 48 UI/L, GGT 405 UI/L, FA 430 UI/L, PCR 182 mg/l, T Quick 77%. Ag. Influenza A y B: negativo. Ag neumococo y Legionella negativo. Cultivo esputo, faríngeo y nasal negativo. Serologías negativas de Legionella pneumophila, Mycoplasma, Chlamydophila pneumoniae, Chlamydia psittaci, Coxiella burnetii y Rickettsia conorii. Rx tórax: condensación en lóbulo superior izquierdo segmento anterior que ha aumentado respecto a la previa. Pinzamiento de seno costofrénico izquierdo. Ecografía abdominal: normal. TC tórax: condensación en lóbulo superior izquierdo en el segmento anterior capitana parcialmente, asociado a engrosamiento de paredes bronquiales.

Juicio clínico: Neumonía cavitada por probable *Burkholderia pseudomallei*.

Diagnóstico diferencial: Neoplasias, tuberculosis, histoplasmosis, fiebre Q, paragonimisis, Chlamydia psittaci.

Comentario final: Tras el resultado de las pruebas de imagen y la tórpida evolución de la neumonía, teniendo en cuenta el antecedentes del viaje reciente a Indonesia donde el paciente ha estado en estrecho contacto con el agua, hemos de realizar un diagnóstico diferencial con las etiologías propias del sudeste asiático, y pensar que *Burkholderia pseudomallei* es el germe más frecuente responsable de las neumonías adquiridas en la comunidad en Indonesia. Bajo esta orientación diagnóstica, requirió ingreso hospitalario y tratamiento

empírico con ceftazidima con respuesta clínica a las 24 horas, con mejoría del estado general, disminución de la expectoración y de la fiebre, caída de los reactantes de fase aguda y mejoría lenta del patrón de colostasis disociada. Al alta se pauta tratamiento con ceftazidima 2 g/8h hasta completar 7 días y Septrin Forte 1 c/12 h. Por tanto, como conclusión, deberíamos siempre ante tórpida evolución de una neumonía con antecedente reciente de viaje, pensar en el diagnóstico diferencial de los distintos gérmenes endémicos de la zona de donde proviene.

Bibliografía

1. Limmathurotsakul D, Dance DAB, Wuthiekanun V, et al. Systematic Review and Consensus Guidelines for Environmental Sampling of *Burkholderia pseudomallei*. PLoS Neglected Tropical Diseases. 2013;7(3):1-11.