Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1574

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/417 - Absceso pulmonar cavitado

M. Martínez Pujalte[a], A.C. Frazao dos Santos[b], A. Carrasco Angulo[c], L. Úbeda Cuenca[d], D.P. Piñar Cabezos[e], A.B. Martorel Pro[f], C. Aguayo Jiménez[e], Y. Romero Castro[f], M.Á. Gomariz Martínez[f] y M.G. Cortez Lede[g]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de los Alcázares. Murcia. [c]Médico de Familia. Centro de Salud de San Javier. Murcia. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. [e]Médico Internista. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. [f]Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. [g]Cirugía Maxilofacial. Urgencias Hospital Universitario Virgen Arrixaca. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 60 años, con antecedentes de HTA, hipotiroidismo asma bronquial intrínseca bien controlada y cavitación pulmonar en LID en seguimiento por Neumología hasta 2010, que presenta desde hace 3 meses varios episodios de infección respiratoria, consistentes en rinitis, odinofagia, con tos y expectoración posterior. Por este motivo se le pautan múltiples pautas ATB en los últimos meses. Recientemente acude a la consulta por nuevo episodio de tos no productiva de una semana de evolución asociado a febrícula y malestar general, se solicita Rx tórax, objetivando imagen compatible con absceso pulmonar en campo pulmonar derecho y se decide derivación a Urgencias para ingreso a cargo de Neumología para completar estudio. Durante el ingreso se realiza TC tórax, visualizándose lesión con paredes finas con nivel hidroaéreo, por lo que se inicia tratamiento con levofloxacino y clindamicina, nebulizaciones con mejoría progresiva hasta recuperar situación basal. Se decide alta a domicilio con control en 3 semanas.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración: BEG, CYO, eupneica en reposo, Sat O2 99%, TA: 146/80, FC: 73 lpm. AC: Rítmica, sin soplos. AP: MVC, algún sibilante disperso. Abdomen: no doloroso, blando y depresible, sin masas, ni megalias y sin signos de irritación peritoneal. Analítica: glucosa 101 mg/dl, urea 31 mg/dl,

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

creatinina 0,6 mg/dl, Na 137 mEq/l, PCR 1,6 mg/dl, leucocitos 5.080 (neutrófilos 53%, linfocitos 39%, monocitos 5%, basófilos 0%, eosinófilos 2%), hemoglobina 15 g/dl, hematocrito 44%, plaquetas 147.000. Rx tórax: lesión cavitada en campo pulmonar derecho. TC tórax: LOE redondeada, en segmento superior del LID, de 4 × 3,6 cm, pared fina (1,1 mm) con presencia de nivel hidroaéreo en su interior. Broncoscopia: lesión quística en LID sobreinfectada. Cultivo y baciloscopia de esputo negativos.

Juicio clínico: Absceso pulmonar cavitado.

Diagnóstico diferencial: 1. Tuberculosis. 2. Empiema con fistula broncopleural. 3. Carcinoma abscesificado. 4. Neumonía. 5. Bulla enfisematosa infectada. 6. Micosis.

Comentario final: Gracias a la solicitud de la radiografía en el centro de salud, se diagnostica precozmente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mansharamani NG, Koziel H. Chronic lung sepsis: lung abscess, bronchiectasis, and empyema. Curr Opin Pulm Med. 2003;9:181-5.

2. Chung G, Goetz MB. Anaerobic infections of the lung. Curr Infect Dis Resp. 2000;2:238-44.

3. Stark DD, Federle MP, Goodman PC, et al. Differentiating lung abscess and empyema: radiography and computed tomography. Am J Roentgenol. 1983;141:163-7.

4. Williford ME, Godwin JD. Computed tomography of lung abcess and empyema. Radiol Clin North Am. 1983;21:575-83.

5. Wang JL, Chen KY, Fang CT, et al. Changing bacteriology of adult community-acquired lung abscess in Taiwan: Klebsiella pneumoniae versus anaerobes. Clin Infect Dis. 2005;40:915-22.

6. Bartlett, JG. The role of anaerobic bacteria in lung abscess. Clin Infect Dis. 2005;40:923-5.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.