



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1730 - Una NEUMONÍA muy particular

A. Viña Almunia<sup>a</sup>, A.I. Seoane Novás<sup>a</sup>, M. Bernuz Rubert<sup>b</sup>, A. Núñez Villén<sup>c</sup>, A.B. González Navalón<sup>d</sup>, D. Lumbreras Manjón<sup>e</sup>, J. Precioso Costa<sup>f</sup>, F.M. Navarro i Ros<sup>f</sup>, M.J. Larré Muñoz<sup>f</sup> y A. Tamarit Latre<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Zona Hospital Peset. Valencia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. <sup>d</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. <sup>e</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Zona Hospital Peset. Valencia. <sup>f</sup>Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. <sup>g</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Zona Hospital Peset. Valencia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 20 años, sin antecedentes médicos, que consulta por accesos de tos con algún esputo hemoptoico, mialgias generalizadas y fiebre de 39,5 °C. Su MAP pauta azitromicina y paracetamol. Tras 5 días no presenta mejoría por lo que se pauta claritromicina. A los 11 días persiste fiebre y tos intensa. No síndrome constitucional. Se decide remitir a Urgencias. No contacto con TBC ni consumo de tabaco ni drogas ni alcohol. No viajes recientes ni extracciones dentarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 116/65 mmHg. FC 108 lpm. Sat O2 96%. T<sup>a</sup> axilar 38,5 °C. Taquipneico en reposo. Consciente. Orientado. Normohidratado. Normocoloreado. Buen estado general. Tos en consulta. AC: rítmico sin soplos. AP: mvc, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: anodino. Oropharinge sin hallazgos. ECG: sin hallazgos. Analítica: a destacar PCR: 223 mg/L. Leucocitos: 23,1 × 10<sup>9</sup>/L, Neutrófilos: 20,5 × 10<sup>9</sup>/L. Rx tórax: neumonía cavitada en LSD. Espuma: 10 células epiteliales y > 25 leucocitos polinucleares. Tinción de Ziehl-Neelsen: no se observan BAAR. Orina: detección de Ag rápido de Legionella y neumococo: negativo. Ingresa en Neumología con vancomicina y ceftriaxona por sospecha de neumonía bacteriana cavitada ( posible por MRSA). Cultivo de esputo: diplococos gram positivos. Detección rápida PCR en tiempo real (geneXpert): negativo para Mycobacterium tuberculosis complex. Analítica con PCR en descenso. Broncoscopia: bronquio derecho: no lesiones endobronquiales ni restos hemáticos. Mucosa hiperémica con carinas conservadas. Secreciones purulentas en segmento posterior LSD. Bronquio izquierdo: sin alteraciones significativas. Muestras microbiológica: BAAR Lowestein negativo.

**Juicio clínico:** Neumonía cavitada debida a diplococos gram positivos.

**Diagnóstico diferencial:** Neumonías bacterianas necrotizantes por S. aureus, bacterias gram negativas y anaerobias. Infección post-primaria TBC: infiltrados en parénquima pulmonar con nódulos satélites y lesiones cavitadas.

**Comentario final:** Las neumonías cavitadas son un tipo de neumonías no muy frecuentes en el que hay que realizar un diagnóstico diferencial con tuberculosis. Hay que tener en cuenta a la hora de realizar un tratamiento empírico en personas tanto inmunocomprometidos como inmunocompetentes el SAMR. Para llegar a un correcto diagnóstico, será importante realizar un buen diagnóstico diferencial tanto como a nivel

de atención primaria como urgencias o atención especializada.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gillet Y, Issartel B, Vanhems P, Fournet JC, Lina G, Bes M, et al. Association between *Staphylococcus aureus* strains carrying gene for Panton-Valentine leukocidin and highly lethal necrotising pneumonia in young immunocompetent patients. *Lancet*. 2002;359:753-9.