



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2914 - La otra cara de Neumococo

M. Solana Palazón^a, M. Vigil Velis^b, J. Ballesta Lozano^a, M. Serna Martínez^a, S. Herreros Juárez^a, L. González Monteagudo^c, L. Ruíz García^a, S. Hernández Baño^a, M.M. Antonio González^d y L.M. González Torres^e

^aMédico Residente. Centro de Salud Cieza Oeste. Murcia. ^bIntensivista. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Infante. Murcia. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Floridablanca. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: AP: no RAM. No FRCV. Fumador. Bebedor de 1/2 litro de whisky/día. Iqxs: neumotórax espontáneo con colocación de tubo de drenaje y posterior toracotomía con bullectomía y decorticación. EA: varón, 57 años. Ingresa en S. Infecciosas tras diez días de fiebre, tos no productiva y debilidad generalizada. En urgencias se detecta NAC en LID con antígeno de neumococo positivo. En hemocultivos se aisló coco Gram +. Se observó leucopenia y plaquetopenia. Se trató con ceftriaxona y azitromicina pero evoluciona tórpida con disnea extrema y agitación psicomotriz por lo que ingresa en UCI.

Exploración y pruebas complementarias: PAS: 130 mmHg. PAD: 70 mmHg. FC: 150 lpm. FR: 38 rpm. satO₂: 90% T^a: 36,0 °C. Consciente, agitado, desorientado, delirante. Caquético. ACP: rítmico, no soplos. Respiración sopla en pulmón derecho. Abdomen: no palpo organomegalias. No doloroso. Mmii: Pulsos periféricos presentes. Hemograma: Hb: 13,5 g/dL Leuc: $8,1 \times 10^3/\mu\text{L}$ N: 95% Pla: $47,0 \times 10^3/\mu\text{L}$. Bioquímica: Gluc: 69,0 mg/dL Creat: 0,9 mg/dL Na: 137,0 mmol/L. K: 3,4 mmol/L. Procalcitonina 427,24. GSV: pH: 7,24. pO₂: 30,0 mmHg. pCO₂: 59,0 mmHg. CO₃H: 24,0 mmHg. EB: -4,0 mmHg. Lact: 3,0 mmol/L. Coagulación: Act Prot: 89,0%. Fibrinógeno 1.203,0 mg/dL. ECG: RS a 150 lpm. Rx tórax: infiltrado en LID. TC tórax: infiltrado en vidrio deslustrado parcheado bilateral compatible con neumonía acompañado de hepatización del LID con cavidades en su interior, compatible con neumonía necrotizante. Serología VHC, VIH, VHB, Ag *Legionella* negativo. Ag neumococo en orina positivo. Cultivo de micobacterias negativo. Hemocultivo: *S. pneumoniae* sensible a cefotaxima y levofloxacino.

Juicio clínico: Shock séptico secundario a neumonía necrotizante. Síndrome de privación alcohólica.

Diagnóstico diferencial: TBC. Cáncer de pulmón. Sarcoidosis. Absceso pulmonar. Vasculitis granulomatosas.

Comentario final: La neumonía por neumococo es la causa más frecuente de NAC con una evolución favorable mayoritariamente, en ausencia de enfermedades predisponentes. En raras ocasiones, es capaz de evolucionar a formas abscesificadas o necrotizantes e incluso asociar infección polimicrobiana. Aunque no existe una clara indicación de doble terapia antibiótica, se restringe su uso para pacientes críticos con cefalosporinas de 3^a generación y macrólidos o quinolonas.

Bibliografía

1. Marrie TJ, Tuomanen EI. Pneumococcal pneumonia in adults. Uptodate, 2014.

Palabras clave: *Neumococo. Neumonía necrotizante.*