



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

## 212/2914 - La otra cara de Neumococo

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

<sup>a</sup>Médico Residente. Centro de Salud Cieza Oeste. Murcia. <sup>b</sup>Intensivista. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Infante. Murcia. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. <sup>e</sup>Médico 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. Iqx: 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 detectó 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 evolución 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<sup>a</sup>: 36,0 °C. Consciente, agitado, desorientado, delirante. Cauquéctico. ACP: rítmico, no soplos. Respiración soplante en pulmón derecho. Abdomen: no palpo organomegalias. No doloroso. Mmii: Pulsos periféricos presentes. Hemograma: Hb: 13,5 g/dL Leuc: 8,1 × 10<sup>3</sup>/uL N: 95% Plaq: 47,0 × 10<sup>3</sup>/uL. 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 deprivación 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 abscesivas 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<sup>a</sup> generación y macrólidos o quinolonas.

### Bibliografía

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

*Palabras clave:* Neumococo. Neumonía necrotizante.