Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):13

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1158 - NEUMONÍA necrotizante

S. Murgui Bertrán[a], M.P. Navarrete Durán[a], L. Pallisa Gabriel[a], N. López Batet[a], J. Clos Soldevila[a], V. Domínguez Panadero[b], R. García Prado[b] y P. Gracía Alonso[b]

[a]Médico de Familia; [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAPSBE Borrell. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 59 años con AP: exfumador, consumo de enol (1 botella de vino al día) y diabetes mellitus tipo 2. Dos episodios de neumonía entre octubre y noviembre 2015, que requirieron tratamiento antibiótico, control post tratamiento con Rx tórax sin hallazgos. En marzo 2016 nueva sintomatología de sobreinfección respiratoria, en el CAP se pauta moxifloxacino, y ante la persistencia de la sintomatología tras dos semanas es derivado a urgencias en dos ocasiones. En Rx se evidencia condensación y se pauta de nuevo antibiótico: amoxicilina/clavulánico 875 + claritromicina 500. Desde el CAP se remite para seguimiento a neumología, y de allí se remite de nuevo a urgencias donde es ingresado. Se realiza tratamiento con cloxacilina y amikacina.

Exploración y pruebas complementarias: El paciente presentaba tos, con expectoración purulenta, fiebre termometrada de hasta 39 ºC, astenia y pérdida de unos 5 kg de peso. AP: mvc, sin ruidos sobreañadidos. Analítica de sangre con 11.000 leucocitos y PCR 6. VIH-. Rx tórax: condensación lóbulo superior derecho y una en lóbulo superior izquierdo con imagen de cavitación. TACAR torácico: focos consolidativos bilaterales algunos con cavitación. Fibrobroncoscopia: secreciones purulentas donde se aísla *S. aureus* cloxacilina-sensible. Cultivo esputo: *S. aureus* y *Haemophipus parainfluenzae*. Hemocultivos negativos. Ecocardiograma descarta endocarditis. Frotis nasal: no se aíslan microorganismos.

Juicio clínico: La neumonía necrotizante se asocia a una alta mortalidad. El *S. aureus* se ha asociado a neumonías necrotizantes en pacientes sin déficits de inmunidad. Se consideran factores de riesgo la DM, el enolismo y focos sépticos dentarios. El diagnóstico es clínico: fiebre, escalofríos, tos, expectoración, dolor torácico, disnea, taquipnea, cefalea, mialgias, artralgias y confusión mental.

Diagnóstico diferencial: Influenza/*Staphylococcus aureus.* Enfisema o bronquitis crónica/*Streptococcus pneumoniae.* Alcoholismo/*Hemophilus influenzae.* Fibrosis quística/*Klebsiella pneumoniae*. Proteinosis alveolar/*Pseudomonas aeruginosa.*

Comentario final: Desde Atención Primaria, debemos tener en cuenta los factores de riesgo de los pacientes para diagnosticar una neumonía. Controlar al paciente en 48-72 horas. Y derivar a urgencias ante criterios clínicos y radiológicos de gravedad.

Bibliografía

1. Correa Selene, Torales Mario, Perendones Mercedes, Valiño José, Dufrechou Carlos. Absceso de pulmón: nuestra experiencia en un servicio de Clínica Médica. Arch Med Int. 2013;35:9-14.
2. Rubinstein E, Kollef Marin H, Nathwani D. Pneumonia Caused by Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus. Clin Infect Dis. 2008;46:378-85.

Palabras clave: *Neumonía necrotizante. Factores de riesgo.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.