



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1153 - QUE NO PASA NADA, SI SÓLO ES UN GRANO

M. González^a, J. Vázquez Páez^b, A. Lindo Martín^c, B. Gacimartín Valle^d, G. Bermúdez Ferrer^e y M. Burgos Merchán^f

^aMédico de Familia. Centro de Salud Casa de Campo. Madrid. ^bMédico adjunto Urgencias. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monte Rozas. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lavapiés. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^fMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 33 años que refiere disnea y dolor costal derecho desde anoche con fiebre de hasta 38,5 °C. No traumatismo costal, sobre-esfuerzo físico ni AP de neumotórax. No fumador. En tratamiento antibiótico por lesiones inflamatorias compatibles con forúnculos en región mandibular derecha y abdomen que en el día de ayer fueron manipulados por su MAP. No refiere AP infecciosos de interés.

Exploración y pruebas complementarias: REG. Bien hidratado y perfundido. Palidez cutánea. Taquipneico. SatO₂: 89% CyC: absceso con borde eritematoso y empastado, costra central melicérica en región mandibular derecha sin fluctuación. AP: crepitantes bibasales secos con disminución de mv en base derecha. Se realiza analítica con 17.000 leucocitos con neutrofilia y PCR: 8 y un TAC toraco-abdominal con una imagen compatible con neumonía en LID con empiema asociado. Se ingresó al paciente en aislamiento por sospecha de infección SAMR y se comenzó antibioterapia empírica, tomándose previamente muestra del forúnculo y hemocultivo.

Juicio clínico: Bacteriemia por *Staphylococcus metil* resistente secundaria a forúnculo.

Diagnóstico diferencial: Neumonía atípica. Neumotórax. Tromboembolismo pulmonar. Enfermedad pulmonar intersticial.

Comentario final: Las infecciones por *Staphylococcus aureus* meticilín resistente, afectan generalmente a población con factores de riesgo para la misma, como son ingresos en unidades de cuidados intensivos, cirugías o trabajadores hospitalarios, personas mayores institucionalizadas, pacientes inmunodeprimidos (VIH, linfomas...), DM, usuarios de drogas vías parenteral... Aunque en los últimos años se ha objetivado un aumento de la incidencia de dicha infección en población homosexual sana en relación a infecciones cutáneas y portadores asintomáticos.

Bibliografía

1. Moran GJ, Krishnadasan A, Gorwitz RJ, et al. Prevalence of methicillin-resistant staphylococcus aureus as an etiology of community-acquired pneumonia. *Clinical Infectious Diseases*. 2012;54:8.
2. Shorr AF, Puzniak LA, Biswas P, Niederman MS. Predictors of clinical success in the treatment of patients with methicillin-resistant staphylococcus aureus (MRSA) Nosocomial pneumonia (NP). *PLoS*

Palabras clave: MRSA. Infección. Bacteriemia. No susceptible.