

347/3819 - NO CORRAS MUCHO, QUE TE ASFIXIAS

A. Mesa Hernández^a, A. Medina Santos^b y M. González González^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés y Sauces. Las Palmas. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Periférico Breña Baja. Las Palmas. ^cMédico de Familia. Centro Periférico Breña Baja. Las Palmas.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 18 años. Acude por un cuadro, de 24 horas de evolución, de fiebre alta (hasta 39,6 °C), malestar general, disnea y dolor en la región esternal al toser. AP: sin interés. En la anamnesis refiere la realización de footing en el medio rural el día previo al inicio de la sintomatología. Tras la exploración física se solicita analítica y Rx de tórax. Al evidenciarse alteración analítica (sobre todo, PCR a 24,49 mg/L), se deriva al Servicio de Urgencias del Hospital. Fue ingresado por neumonía adquirida en la comunidad (NAC) bilateral multilobal y, posteriormente presentó una hepatitis aguda secundaria a la infección por *Mycoplasma pneumoniae*. El paciente evolucionó favorablemente.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: TA: 126/70 mmHg. FC: 97 lpm, FR: 28/min, SatO2 95%. Temperatura: 37,8 °C. Exploración física: consciente, orientado, normohidratado y normocoloreado. Taquipneica en reposo. AC-P: MV disminuido en base pulmonar derecha con algunos crepitantes bibasales, no roncus ni sibilancias. Resto exploración: normal. Rx tórax: infiltrado basal derecho con posible derrame de escasa cuantía acompañante, algún infiltrado algodonoso parcheado en base izquierda (língula). Analítica: PCR: 24,49 mg/L, LDH: 2,6 U/l. Hemograma: leucocitos $7,2 \times 10^3/\mu\text{L}$, segmentados $6,4 \times 10^3/\mu\text{L}$, Hb 17,3 g/dL, plaquetas: $162 \times 10^3/\mu\text{L}$. Orina: cuerpos cetónicos 50, urobilinógeno 8, bilirrubina 1, hb 10. En ingreso: procalcitonina 0,61 ng/mL, osmolaridad suero 275 mOsmol/kg. Gripe A y B (exudado), Ag Legionella y neumococo (orina): negativos.

Orientación diagnóstica: Infección respiratoria de vías bajas

Diagnóstico diferencial: Neumonía adquirida en la comunidad (NAC), neumonía atípica, gripe tipo A, tipo B.

Comentario final: Los agentes etiológicos más frecuentes asociados a la NAC son el *Streptococcus pneumoniae* y el *Mycoplasma pneumoniae* (MP). Sin embargo, en menos del 10% de los casos de infección por MP el cuadro evoluciona a una NAC, observándose, en un porcentaje pequeño, afección extrapulmonar, siendo rara la afectación hepática.

Bibliografía

1. Neumonía adquirida en la comunidad. INFAC. 2016;24(5):22-8.
2. Torres A, Barberan J, Falguera M, et al. Guía multidisciplinar para la valoración pronóstica, diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. Med Clin (Barc). 2013;140(5):223.e1-19.

Palabras clave: Neumonía adquirida en la comunidad. Hepatitis. *Mycoplasma pneumoniae*.