

347/772 - CUANDO NINGÚN ANTIBIÓTICO VALE

N. Martín Salvador^a, C. García Iglesias^b, C. Martínez Badillo^c y M. Piro^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid.^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid.^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Circunvalación. Valladolid.^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado I. León.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 53 años, sin alergias medicamentosas, fumadora 10 cigarrillos/día desde hace 20 años, sin tratamiento crónico. Acude a su médico de Atención Primaria por cuadro de 15 días de evolución de astenia, sensación distérmica, tos y en los últimos días expectoración con restos hemáticos y fiebre 39 °C. No cuadro constitucional, disnea ni dolor torácico. Tratada con levofloxacino sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales salvo temperatura 38,1 °C. Eupneica. No ingurgitación yugular ni adenopatías. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, sin soplos, murmullo vesicular conservado. Extremidades inferiores: sin alteraciones. Se solicita analítica, electrocardiograma y Rx tórax. Analítica: leucocitos 10.180 (fórmula normal), PCR 41, VSG 91. Electrocardiograma: ritmo sinusal 80 lpm, sin alteraciones. Rx tórax: imagen cavitada de pared fina en lóbulo superior derecho. Ante sospecha de tuberculosis pulmonar, se decide derivar a Urgencias para completar el estudio con más pruebas complementarias. Ingresa en Neumología con broncoscopia sugerente de bulla pulmonar sobreinfectada y broncoaspirado negativo para células malignas. Tras completar tratamiento pautado al alta con amoxicilina-clavulánico, su médico de Atención Primaria pauta telitromicina por persistir febrícula 37,5 °C sin otra sintomatología acompañante, y tras 8 días de tratamiento la remite de nuevo a Urgencias ante ausencia de remisión de la fiebre. Hemocultivos y urocultivo: negativos. Broncoscopia: masa endobronquial que produce obstrucción completa del bronquio de lóbulo superior derecho. Broncoaspirado negativo para bacterias y hongos, positivo para células malignas no microcíticas. Cultivo micobacterias negativo. Serologías: negativas. TAC tórax: lesión pulmonar 5 × 5 cm con nivel hidroaéreo y condensación alrededor, adenopatías paratraqueales e hiliares ipsilaterales. PET-TAC: masa en lóbulo superior derecho sospechosa de malignidad (SUV 20,8).

Orientación diagnóstica: Carcinoma epidermoide (escamoso) pulmón, estadio IIIB, con sobreinfección y atelectasia completa lóbulo superior derecho. Fiebre multifactorial.

Diagnóstico diferencial: Tuberculosis pulmonar, absceso pulmonar, neumonía cavitada, neoplasia pulmonar.

Comentario final: En la actualidad, el adenocarcinoma es la forma más común de presentación en mujeres, pero en este caso se trata de un carcinoma epidermoide que es el que más se correlaciona con antecedente de tabaquismo y con más frecuencia se abscesifica. La infección concurrente de una masa pulmonar contraindica tratamiento antineoplásico hasta su resolución.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012.

Palabras clave: Lesión pulmonar. Carcinoma epidermoide. Fiebre multifactorial.