Semergen. 2018;44(Espec Congr 17): 1906

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

347/3688 - NEUMONÍA PERSISTENTE

M. Ortiz Méndez[a], M. Ferriz Bedmar[b], Y. Nieto Espinar[c] y J. Casquero Sánchez[a]

[a]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José. Jaén.[b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Linares. Centro de Salud San José Norte. Linares. Jaén.[c]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de Linarejos. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 62 años que acude a urgencias(UGC) en septiembre de 2017 por dolor costal derecho desde el día anterior, sin traumatismo, tos, expectoración verdosa, esputos hemoptoicos y sensación distérmica.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: buen estado general, normohidratado, taquipnea superficial. Auscultación pulmonar: abolición del murmullo vesicular e hipoventilación y crepitantes finos en base derecha. Roncus derechos. Radiografía (Rx) tórax: bronconeumonía derecha. TAC: timoma/teratoma benigno. Se ingresa en Medicina interna (MI), donde se realiza TAC descrito anteriormente se pauta antibioterapia. En Diciembre de 2017 acude a UGC con disnea grado 2, sin dolor torácico, tos con expectoración blanquecina, afebril. En RX tórax: continúa misma imagen. Antigenuria para neumococo y Legionella negativo. Nuevo ingreso con MI donde prescriben azitromizina, Foster® y deflazacor. Se cita en MI en marzo de 2018 repitiendo Rx tórax: neumonía en base de lóbulo inferior derecho (LID), masa mediastínica anterior. Tratamiento prescrito con levofloxacino, acetilcisteína, cloperastina y deflazacort en pauta descendente. TAC: adenopatías aortopulmonares y en mediastino aumentadas, masa en mediastino anterior. Mínimo derrame pleural derecho, condensación alveolar en LID de aspecto "vidrio esmerilado". Fibrobroncoscopia con BAL negativo para células neoplásicas. PET-TAC capta infiltrado en LID sugerente de proceso inflamatorio/infeccioso, sin etiología tumoral ni adenopatías afectadas. Se deriva a Neumología para continuar estudio.

Orientación diagnóstica: Neumonía adquirida en comunidad.

Diagnóstico diferencial: Neumonía atípica. Neoplasia pulmonar. Tuberculosis. Sarcoidosis, Silicosis, Asbestosis. Neumonía por aspiración.

Comentario final: Ante la no resolución y evolución del caso se debería atender a diagnósticos mas atípicos y a estudios clínicos más consecutivos para mejorar la calidad de vida del paciente y evitar complicaciones sistémicas futuras.

Bibliografía

1. Kasper DS, Surana NK. Neumonías, Bronquiectasias y absceso pulmonar. En: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012; p. 920-9.

2. Korta Murua J, Sardón Prado O. Cuerpos extraños en la vía respiratoria, Protocolos diagnósticos-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP [Serie en Internet];7: 65-73. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/cuerpo_ext_via_aerea.pdf

Palabras clave: Disnea. Neumonía. Adenopatías.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.