



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/3058 - SI NO LO PIENSAS NO LO DIAGNOSTICAS

A. Corcho Castaño<sup>a</sup>, L. Barroso Villafaina<sup>a</sup> y E. Giménez López<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 44 años, acudió a su MAP por cuadro de fiebre de días de evolución y ligero dolor en costado derecho. Se le hizo prueba de imagen y se pauto levofloxacin y cefuroxima sin mejoría. Al finalizar el tratamiento el paciente seguía con fiebre, comenzando con tos y expectoración verdosa. No incremento de la disnea. No otra sintomatología. Se repitió la radiología, se apreció condensación en LID con derrame pleural asociado y línea de neumotórax, mostrando un claro empeoramiento respecto a la previa. Sin AP ni AF de interés. Fumador de 20 cigarrillos/día, trabaja como pavimentista. No medicación habitual.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tº: 37,5 °C. TA: 140/114. Fc: 116, Fr: 16. SatO2: 97%. BEG. COC NH/NC. Eupneico en reposo. CyC: no IY, no se palpan adenopatías. Tórax: no dolor a la palpación. ACP: rítmica, sin soplos. MV en hemitórax izquierda y región superior derecho, abolición en 2/3 inferior del hemitórax derecho. Analítica: leuco: 20.800 (N: 83,7%). Hb: 13,7. Pla: 372.000. INR: 1,6. fIBG: 1,183. Na: 131. K 3,8. Creat 0,75. PCR: 330. PCT: 0,27. Resto sin alteraciones. HC: negativos. LP: hemático. Glu: 102. Prt: 5,2. LDH: 765. CEA: 1,61. Hematíes: 12.800. Leuc: 4.573. ADA: 25. Citología: negativo para células malignas. No bacterias aerobias. TC tórax: importante hidroneumotórax derecho, con burbujas aéreas en su interior. Condensación en LID con atelectasias laminares asociadas. No lesiones focales en parénquima pulmonar. Adenopatías paratraqueales y subcarinales de 1,2 cm. Resto de estudio normal. Broncoscopia: normal. BAS y BAL: positivo para Candida albicans, resto normal.

**Orientación diagnóstica:** Al inicio del cuadro se sospechaba una NAC, al ver la tórpida evolución que estaba llevando el paciente, se hizo una anamnesis y exploración más detallada, donde nos encontramos con su mala higiene dental y su falta de protección aérea en el trabajo.

**Diagnóstico diferencial:** Neoplasia tumoral. NAC complicada. Absceso pulmonar.

**Comentario final:** Muchas veces, por las prisas, falta de tiempo... realizando exploraciones incompletas, no llegando hacer hincapié en factores de riesgo que nos puedan orientar en el diagnóstico.

### Bibliografía

1. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7ª ed. Madrid: MSD; 2012.
2. Bartlett JG. Lung Abscess. UpToDate.
3. Ost D, Fein A, Feinsilver SH. Nonresolving pneumonia. UpToDate.

**Palabras clave:** Condensación. Derrame pleural.