

## 424/819 - NEUMONÍA COMPLICADA

B. Serrano Montalbán<sup>1</sup>, C. Carrillo Martínez<sup>2</sup>, S. Zarza Martínez<sup>3</sup> y P. González Lázaro<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcázar 2. Ciudad Real. <sup>2</sup>Enfermero. Hospital la Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital la Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real. <sup>4</sup>Médico Residente. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Ciudad Real.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 48 años. Fumador de 20 cig/día. Esquizofrenia. Tratamiento oxcarbazepina, olanzapina, paliperidona. Refiere disnea, tos y expectoración blanquecina de 3 días de evolución. En la última noche, presenta ortopnea de 2 almohadas. Niega fiebre.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril. FC: 120 lpm, SatO2: 94%, TA: 130/85 mmHg. Orofaringe sin alteraciones. No adenopatías. AC: rítmico, sin soplos. AP: MV disminuido en hemitórax derecho, con algún roncus bilateral. MMII: No edemas. Derivamos a urgencias hospitalarias (SUH), pero el paciente lo rechaza y decide observación domiciliaria sin tratamiento. SUH: (3 días después): Análisis: 21.900 leucocitos (N 87%), fibrinógeno: 677. PCR: 21, K: 3. Gasometría venosa: pH 7,43, pCO2 40,7, HCO3 27. Resto sin alteraciones. Rx tórax: derrame pleural derecho hasta lóbulo medio incluido. Nivel hidroáereo en lóbulo inferior derecho (LID). Se ingresa en Neumología con antibioterapia empírica con levofloxacino 500 mg/24h + ceftriaxona 1 g/24h. Aerosolterapia con bromuro de ipratropio c/8h. Oxigenoterapia a 2 lpm. Toracocentesis ecoguiada. Colocación tubo de tórax, llegando a parénquima pulmonar. TC tórax: tubo de tórax en hemitórax derecho introducido en parénquima pulmonar de LID. Derrame loculado múltiple, con disminución de la capacidad pulmonar. En LID, nivel hidroáereo sugestivo de empiema subpulmonar sin descartar absceso abierto. Traslado a cirugía torácica: Sutura de desgarros y decorticación tras toracotomía derecha. Cultivo líquido pleural: Streptococcus intermedius sensible a penicilina, levofloxacino, cefotaxima, clindamicina y eritromicina. Buena evolución tras completar antibioterapia con levofloxacino.

**Orientación diagnóstica:** Neumonía complicada con empiema.

**Diagnóstico diferencial:** Insuficiencia cardiaca izquierda. Neumonía complicada con empiema. EPOC agudizado. Neumotórax.

**Comentario final:** Las infecciones respiratorias son frecuentes en Atención Primaria, como la neumonía adquirida en la comunidad (NAC). El diagnóstico de NAC es fundamentalmente clínico (disnea, tos, fiebre, dolor torácico pleurítico y crepitantes o soplo tubárico). Etiología principalmente bacteriana, destacando *Streptococcus pneumoniae*. Suelen recuperarse con antibioterapia empírica. Existen complicaciones como derrame pleural no complicado, empiema, absceso pulmonar, etc. Un diagnóstico precoz, valorando antecedentes, clínica y exploración, nos permite tratar al inicio del cuadro, evitando complicaciones, yatrogenia y hospitalización.

### Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5<sup>a</sup> ed. Madrid: Elsevier; 2014.
2. Suárez Pita D, et al. Hospital Universitario 12 de octubre: Manual de diagnóstico y terapéutica médica, 8<sup>a</sup> ed. Madrid: MSD; 2016.

**Palabras clave:** Neumonía. Empiema.