

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

424/534 - PROCESOS INFECCIOSOS EN EL PACIENTE INMUNODEPRIMIDO. ABSCESO PULMONAR

M. Álvarez Valle¹, M. Contreras Carrasco² y A. Cereijo Pardiñas²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Punta de Europa. Cádiz. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 48 años remitido a urgencias hospitalarias por empeoramiento sintomático de dolor pleurítico de varios días de evolución, acompañado de tos con expectoración maloliente y abundante, tritonas, fiebre no termometrada, astenia y pérdida de peso de unos 2-3 kg. Antecedentes personales sacroileítis bilateral y espondilitis anquilopoyética, necrosis de cadera. Gastrectomía total por cirugía bariátrica. Laminectomía en el año 2016. Tuberculosis en febrero de 2017. Limitación en ABVD (silla de ruedas).

Exploración y pruebas complementarias: Mal estado general con aspecto séptico. Auscultación cardiopulmonar con ruidos de secreciones e hipoventilación basal derecha, taquicárdico. Ligeros edemas. No signos de trombosis venosa profunda. Presión arterial 100/70 mmHg, saturación de oxígeno 96%. Hemograma con leucocitosis y ligera trombocitosis, INR 1,4. Función renal e iones normales. PCR 22 mg/dl. Radiología simple torácica con lesión compatible con absceso pulmonar en base derecha. TAC tórax: Adenopatías mediastínicas y a nivel hilar pulmonar. Colección pleural posterior con captación por pleura circundante y burbujas en su interior compatible con empiema. Asocia atelectasia del lóbulo inferior derecho y pérdida de volumen del lóbulo superior derecho. Pequeña colección pleural a nivel paracárdico derecho. Obliteración de la luz del bronquio lobar medio con pérdida de volumen y colección lateral con nivel hidroaéreo. Pequeño derrame pleural izquierdo. TAC abdominopélvico: Sin hallazgos a excepción de articulaciones sacroilíacas de contornos irregulares (compatible con sacroileítis bilateral ya conocida). Toracocentesis: Extracción de líquido purulento, decidiéndose la colocación de tubo de drenaje pleural; débito de 3L de líquido purulento compatible con empiema y cultivándose S. aureus. Cultivo de esputo: Pseudomonas aeruginosa. Ecocardiograma normal. TAC craneal: normal. Hemocultivos negativos.

Orientación diagnóstica: Fiebre, expectoración purulenta, astenia, pérdida de peso, cavitaciones con nivel hidroaéreo, atelectasias.

Diagnóstico diferencial: Neumonía bacteriana, tuberculosis, neoplasia cavitaria, micetoma, vasculitis pulmonares, sarcoidosis.

Comentario final: Es importante en el seguimiento del paciente con tratamiento inmunosupresor un alto índice de sospecha en relación con la presencia de sintomatología infecciosa, dada la posibilidad de complicaciones graves en relación a la misma, permitiendo un adecuado diagnóstico diferencial y una actuación rápida que favorezca la pronta resolución del cuadro.

Bibliografía

1. Testoni I, Tizziani R, Galimberti P, Valtorta E, Baldomá F, Chavero I, et al. Absceso de Pulmón. Rosario; 2008.

Palabras clave: Absceso pulmonar. Espondilitis anquilosante. Enfermedades autoinmunes.