



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/3386 - CATARRO MAL CURADO.¿QUÉ NOS DECLARA?

V. Gómez Limontes, A. Matías Hernández, J. Brios Rodríguez y B. Oter López

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Elena. Zamora.

Resumen

Descripción del caso: Varón 39 años con parálisis cerebral, vivía con su madre enfermera. Comenzó con cuadro febril de hasta 39,5 °C para el cual ella le inició tratamiento con antipiréticos en el domicilio. Tras 3 días desde el inicio del cuadro y sin remisión, en horario nocturno llamó al servicio de urgencias de atención primaria (SUAP) para valoración. Tras la visita se le inició tratamiento antibiótico con levofloxacino 500 mg cada 24h. Pasados 4 días desde el inicio de la pauta antibiótica continuaba con fiebre y sin mejoría por lo que decidió llamar a su médico de AP para visita domiciliaria.

Exploración y pruebas complementarias: Visita de MAP: TA 104/70 mmHg, FC 119 lpm, Sat O₂ 98%, T^a 38,7 °C. Auscultación cardíaca: Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos. Auscultación pulmonar: Hipofonesis en campo pulmonar medio e inferior derecho, sin ruidos sobreañadidos. La madre negaba posibilidad de broncoaspiración. Se decidió derivación al servicio de urgencias. Analítica: 12.570/mm³ leucocitos con 71% neutrófilos. PCR 190 mg/dl. Procalcitonina normal. Radiografía de tórax: imagen nodular de bordes lisos de localización subpleural/pleural que no se modificaba en la realizada en decúbito lateral por lo que sugería posible derrame pleural encapsulado. Borramiento de silueta cardíaca derecha compatible con consolidación en lóbulo medio (LM). Se recomendó control con TC para descartar lesión sólida subyacente. Iniciaron tratamiento con piperacilina-tazobactam 4 g y levofloxacino 500 mg IV. Ingresó en neumología. TC: derrame pleural loculado en varios lóbulos con atelectasia compresiva. Colocación de drenaje pleural, uroquinasa intrapleural, corticoides orales y continuación de tratamiento antibiótico amplio espectro. Líquido pleural seroso. Leucocitos 2.270/mm³ (63% monocitos). Cultivo bacteriano negativo y citología para malignidad negativa. Alta tras 13 días de hospitalización. En revisión posterior se administró vacunación antigripal y antineumocócica.

Orientación diagnóstica: Derrame pleural derecho subagudo por probable infección respiratoria sobrepasada.

Diagnóstico diferencial: Neumonía. Lesión sólida pulmonar. Derrame pleural encapsulado. Empiema.

Comentario final: Es muy importante recordar que ante una sospecha de neumonía que no responde clínicamente a tratamiento antibiótico empírico hay que descartar la presencia de un derrame paraneumónico complicado.

Bibliografía

1. Shebl E, Paul M. Parapneumonic Pleural Effusions And Empyema Thoracis. [Updated 2019 May 5]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019. Disponible en: <https://pubmed.publicaciones.saludcastillayleon.es/books/NBK534297/>

Palabras clave: Derrame pleural. Empiema.