

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

424/571 - NO TODO INFILTRADO PULMONAR ES UNA NEUMONÍA

J. Izquierdo Alabau¹, M. Albani Pérez², Y. Perova¹ y L. Anoro Abenoza³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Obispo Polanco. Teruel. ²Médico Adjunto de Neumología. Hospital Obispo Polanco. Teruel. ³Médico Adjunto de Neumología. Hospital General de la Defensa. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 51 años con antecedentes de síndrome de solapamiento asma/EPOC GOLD D; acude a su médico de atención primaria (MAP) por disnea de esfuerzos progresiva con tos y esputos verdosos por lo que se inició tratamiento con antibioterapia empírica con posterior aparición de fiebre de hasta 39 °C. Por empeoramiento de los síntomas, se decide derivar a urgencias donde se ingresó por neumonía comunitaria, pautando antibioterapia intravenosa empírica. Tras el alta, en control ambulatorio, persistía fiebre con carácter intermitente y el infiltrado alveolar basal derecho, por lo cual se decidió reingreso para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Saturación de oxígeno (O₂ a 2 l/min) 93%. Antecedentes personales: crepitantes en base derecha, roncus dispersos. Auscultación cardiaca: no soplos. No edemas en extremidades inferiores. Análisis: destacaban PCR: 329 mg/l, Leu: 16.590/mm³, N: 81,5%, Hb: 15,3 g/dl, VSG: 59 mm. En la radiografía de tórax PA-L se observó un infiltrado alveolar en el lóbulo inferior derecho (LID). Cultivos de esputo para bacterias y hongos: negativos. TAC de tórax con contraste: cavidad pulmonar bilobulada de 5x4 cm con contenido aéreo y pequeño nivel líquido, y pared gruesa regular en la región basal anterolateral del LII, acompañada de un área de consolidación segmentaria paramediastínica con broncograma aéreo (segmento 7 del LII) y de un infiltrado irregular por delante de la cavidad. Se realiza fibrobroncoscopia, se recogen muestras de broncoaspirado con PCR TBC positiva, confirmado posteriormente como Mycobacterium tuberculosis en el cultivo Lowenstein Jensen.

Orientación diagnóstica: Absceso pulmonar. Tuberculosis pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Neumonía necrotizante lóbulo inferior izquierdo. Neumonía adquirida en la comunidad. Neoplasia pulmonar abscedada.

Comentario final: Paciente con antecedentes de patología respiratoria crónica que acude a su médicos de atención primaria por síntomas respiratorios compatibles con infección aguda. Al no notar mejoría, se derivó para estudio hospitalario. Al confirmar el diagnóstico de TBC, tras el alta, se realizó un seguimiento entre primaria y especializada para el ajuste y control del tratamiento antituberculoso, con aislamiento transitorio en domicilio y buena tolerancia clínico-analítica a fármacos, así como negativización de BK y ausencia de la micobacteria cultivos en controles.

Palabras clave: Tuberculosis. Neumonía. Absceso.