



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

447/15 - MALESTAR GENERAL/FATIGA

N. Gallo Salazar¹, D. Santana Castillo², G. Romaña García³, E. Quiroz Flores⁴, S. Cayón Hoyo⁵, A. Vega Zubiaur⁶

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Laredo. Cantabria. ²Médico Adjunto Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria. ³Médico Adjunto de Servicio Urgencias. Hospital de Laredo. Cantabria. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Laredo. Cantabria. ⁵Médico Adjunto de Servicio de Urgencias. Hospital de Laredo. Cantabria. ⁶Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Barrera. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 59 años derivado al servicio de urgencia hospitalaria tras ser valorado en el SUAP por malestar generalizado con encamamiento de 4 días de evolución, constatado por la madre del paciente. Refiere el paciente disnea, tos seca y sensación distérmica. Antecedentes personales: consumo de OH, Seropositivo VIH conocida desde 1994 y controlado en consultas externa con buen control virológico (carga viral 20 copias/mL), Infección VHC desde 1996, lipoatrofia facial en relación VIH. Tratamiento crónico: metadona, elvitegravir 150 mg, cobicistat 150 mg, emtricitabina 200 mg y tenofovir alafenamida fumarato 10 mg.

Exploración y pruebas complementarias: T^o 38 °C. TA 100/50. FC 100. FR 30. Sat 91%. Confuso, tendiente a la agresividad. Tórax ACP: rítmico, mv disminuido con crepitantes en base pulmonar derecha. Abdomen: blando, depresible, no defensa, no megalias. Bioquímica: glucosa 112 mg/dL, urea 250 mg/dL, creatinina 3,01 mg/dL, FG (CKD-EPI) 22 mL/min/1,73 m², potasio 3,2 mEq/L, troponina I ultrasensible 57,8 ng/L, PCR 34,7 mg/dL, procalcitonina 11,55 ng/ml. Gasometría arterial (sin oxígeno) pH 7,44, pCO₂ 54 mmHg, pO₂ 43 mmHg. Hemograma: leucocitos 13,4 × 10³/μL, neutrófilos 95,7%, linfocitos 2,7%, monocitos 1,4%, hematíes 3,85 × 10⁶/μL, hemoglobina 12,4 g/dL, hematocrito 37%. Cultivo de esputo, orina, hemocultivo negativo. Radiografía de tórax: infiltrado en base derecha de características alveolar, imagen con efecto masa extrapleural. TAC toracoabdominal: hallazgos sugestivos de bronconeumonía necrotizante.

Juicio clínico: Neumonía necrotizante base derecha (sepsis de origen respiratorio con insuficiencia renal aguda).

Comentario final: La neumonía necrotizante se caracteriza por necrosis progresiva del parénquima pulmonar, produciendo una desvitalización con destrucción de un segmento o lóbulo pulmonar, la mala perfusión impide el adecuado efecto de los antibióticos, asocia una elevada morbilidad y tasas de mortalidad. Desde atención primaria paciente inmunosuprimido que presente una infección debemos de tener un seguimiento estrecho porque pueden desarrollar complicaciones llegando en algunos casos necesitar ingreso en UCI en particular cuando progresa a neumonía necrotizante. Este paciente continúa ingresado en planta de Medicina interna con administración de antibiótico de amplio espectro y con pronóstico reservado dado las complicaciones asociadas que ha presentado.

Bibliografía

Chatha N, Fortn D, Bosma KJ. Management of necrotizing pneumonia and pulmonary gangrene: A case series and review of the literature. *Can Respir J.* 2014;21(4):239-45.

Sai YF, Ku YH. Necrotizing pneumonia: a rare complication of pneumonia requiring special consideration. *Curr Opin Pulm Med.* 2012;18(3):246-52.