



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## O-068 - EN ESTA ÉPOCA... ¡OJO CON LA GRIPE!

J.F. Luis Sorroche, M.C. Faz García y F.J. Cervilla Suárez

CS El Palo. Hospital Regional Universitario de Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** se trata de un varón de 59 años, exfumador (hace 3 meses, CA de 30 paq/año). No refiere alergias medicamentosas conocidas. Vive en medio urbano junto a su mujer, dos hijos y un perro. Encofrador de profesión. Dislipémico. Historia de cefalea de características migrañas. En tratamiento habitual con simvastatina 20 mg/24 horas. Acude a nuestro servicio de Urgencias por persistencia de cuadro de tos y malestar general, acompañado de fiebre (hasta 39 °C) y expectoración purulenta. Había iniciado pauta antibiótica con amoxicilina/ácido clavulánico 1 g/62,5 mg (2 comprimidos cada 12 horas) 48 horas antes.

**Exploración y pruebas complementarias:** Se objetiva discreto tinte cianótico. Taquipnea (22 rpm). ACP: rítmico, sin objetivarse ruidos ni soplos. Hipoventilación generalizada, asociada a crepitantes diseminados, más evidentes en campos medios y bases de ambos pulmones. TA: 125/80. Saturación O<sub>2</sub>: 68%. Temperatura: 38 °C. A su llegada al servicio de Urgencias: leucocitos 4.400, plaquetas 83.000, PCR 213. Gasometría venosa: pH 7,43, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 25,7. Radiografía de tórax: infiltrado alveolar bilateral, que alcanza campos medios. Saturación O<sub>2</sub>: 68%. Al objetivar este hallazgo, se inicia oxigenoterapia y se traslada al paciente a la Observación de nuestro hospital. Comenzamos con VMNI, requiriéndose ingreso posterior en UCI e IOT por mal control ventilatorio a pesar de BiPAP. Antigenuria para *Legionella* y *S. pneumoniae*: negativo. Esputo: negativo. Hemocultivo: negativo. PCR-TR virus Influenza A (H1N1): positivo.

**Juicio clínico:** Neumonía por virus Influenza A (H1N1).

**Diagnóstico diferencial:** Ante la mala evolución del cuadro, debemos reconsiderar el diagnóstico, planteándonos como posibles etiologías alguno de los siguientes: NAC de origen bacteriano: *S. pneumoniae*, *Legionella pneumophila*. NAC de origen viral: *Influenza A/B*, VRS. NAC por gérmenes atípicos: *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *C. burnetti*, *C. psitacci*. Embolia pulmonar. Carcinoma broncogénico.

**Comentario final:** basados en las estimaciones de la OMS, se producen alrededor de 450 millones de casos de neumonía al año en el mundo, constituyendo la 4<sup>a</sup> causa de muerte en todo el mundo. Por su frecuencia, las infecciones más comúnmente estudiadas son las bacterianas; sin embargo, al encontrarnos actualmente inmersos en la onda epidémica de gripe de la temporada 2015/2016 (según el vigente informe de vigilancia de la gripe en España, elaborado por el Instituto Carlos III) nos parece interesante presentar este caso clínico en el que la sospecha inicial de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) de etiología bacteriana queda relegada a un segundo plano tras la mala evolución clínica del paciente.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax (ACNCT), Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo (AMCI), Asociación Colombiana de Medicina Interna (ACMI), Asociación Colombiana de Infectología (ACIN). Recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos inmunocompetentes. *Infectio*. 2013;17(Supl 1):1-38.
2. Galván JM, et al. Revisión sobre las infecciones no bacterianas del aparato respiratorio: neumonías víricas. *Arch Bronconeumol*. 2015.
3. Sistema de vigilancia de la gripe en España (Internet). Disponible en: <http://vgripe.isciii.es/gripe/inicio.do>