



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-146 - NEUMONÍA NEUMOCÓCICA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Expósito Molinero^a, M.C. Faz García^b, M.J. Tallón Aguayo^a, C. Chacón Romera^c, M.J. Ayala Hernández^a y E. de los Riscos Mateo^a

^aCS Trinidad-Jesús Cautivo. ^bCS El Palo. ^cCS Miraflores de los Ángeles.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 31 años, NAMC, fumador de 5 paq/año, sin AP de interés. Acude a urgencias por sensación distérmica no termometrada, sudoración profusa y dolor punzante en hemitórax derecho que aumenta con la respiración. No tos ni mucosidad. Lo relaciona con posible sobreesfuerzo. Le realizan una radiografía de tórax, y le dan el alta con diagnóstico de dolor torácico mecánico. Al día siguiente, acude a consulta de su médico de familia por persistencia del dolor torácico, de características pleuríticas, expectoración herrumbrosa y sensación disneica en decúbito. Tras EF lo deriva de nuevo a urgencias hospitalarias para revaloración por sospecha de neumonía. Se realiza estudio analítico y radiológico, donde ya se objetiva imagen de condensación, e ingresa en Observación con diagnóstico de neumonía comunitaria bilateral. Se inició tratamiento con levofloxacino y ceftriaxona. Fue valorado por UCI por empeoramiento clínico y progresión radiológica, pero descartó ingreso por estabilidad hemodinámica. Subió a planta de Neumología, donde se cambió ceftriaxona por cefepime y cumplió dos semanas de tratamiento. Cirugía torácica realizó cirugía torácica videoasistida (VATS), experimentando progresiva mejoría clínica y analítica. Desarrolló una colestasis que atribuyeron a cefalosporinas o sepsis.

Exploración y pruebas complementarias: 1ª visita a urgencias: Rx tórax: leve engrosamiento bronquial derecho, sin hallazgos de condensación. EF de su médico de familia al día siguiente: crepitantes bilaterales hasta tercio medio. 2ª visita a urgencias: AS: leucocitos 11.200, NA 10400, plaquetas 232.000, coagulación normal, PCR 331. Rx tórax: imagen de condensación bibasal. Observación: Rx tórax: progresión de condensación en LID y LII con broncograma aéreo. AS: aumento de leucocitosis, neutrofilia y PCR. Antigenuria a neumococo positiva. Planta de Neumología: TAC tórax: derrame de pulmón derecho de cuantía importante con colapso del pulmón subyacente. Al alta: Rx tórax: elevación de hemidiafragma derecho con engrosamiento pleural y pequeño aumento de densidad en campo medio izquierdo. AS: normalización de todos los valores excepto FA 132 y GGT 99, con enzimas hepáticas normales.

Juicio clínico: NAC neumocócica bilateral con criterios de gravedad. Derrame paraneumónico complicado derecho.

Diagnóstico diferencial: Dolor osteomuscular, TEP, neumotórax, dolor de origen cardíaco, edema agudo de pulmón, neoplasia pulmonar, atelectasia pulmonar, síndrome de distrés respiratorio del adulto, etc.

Comentario final: Es un caso excepcional, ya que la neumonía neumocócica afecta con más frecuencia a pacientes en edades extremas, y en este caso el paciente afectado es un adulto joven y sano, sin

comorbilidades, lo cual sorprende además, por la rápida progresión de la enfermedad. Otro punto a destacar es que en ocasiones priorizamos los resultados de las pruebas complementarias y nos olvidamos de la clínica; y aunque los resultados sean anodinos, el estado general y la sintomatología nos pueden estar indicando que debemos continuar el estudio. Así, podemos evitar evoluciones tórpidas de una patología si logramos iniciar el tratamiento a tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blanquera J, Sanz F. Neumonía adquirida en la comunidad. Arch Bronconeumol. 2010;46:26-30.
2. Pineda V, Pérez A, Domingo M, Larramona H, Segura F, Fontanals D. Neumonía neumocócica bacteriémica. Anales de Pediatría. 2002;57:408-13.